

## INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**HOSPITAL**  
SAN JUAN DE DIOS

<b>Proceso Auditado:</b>	Direccionamiento Estratégico - DIE
<b>Fecha de la Auditoría</b>	31 de Mayo de 2.024.
<b>Responsable del Proceso:</b>	Gerente y líderes de los Planes Estratégicos
<b>Equipo Auditor:</b>	Asesor de Control interno
<b>Objetivo:</b>	Realizar la evaluación y seguimiento a los diferentes procesos, procedimientos, programas, proyectos y actividades de acuerdo con unas pautas establecidas en el Manual de Auditorías Internas, con el fin de asegurar la objetividad, transparencia, imparcialidad, eficacia y eficiencia de las mismas y así lograr un mejoramiento continuo en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia.
<b>Alcance de la auditoría:</b>	Revisar los Planes estratégicos, Plan Operativo Anual – POA, Comités Institucionales y Acuerdos de Gestión que se implementaron en el 1º trimestre de 2.024 y presentar el informe final al Comité de Control interno y Líderes de los planes estratégicos..
<b>Personal Entrevistado.</b>	Gerente Subgerentes Administrativo y de Atención al Usuario Líderes de los planes estratégicos Auxiliares Administrativo SIAU Auxiliar Administrativo Archivo General Auxiliar Administrativo Almacén, Secretario del Comité bienestar social Técnico de sistemas Personal de la institución que tenga evidencias de las actividades de los diferentes planes estratégicos.
<b>Documentación analizada (criterios):</b>	1) Manuales y o planes estratégicos 2) Formatos con las actividades de los planes estratégicos 3) Resoluciones de adopción de los planes 4) Evidencias de las actividades realizadas en los planes 5) Página web institucional. 6) Actas y programación de los diferentes comités 7) Plan operativo anual - POA 8) Acuerdo de gestión y de junta directiva. 9) Formato de producción 10) PAMEC
<b>Aspectos Favorables:</b>	
1.	Se tienen los documentos con los siguientes planes: Plan de desarrollo, Plan operativo anual - POA, plan de vacantes, plan institucional de capacitación -PIC, Plan de Bienestar Social, plan estratégico de talento humano- PETH, Plan seguridad y salud en el trabajo - SG-SST, Plan de Previsión del Talento Humano, Plan institucional de archivo - PINAR, programa de gestión documental - PDG, plan estratégico de la información y las comunicaciones – PETI, plan y mapa de riesgos anticorrupción, plan de auditorías internas - PAMEC, plan de adquisiciones, plan de mantenimiento y el Plan de acción de MIPG.
2.	Se cuenta con un proceso de direccionamiento estratégico caracterizado, que fue actualizado en el 2021, aprobado por la junta directiva en el 2023 y que se está aplicando en el hospital.

**Salud Integral para Todos**

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com



**Aspectos Favorables:**

3. Se cuenta con una programación de los diferentes comités y grupos primarios.
4. Se tuvo la mejor colaboración por parte de la gerencia y los jefes de dependencia con el asesor de control interno durante el proceso de auditoría interna.
5. Se contó con evidencias para sustentar la realización de las actividades programadas en el 1º trimestre de 2024 con corte a marzo 31.
6. Se cumplió con el cronograma establecido para la auditoría al proceso de direccionamiento estratégico.

**Informe detallado de la Auditoría**

**1. Informe de Evaluación al Plan de Desarrollo Institucional y el Plan Operativo Anual- POA:**

**Objetivos:**

- Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para el 1º trimestre del 2.024. Se evaluaron 5 líneas estratégicas, 17 objetivos y 226 actividades.
- Identificar los factores críticos de las líneas estratégicas, objetivos y actividades.
- Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento.

LINEAS ESTRATÉGICAS	% DE CUMPLIMIENTO
GESTIÓN FINANCIERA	24.31%
GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	27.77%
GESTIÓN DE PROCESOS	17.63%
GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LAS PERSONAS	26.17%
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	16.63%
CUMPLIMIENTO DEL PLAN	21.16%

Se evidencia que el cumplimiento del plan de operativo anual - POA En la línea estratégica 02 y la 04 es bueno, de una forma aceptable la línea 01 en las demás líneas fue bajo. En general el cumplimiento total del plan está dentro de lo presupuestado y tiene un cumplimiento bueno.

RANGOS	Nro. TOTAL DE ACTIVIDADES	% TOTAL DE ACTIVIDADES
NA	57	25.22%
0	70	30.97%
1- 50	85	37.61%
51 - 80	2	0.88%
81 - 99	2	0.88%
100 o mas	10	4.42%
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>100.00%</b>



**Informe detallado de la Auditoría**

A continuación, presento un informe con las actividades por línea estratégica y objetivo que no presentan cumplimiento con el fin de establecer los aspectos a mejorar para dar cumplimiento a la actividad y al plan:

**Línea Estratégica 01 Gestión Financiera.**

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 01 AC 05-06	Formular, implementar y evaluar planes de mejoramientos con base en el seguimiento semestral a la ejecución de los Planes Operativos Anuales de Actividades y al Plan de Desarrollo Institucional.	No se ha realizado la actividad
OB 01 AC 09	Proyectar los ajustes requeridos por el Plan de Desarrollo Institucional según los resultados de su evaluación.	No se presentaron ajustes al 1º trimestre
OB 01 AC 10	Someter las modificaciones al Plan de Desarrollo Institucional al análisis y aprobación de la Junta Directiva	No se presentaron ajustes al 1º trimestre
OB 01 AC 13	Realizar seguimiento trimestral a la ejecución del Plan de Gestión Gerencial.	No se realizó el 1º trimestre
OB 01 AC 14	Retroalimentar los resultados de la evaluación a los responsables de los indicadores, para corregir las desviaciones observadas en la ejecución del Plan de Gestión Gerencial.	No se realizó la actividad
OB 01 AC 15 - 16 y 17	Formular, ejecutar y hacer seguimiento a los planes de mejoramientos con base en el seguimiento trimestral a la ejecución del Plan de Gestión Gerencial.	No se evidencian planes de mejoramiento
OB 01 AC 18	Preparar los acuerdos de gestión a ser desarrollados por los gerentes públicos (Subgerente de Servicios de Salud y Subgerente Administrativa).	No se tiene evidencia de los acuerdos de gestión
OB 01 AC 19	Presentar los acuerdos de gestión a los gerentes públicos (Subgerente de Servicios de Salud y Subgerente Administrativa) y concertar compromisos de desempeño.	
OB 01 AC 20	Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos de desempeño pactados con los gerentes públicos (Subgerente de Servicios de Salud y Subgerente Administrativa) y proponer los correctivos que sean necesarios.	
OB 02 AC 08	Presentar informes de ejecución presupuestal al Comité de Sostenibilidad Contable y/o a la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado.	No se tienen actas de la junta
OB 02 AC 09	Realizar los ajustes que sean requeridos en el Presupuesto de Ingresos y Gastos conforme los términos y requisitos exigidos en el Estatuto del Presupuesto.	No se tienen la evidencia
OB 06 AC 02	Generar los informes requeridos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y por la Secretaría Seccional de Salud para la suscripción del convenio de concurrencia.	No se ha realizado

**Línea Estratégica 02 La Participación y Satisfacción de los Usuarios**

OB 01 AC 05	Formular planes de mejoramientos con base en los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas.	No se evidencia los planes de mejoramiento
OB 01 AC 06	Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados de los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas.	
OB 02 AC 01	Conformar, capacitar un equipo de trabajo que lidere el proceso de planeación de los ejercicios de rendición de cuentas que convoque a la comunidad para la rendición pública	No se tiene la evidencia de la convocatoria del equipo
OB 02 AC 10	Formular planes de mejoramientos con base en de la gestión de las quejas, reclamos, sugerencias, demandas y felicitaciones (PQRSDF) presentadas por los usuarios.	No se evidencian planes de mejoramiento



<b>Línea Estratégica 02 La Participación y Satisfacción de los Usuarios</b>		
<b>Nro.</b>	<b>Actividad</b>	<b>Observaciones</b>
OB 02 AC 23	Adelantar el proceso de registro, validación, montaje e implementación de los tramites en la plataforma SUIT	No se ha realizado
<b>Línea Estratégica 03 Gestión de Procesos</b>		
OB 01 AC 07	Sesiones de odontología especializada electivas.	No se tienen datos
OB 01 AC 18	Controles médicos del programa Detección de Alteraciones del Adulto Mayor de 45 años.	No se tienen datos
OB 01 AC 56	Número de talleres colectivos realizados en ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas del Plan Municipal de Salud Pública.	No se tienen datos
OB 04 AC 03	Realizar auditorías internas de calidad para verificar el cumplimiento de los Estándares de Habilitación de la Empresa Social de Estado.	No se tienen evidencias
OB 04 AC 04	Formular Planes de Mejoramiento para cerrar las brechas de calidad y/o los hallazgos, derivados de las auditorías realizadas.	No se evidencia los planes de mejoramiento
OB 04 AC 05	Ejecutar las actividades contenidas en los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías realizadas.	No se evidencia los planes de mejoramiento
OB 05 AC 01	Actualizar el documento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) para cada vigencia, en el que se incluyen los cronogramas y procedimientos de auditorías internas y externas de calidad.	No se realizó en el 1º trimestre
OB 05 AC 02	Presentar los cronogramas y procedimientos de auditorías internas y externas de calidad al Grupo Primario de Calidad.	No se evidencia los planes de mejoramiento
OB 05 AC 03	Realizar las auditorías de los procesos asistenciales según los cronogramas propuestos.	No se evidencian planes de mejoramiento
OB 05 AC 04 - 05-y 06	Formular, ejecutar y seguimiento a los planes de mejoramientos con base en las auditorías que sean realizadas en el marco del cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).	No se evidencian planes de mejoramiento
OB 05 AC 08	Socializar el resultado de las auditorías con el personal médico y de enfermería.	No se tienen actas de reuniones
OB 05 AC 09 - 10 y 11	Formular, ejecutar y seguimiento a los planes de mejoramientos con base en las auditorías clínicas.	No se evidencian planes de mejoramiento
OB 05 AC 13	Actualizar el mapa de riesgos asistenciales de cada área funcional de la Empresa Social del Estado.	No se realizó en el 1º trimestre
OB 05 AC 13	Realizar rondas de seguridad hospitalaria.	No se tienen evidencias
OB 05 AC 16 - 17 y 18	Formular, ejecutar y seguimiento a los planes de mejoramiento para riesgos y eventos adversos conforme los hallazgos de las rondas de seguridad, de las auditorías y del análisis de eventos adversos.	No se evidencian planes de mejoramiento
OB 05 AC 19	Actualizar y socializar las Guías de Atención Médica y Paramédica	No se tienen actas de reuniones

# INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**HOSPITAL**  
SAN JUAN DE DIOS

## Informe detallado de la Auditoría

### Línea Estratégica 04 Gestión del Desarrollo de las Personas

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 01 AC 06 - 07 y 08	Formular, ejecutar y seguimiento a los planes de mejoramientos con base en el seguimiento trimestral a la ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) de cada vigencia.	No se evidencian planes de mejoramiento
OB 02 AC 07	Ejecutar las actividades contempladas en el I plan de mejoramiento establecido en la evaluación Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales para cada vigencia.	No se evidencian planes de mejoramiento
OB 02 AC 16	Gestionar y actualizar ante la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) la convocatoria a concurso para suplir las vacantes definitivas de los empleos del Sistema General de Carrera Administrativa que se encuentran provistos en provisionalidad.	No se realizó para el 1º trimestre
OB 02 AC 01	Estandarizar, documentar y actualizar un Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, con la metodología definida en la normatividad vigente y el Comité Paritario de Seguridad Laboral y Salud en el Trabajo - COPASST	No se tienen evidencias
OB 02 AC 03	Socializar e implementar las actividades definidas en el Plan anual de trabajo del SG-SST	
OB 02 AC 04	Evaluar por la alta dirección y en acompañamiento del COPASST de manera trimestral el Plan de Trabajo del SG-SST	
OB 02 AC 05	Establecer el plan de mejoramiento como resultado de la evaluación al Plan de Trabajo del SG-SST	
OB 02 AC 06	Ejecutar las actividades del plan de mejoramiento del SG-SST	
OB 02 AC 08	Actualizar la matriz de identificación, valoración y manejo de los riesgos y peligros laborales del SG-SST de la Empresa Social del Estado.	
OB 02 AC 10	Realizar visitas de auditoria a los diferentes puestos de trabajo con el fin de verificar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad industrial generales y específicas	
OB 02 AC 13 - 14 y 15	Formular, ejecutar y seguimiento a los planes de mejoramiento según los hallazgos de las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	
OB 02 AC 18	Estandarizar mediante acto administrativo el uso de los equipos de protección personal para los funcionarios de la Empresa Social del Estado y hacer entrega de los mismos.	
OB 02 AC 18	Actualizar y socializar el Manual de Normas de Bioseguridad por áreas.	

### Línea Estratégica 05 Gestión de la Infraestructura Física y Sistemas de Información

OB 01 AC 01	Descargar las guías y la normatividad sobre la técnica de accesibilidad, el manejo de datos abiertos, manejo de redes, ejercicios de participación, sistemas de Información, de los servicios tecnológicos y estrategia de gobierno en línea que propone el DAFP	No se ha ejecutado esta actividad
OB 01 AC 10	Comunicar a los diferentes jefes de dependencia que deben pasar en forma continua los documentos que se deben montar a la página con el fin de cumplir con la ley de transparencia y acceso a la información con el fin de mantenerla operando y actualizada.	No se tienen comunicado

**Salud Integral para Todos**

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com



**Línea Estratégica 05 Gestión de la Infraestructura Física y Sistemas de Información**

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 02 AC 04	Fomular los planes de mejoramiento de las evaluaciones del Programa de Gestión Documental - PDG y el Plan Institucional de Archivo - PINAR	No se evidencia el plan de mejoramiento
OB 02 AC 05	Ejecutar las actividades programadas en los planes de mejoramiento establecidos en la evaluación del Programa de Gestión Documental - PDG y el Plan Institucional de Archivo -	
OB 02 AC 06	Realizar el seguimiento a las actividades de los planes de mejoramiento del Programa de Gestión Documental - PDG y el Plan Institucional de Archivo - PINAR	
OB 02 AC 07	Elaborar, adoptar, publicar y socializar el proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA	No se ha ejecutado esta actividad
OB 02 AC 08	Implementar las actividades del proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA	
OB 02 AC 17	Ejecutar las actividades del plan de mejoramiento de las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital	Falta aprobación del Archivo del Dpto
OB 02 AC 21	Implementar las Tablas de Valoración Documental - TVD en el Hospital	No han sido aprobadas
OB 02 AC 23	Ejecutar las actividades del plan de mejoramiento de las Tablas de Valoración Documental - TVD en el Hospital	No se han elaborado
OB 02 AC 26	Realizar la eliminación de los documentos que cumplen su ciclo archivístico	No se ha realizado la actividad

**1.1. Conclusiones de los Planes de Desarrollo y el POA.**

- El Plan Operativo Anual – POA para el año 2024 se procedió a realizar un ajuste pasando de 24 objetivos a 17 y de 456 actividades a 226, se recomienda que sea socializado con los diferentes grupos primarios.
- Se evidencia la adopción mediante la Resolución No 049 de 30 de enero 2024, pero no fue subida a la plataforma de Gestión Transparente de la Contraloría general de Antioquia.
- En el informe se tienen en cuenta las actividades a las cuales no se les dio cumplimiento con el fin de que sean revisadas y se tomen las medidas correctivas.
- Se está evaluando de forma trimestral por parte de Control interno a través del Plan Operativo Anual – POA y los resultados son presentados en el comité institucional de gestión y desempeño, entregados en forma electrónica al gerente, subgerentes y jefes de dependencias, publicados en la página web institucional y en la carpeta de publica institucional.
- Al revisar las actividades del POA se observa que en algunas ocasiones y actividades no se tiene la evidencia.
- No se está realizando plan de mejoramiento para las actividades que no se están ejecutando en el trimestre.
- Con respecto a las resoluciones se puede observar que existen consecutivos que no tienen la resolución en físico al indagar parece ser que son de liquidaciones de personal y en otros casos se tienen resoluciones numeradas con el numero consecutivo y una letra, lo cual no es recomendado.
- Se está retrasando demasiado la auditoría al POA en las líneas estratégicas que tienen que ver con el presupuesto ya que estamos a mayo 24 y no ha sido entregado a esta dependencia. Se recomienda que a más tardar el 15 del mes siguiente de cumplido se realiza la entrega a esta dependencia.



**2. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos:**

Para el primer trimestre de 2.024 se realizó la evaluación a los siguientes planes estratégicos. Ver Anexo con el informe de evaluación de cada uno de los siguientes planes realizado por control Interno y que es socializado por los correos internos, en carpeta de publica y en la página web:

- a) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Adoptado Resolución No 0047 enero 2.024.
- b) Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo. Adoptado Resolución No 037 enero 2.024
- c) Plan Estratégico de Talento Humano - PETH. Adoptado Resolución No 039 enero 2.024.
- d) Plan Anual de Vacantes. Adoptado Resolución No 041 enero 2.024.
- e) Plan Institucional de Capacitación - PIC. Adoptado Resolución No 042 enero 2.024.
- f) Plan Anual de Adquisiciones. Adoptado Resolución No 034 enero 2.024.
- g) Plan de Gestión Documental – PDG. Adoptado Resolución No 035 enero 2.024.
- h) Plan de previsión del talento humano. Adoptado por la Resolución No 046 enero de 2024
- i) Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Adoptado Resolución No 036 enero 2.024.
- j) Plan anual de auditorías internas. Adoptado Resolución No 048 enero 2.024.
- k) Plan estratégico de la comunicación e información – PETI. Adoptado Resolución No 041 de enero 2.024
- l) Pla de Bienestar Social e Incentivos. Adoptado Resolución No 044 de enero 2.024
- m) Plan de Participación Social en Salud – PPSS Adoptado por Resolución No 043 de enero 2024
- n) Plan Operativo Anual – POA Adoptado por Resolución No 049 de enero 2024.

**2.1. Plan de Acción de MIPG 2023:**

Conformado por 7 dimensiones, 19 políticas y un total de 333 actividades el cual presento el siguiente resultado: Ver cuadro Anexo de Seguimiento a MIPG.

Nombre de la Política	Actividad Cumplida Total y/o Parcial	Actividad No cumplida	Actividad Pendiente	Total Actividad	% de Cumplim
Estratégica del Talento Humano.	24	17	35	76	31,6%
Integridad	0	1	4	5	0,0%
Planeación institucional	11	1	6	18	61,1%
Gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público.	8	1	2	11	72,7%
Compras y contratación	4	0	2	6	66,7%
Gestión del plan anticorrupción.	5	7	2	14	35,7%
Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	1	0	4	5	20,0%
Gobierno digital	4	5	2	11	36,4%
Seguridad digital	2	4	14	20	10,0%
Defensa jurídica	2	3	14	19	10,5%
Servicio al ciudadano	7	3	4	14	50,0%
Gestión de trámites	1	5	9	15	6,7%
Gestión de la rendición de cuentas.	2	6	5	13	15,4%
Relación con el ciudadano	8	1	5	14	57,1%

## INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**HOSPITAL**  
SAN JUAN DE DIOS

Nombre de la Política	Actividad Cumplida Total y/o Parcial	Actividad No cumplida	Actividad Pendiente	Total Actividad	% de Cumplim
Evaluación del desempeño institucional	6	7	1	14	42,9%
Gestión documental	11	1	17	29	37,9%
Gestión de la información estadística	2	0	6	8	25,0%
Gestión del conocimiento y la innovación	0	3	10	13	0,0%
Control interno.	17	9	2	28	60,7%
<b>TOTAL DE LA EJECUCIÓN - MIPG</b>	<b>115</b>	<b>74</b>	<b>144</b>	<b>333</b>	<b>34.5%</b>

### Conclusión

1. Las políticas presentan una ejecución muy baja son: Integridad, Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, Seguridad digital, Defensa jurídica, Gestión de trámites, Gestión de la rendición de cuentas y Gestión del conocimiento y la innovación.
2. Se evidencia que plan de acción de MIPG fue enviado por correo institucional a los líderes de los procesos y de las políticas, publicado en la página web institucional y en la capeta de publica. No se ha podido realizar la socialización con el comité de gestión y desempeño.
3. El plan al 1º trimestre del 2024 presenta una ejecución buena.
4. La Dimensión No 6 de la gestión del conocimiento. Presenta una ejecución muy baja con el 0%

### RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESTRATEGICOS DEL 1º TRIMESTRE DE 2.024

Nombre de Plan	Actividad Cumplida Total y Parcial	%	Actividad No cumplida	%	Actividad Pendiente	%	Total Activid
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	21	13%	20	32%	9	6%	50
Mapa de riesgos de Corrupción	35	21%	7	11%	18	11%	60
Plan Anual de Adquisiciones	17	10%	3	5%	0	0%	20
Plan Institucional de Capacitación - PIC	3	2%	6	10%	22	14%	31
Plan Anual de Vacantes	11	7%	1	2%	0	0%	12
Plan Estratégico de Talento Humano - PETH	28	17%	16	25%	18	11%	62
Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR	5	3%	0	0%	6	4%	11
Plan de Gestión Documental- PDG	14	8%	2	3%	28	17%	44
Plan de Participación Social en Salud - PPSS.	17	10%	0	0%	9	6%	50
Sistema de Gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo	0	0%	0	0%	0	0%	0
Plan de Bienestar e Incentivos	2	1%	3	5%	4	2%	9
Plan Estratégico de comunicación e Información - PETI	8	5%	2	3%	11	7%	21
Plan de Auditorías Internas	6	4%	3	5%	36	22%	45
<b>TOTALES 1º TRIMESTRE DE 2.024</b>	<b>167</b>		<b>63</b>		<b>161</b>		<b>391</b>

**Salud Integral para Todos**

**Nit 890907297-3**

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com



**2.2. Conclusiones de los Planes Estratégicos:**

- Están pendientes de realizar los planes estratégicos de Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información.
- El Plan del SG-SST no tiene una partida presupuestal aparte y no está discriminado como dice el decreto 1072 de 2.015 y no fue presentado.
- En el plan institucional de capacitación se tienen capacitaciones sin definir las fechas para su ejecución se recomienda tener en cuenta las capacitaciones de los otros planes estratégicos que no están en el RIC de este año.
- No se evidencia planes de mejoramiento para las evaluaciones de los siguientes planes: el POA, MIPG y los Planes estratégicos.
- Al plan de mejoramiento elaborado por el líder del proceso se recomienda que se realice el seguimiento en el comité de control interno.
- Se recomienda que se realice una mayor socialización de los planes estratégicos en los diferentes grupos primarios
- Se realizan algunas actividades de los planes, pero no se cuenta con las debidas evidencias lo que afecta el porcentaje de cumplimiento.
- Se está dificultando dar cumplimiento con el cronograma de las auditorias que tienen que ver con la ejecución presupuestal ya que la ejecución presupuestal del trimestre se está entregando tarde.



**3. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales:**

CUADRO DE SEGUIMIENTO A LOS COMITES DEL 1º TRIMESTRE DEL 2.023

COMITÉ	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
COMISIÓN DE PERSONAL				10		19		14		9		4
COORDINADOR DE CONTROL INTERNO	31			24			24			23		11
BIENESTAR SOCIAL					3		5		13		6	
ARCHIVOS		21	12		15				18		20	
COMPRAS	26	28	15	9	7	11	9	13	10	8	5	3
CONCILIACIÓN				17		12		14		16		
EMERGENCIAS					10		12		6			6
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL				10	15	12	10	14	11	16	13	11
ÉTICA	30	29	22	25	23	20	25	22	19	24	21	19
FARMACIA Y TECNOVIGILANCIA	25	20	21	25	29	26	30	28	25	30	27	11
GLOSAS			14		15	26		16		11		13
HISTORIAS CLÍNICAS	24	21	27	25	22	19	24	21	18	23	20	18
ROMOCIÓN Y PREVENCIÓN		21	21	30	28	25	30	27	24	29	26	20
SOSTENIBILIDAD CONTABLE			14		15	26					13	
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	24	21	20	26	22	19	24	21	18	23	20	18
DIRECTIVO				24	29	26	24	28	25	30	27	26
INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	30	6		24	15	21	24			23		
PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		29	21	25	30	27	25	29	26	31	28	26
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO												
GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL					22		24		25		27	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	24			24	22	19	24	21	18	23	20	18
INFECCIONES - IAAS	24	21	20	24	22	19	24	21	18	23	20	18
GRUPO PRIMARIO DE CALIDAD	30	28	19	30	15	26	31	28	25	30	27	18
TOTAL COMITÉS PROGRAMADOS EN 2024 SON 182	10	11	12	16	19	17	17	15	16	17	16	16
TOTAL COMITÉS REALIZADOS 2º TRIMESTRE SON 27	9	9	8									
<b>TOTAL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL 1º TRIMESTRE DEL 2.024 ES DE 14.8%</b>												



Son 23 Comités establecidos en el Hospital y presentaron actas de reuniones 15 Comités que equivale al 65%. Presentando el siguiente resultado de los compromisos pactado en las reuniones así:

Compromisos	Cant	% Cumpi
Cumplidas	39	42.86%
Pendientes	22	24.18%
Incumplidas	30	32.97%
<b>TOTAL ACT.</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

### 3.1. Conclusiones de los Comités:

- No se presentaron planes de mejoramiento de las reuniones de los distintos comités.
- En los formatos se tiene un cuadro con los hallazgos, las actividades a realizar, fecha, responsable y observaciones el cual sirve para realizar el seguimiento.
- El Manual de organización y funcionamiento de los comités es del 2.016 y no ha sido actualizado.
- La oficina de control Interno recomienda que se debe realizar una revisión por parte del área jurídica a las diferentes resoluciones de adopción de los diferentes comités con el fin de actualizarlos a los diferentes cambios de la norma.
- Se observan falencias de los deferentes secretarios de los comités para elaborar los diferentes planes de mejoramiento y en las actas.
- Algunos secretarios de los comités se demoran en la entrega de las copias de las actas a control interno.
- Se recomienda que las actas sean colocadas en la carpeta de publica - control - interno actas y se coloquen en Word o que se permitan copiar.

### Recomendaciones:

1. Se debe elaborar Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información y los formatos con las actividades.
2. Se debe incluir en el Plan Institucional de Capacitación para el 2.024 las capacitaciones que están pendientes en los diferentes Planes estratégicos y se debe establecer las fechas de las capacitaciones que no se han definido su realización.
3. Se recomienda dar cumplimiento a las reuniones de los diferentes comités y levantar las respectivas actas y planes de mejoramiento.
4. Se recomienda que se tengan las respectivas carpetas de los comités y de los planes con sus respectivas evidencias.
5. Socializar en los grupos primarios los diferentes planes estratégicos.
6. Actualizar las resoluciones de adopción de los diferentes comités institucionales
7. Se debe de socializar en los diferentes grupos primarios el Plan Operativo Anual, MIPG y los diferentes planes estratégicos y tener las respectivas evidencias de las actividades ejecutadas.
8. Se está presentando muy tarde las ejecuciones presupuestales lo que retarda mucho la realización de la auditoria de los procesos.
9. No se evidencia la publicación en la plataforma de gestión Transparente de la CGA del POA 2024.
10. Se tienen falencias por parte de los secretarios de los comités en la elaboración de las actas y se utilizan varios formatos.

## INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**HOSPITAL**  
SAN JUAN DE DIOS

### Conclusión General:

Es muy importante que una vez presentado el informe de auditoría por la oficina de control interno, o de los entes de control, se debe realizar los planes de mejoramiento en los formatos establecido para ello, presentarlos a la oficina de control interno para su seguimiento en el comité de control interno.

También es muy importante que los Planes estratégicos, Plan de Acción de MIPG y el Plan Operativo, Anual - POA deben de ser socializados con todo el personal de la institución ya que solo se están publicando en la página web institucional y entregados a los líderes en medio magnético.  
Se realiza la revisión del POA por parte de la gerencia y se hace necesario la socialización.

Firma de Auditor

Firma de Auditado

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 - 21

VERSIÓN: 2.0 - 2021.

PREPARADO POR: Oficina de Control Interno.

FECHA: 21 de Julio de 2.021

APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.

**Salud Integral para Todos**

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com