

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Oficina de Auditoría Interna

INFORME DE AUDITORÍA 2021

N° 17

Gestión del Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria



HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Oficina de Auditoría Interna

INFORME DE AUDITORÍA 2021

N° 17

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:
Carlos Uriel López Ríos

Audidores:
José Heriberto Vargas Lema
María Janneth Agudelo Arango
Karina Ruíz De la Hoz

Técnico:
Julio E. Suescún Montoya

Correo Oficina:
oficinadeauditoria@hgm.gov.co

Oficina de Auditoría Interna
Hospital General de Medellín
Carrera 48 #32 – 102
PBX: 3847300
Medellín – Antioquia
Colombia
www.hgm.gov.co

Gestión del Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria

Modalidad Auditoría Regular



TABLA DE CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	5
1.1. Objetivo.....	5
1.2. Alcance.....	5
1.3. Metodología.....	5
1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.....	6
1.5. Fundamento Normativo.....	7
1.6. Documentos Base.....	7
1.7. Limitaciones.....	8
1.8. Terminología básica.....	8
II. ANTECEDENTES.....	9
III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....	11
3.1 Ficha técnica de auditoría.....	11
3.2. Fortalezas.....	11
3.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	11
IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	13
2.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.....	13
2.2 Para mejorar el proceso de Riesgos.....	17
2.3 Para mejorar el proceso de Control.....	18
V. CONCLUSIONES.....	23
VI. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	24
VII. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....	24

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI y en desarrollo del Plan Anual de Auditoría Interna 2021 **Para agregar Valor**, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al Proceso de gestión del mantenimiento e infraestructura física hospitalaria del Hospital General de Medellín.

En la presente auditoría interna se realiza aplicación de los estándares generalmente aceptados de auditoría interna y en la cual se articula el equipo interdisciplinario de Auditoría Interna, en el marco del Plan Estratégico 2017-2021 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna.¹

El documento se estructura en siete (7) capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, que comprende el objetivo, alcance, marco de la práctica de auditoría, metodología, fundamento normativo, modalidad de auditoría, fundamento normativo, documentos base, limitaciones y terminología básica; el segundo contiene antecedentes, el tercero contiene el Resumen Ejecutivo. Por su parte, en el cuarto se describen y relacionan las observaciones y recomendaciones y en el capítulo quinto se presentan las conclusiones. En el sexto se determina la formulación del Plan de Mejoramiento y en el séptimo se enuncia el proceso de comunicación y socialización del Informe.

El presente **Informe de Auditoría** se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2017-2021 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna, adoptado mediante Acuerdo N° 167 de la Junta Directiva del 21 de septiembre de 2017.

Nos anima el propósito de continuar liderando, desde la Oficina de Auditoría Interna, un conjunto de estrategias y acciones que permitan contribuir, desde la evaluación del gobierno, el control y los riesgos, a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

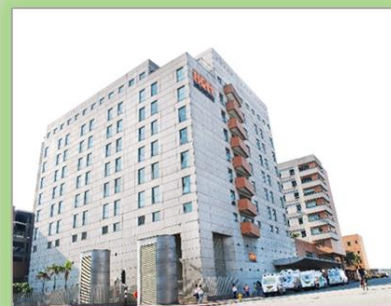
Agradecemos a los servidores de la Entidad que intervinieron en la ejecución de la auditoría por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

Oficina de Auditoría Interna.

Construimos Confianza

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Atención Excelente y Calidad de Vida.



¹ Plan Estratégico 2017-2021 "Construimos Confianza" Oficina de Auditoría Interna. Acuerdo Junta Directiva N° 167 - 21 de septiembre de 2017.

I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

Evaluar y verificar el cumplimiento del Sistema Institucional de Control Interno SICI y sus componentes (ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo) al proceso de gestión del mantenimiento de la infraestructura física hospitalaria del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez - HGM.

1.2. Alcance.

La auditoría comprende desde el periodo 1 de enero de 2021 a 31 de octubre de 2021.

1.3. Metodología.

Durante el desarrollo y la ejecución de la auditoría se aplicaron las siguientes técnicas de auditoría interna: observación, técnica de análisis, indagación, inspección y, revisión documental selectiva.

1.3.1. Interacción con líderes del universo de auditoría.

- Realización de reunión de apertura de la auditoría para socializar el Programa Específico de Auditoría Interna-PEAIN y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Indagación preliminar con el personal de mantenimiento.
- Entrevista con personal de mantenimiento.
- Reunión de cierre para socializar y formalizar el Informe de Auditoría.

1.3.2. Revisión y análisis documental.

- Revisión y análisis de la información.
- Revisión de carpetas con soportes e informes generados.
- Identificación de las observaciones y formulación de las recomendaciones de la auditoría.
- Revisión de la información del avance del plan de mejoramiento de la auditoría anterior.

1.3.3. Verificación de gobierno, riesgos y control.

- Revisión de los indicadores de gestión, la matriz de riesgos y de controles.
- Aplicación de cuestionario y listas de chequeos.
- Identificación de los controles claves del proceso.
- Definición de las pruebas a realizar y muestras objeto de evaluación, junto con los requerimientos de información
- Verificación de las evidencias.

1.3.4. Preparación y socialización de los resultados de Auditoría.

- Elaboración de Informe Preliminar de Auditoría.
- Envío del Informe Preliminar y posterior socialización.
- Elaboración del Informe Final de Auditoría.
- Elaboración Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.
- Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.

1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.

La Oficina de Auditoría Interna del HGM evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de Gobierno, Gestión de riesgos y Control de la organización, utilizando un enfoque sistemático, disciplinado y basado en riesgos; todo ello en cumplimiento de las mejores prácticas internacionales.

1.4.1. Norma Internacional de Auditoría 2110 – Gobierno.

La auditoría interna debe evaluar y hacer recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno de la organización para:

- Tomar decisiones estratégicas y operativas.
- Supervisar la gestión de riesgos y el control.
- Promover la ética y los valores apropiados dentro de la organización.
- Asegurar la gestión y responsabilidad eficaces en el desempeño de la organización.
- Comunicar la información de riesgo y control a las áreas adecuadas de la organización.
- Coordinar las actividades y la información de comunicación entre el Consejo de Administración, los auditores internos y externos, otros proveedores de aseguramiento y la Dirección.

Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. IIA. Enero 2017.

1.4.2. Norma Internacional de Auditoría 2120 – Gestión de Riesgos.

La auditoría interna debe evaluar la eficacia y contribuir a la mejora de procesos de gestión de riesgos, con relación a lo siguiente (Norma 2120.A1):

- El logro de los objetivos estratégicos de la organización.
- La fiabilidad y la integridad de la información financiera y operativa.
- La efectividad y la eficiencia de las operaciones y de los programas.
- La protección de los activos, y
- Cumplimiento de las leyes, regulaciones, políticas, procedimientos y contratos.

Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. IIA. Enero 2017.

1.4.3. Norma Internacional de Auditoría 2130 – Control.

La auditoría interna debe asistir a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la efectividad y la eficacia de los mismos y promoviendo la mejora continua.

Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. Enero 2017.

1.4.4. Instrumentos de Auditoría Interna.

Para el desarrollo de su actividad la Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín cuenta con los siguientes Instrumentos de Auditoría Interna:

- EV-EVC-CI001D01 - Código de Ética de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D02 - Estatuto de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D03 - Carta de Representación de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D04 - Programa de Aseguramiento y Mejora de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D05 - Directriz de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001M01 - Manual de Auditoría Interna HGM.
- EV-EVC-CI001F06 - Medición Percepción Gestión Ética HGM.

1.5. Fundamento Normativo.

1.5.1. Ley 87 de 1993.

Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del Control interno en las entidades y organismos del estado.

Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

1.5.2. Decreto Nacional 648 de abril de 2017 de la Presidencia de la República. Modifica y adiciona el Decreto Nacional 1083 de 2015. Reglamentario del sector de Función Pública.

Art. 17. El Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, quedará así: Las Unidades u Oficinas de Control Interno desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, y relación con entes externos de control.

1.5.3. Circular 029 de 1997 Supersalud. Inspección, vigilancia y control en la asignación y ejecución de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario y en la elaboración y aplicación de los planes de mantenimiento hospitalario en las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios de su jurisdicción.

1.5.4. Decreto Nacional 1769 de 1994 de la Presidencia de la República. Por medio del cual se regula los componentes y criterios básicos para la asignación y utilización de los recursos financieros, 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria

1.6. Documentos Base.

1.6.1. Planeación del mantenimiento de infraestructura física AP-GRF-IF001

1.6.2. Ejecución y evaluación del mantenimiento de infraestructura física AP-GRF-IF002

1.6.3. Ejecución del mantenimiento Correctivo AP-GRF-IF003

1.6.4. Informes del proceso de mantenimiento de infraestructura física:

- Órdenes de compra de los meses de enero a octubre de 2021 del proceso
- Órdenes de servicios de mantenimiento solicitadas de enero a octubre de 2021
- Pagos a proveedores.
- Caracterización del proceso
- Informe de plan de acción del proceso.
- Informe de repuestos del contratista.

1.6.5. Ámbito de Riesgos, indicadores y planes.

- Informes del área de mantenimiento.
- Matriz de Riesgos del proceso de gestión de mantenimiento de infraestructura.
- Matriz de Riesgos del contratista.
- Indicadores de gestión del proceso.
- Informe del Plan de acción - Gestión del mantenimiento de infraestructura.

1.7. Limitaciones

Los profesionales y el responsable del proceso que fueron citados, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría entregando la información solicitada. La auditoría no registró ninguna limitación.

1.8. Terminología básica.

▪ **Mantenimiento hospitalario**

Actividad técnico-administrativa dirigida principalmente a prevenir averías, y a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su estado normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo (Artículo 7o, Decreto 1769 de 1994).

▪ **Mantenimiento Correctivo**

Aquel que corrige los defectos observados en los equipamientos o instalaciones, es la forma más básica de mantenimiento y consiste en localizar averías o defectos y corregirlos o repararlos.

▪ **Mantenimiento Preventivo**

Es el que se hace, preventivamente en equipo o infraestructura en funcionamiento, en prevención de posteriores averías, garantizando un periodo de uso fiable.

▪ **Objetivo del mantenimiento hospitalario**

Asegurar la disponibilidad y garantizar el funcionamiento eficiente de los recursos físicos para la producción o el servicio, para obtener así el rendimiento máximo posible de la inversión económica en los recursos para la atención en salud y contribuir a la reducción de los costos de operación de la Institución.

▪ **Plan de mantenimiento**

instrumento gerencial diseñado para proporcionar acciones sistemáticas de trabajo al departamento o servicio de mantenimiento de cada institución. El plan deberá incluir los objetivos, las metas, la programación de actividades, los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, necesarios para cumplir con los objetivos propios de cada institución.

▪ **Objetivo del plan de mantenimiento**

Asegurar la asignación, dentro de los recursos destinados por la institución, de los montos necesarios para el desarrollo de las labores de mantenimiento hospitalario, conforme a las necesidades previstas y manifiestas.

▪ **Informe de ejecución de recursos**

Las Direcciones de Salud recibirán a más tardar el 30 de enero de cada año certificación escrita con la firma del representante legal y/o del revisor fiscal de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, en las que se indique el valor y el porcentaje del presupuesto y/o de los ingresos totales utilizados en las actividades de mantenimiento hospitalario, durante el año terminado el treinta y uno (31) de diciembre inmediatamente anterior.

▫ **Liquidación de contratos**

Acuerdo que celebran las partes de un contrato estatal para determinar los derechos y obligaciones que aún subsisten a favor y a cargo de cada una de las partes contratantes, todo con la finalidad de extinguir de manera definitiva todas las relaciones jurídicas que surgieron como consecuencia del contrato estatal precedentemente celebrado.

▫ **Necesidad justificada.**

Consiste en determinar la necesidad de contratar un determinado bien o servicio que puede ser para la ejecución de actividades que son propias del objeto social del Hospital o para la ejecución de actividades que no son propias del objeto social del Hospital y la conveniencia de su contratación.

▫ **Software de mantenimiento**

Es un sistema administrador del proceso de mantenimiento, utilizado para programar, dirigir, asignar y hacer seguimiento de los mantenimientos preventivos y correctivos.

▫ **Proveedor**

Es la persona o empresa que abastece con algo a otra empresa o a una comunidad. Es proveer o suministrar lo necesario para un fin determinado.

II. ANTECEDENTES

La Norma internacional de Auditoría número 2500 sobre Seguimiento del progreso establece que: El director ejecutivo de auditoría debe establecer y mantener un sistema para vigilar la disposición de los resultados comunicados a la dirección.

Para vigilar eficazmente la disposición de los resultados, el director ejecutivo de auditoría (DEA) establece procedimientos que incluyen lo siguiente:

- El marco de tiempo dentro del cual se requiera la respuesta de la dirección a las observaciones y recomendaciones del trabajo.
- La evaluación de la respuesta de la dirección.
- La verificación de la respuesta.
- La realización de un trabajo de seguimiento.



Es por ello, que la actividad de auditoría interna en el presente informe hace un seguimiento a las observaciones del último informe de auditoría efectuada en el año 2019 verificando el estado de implementación de las recomendaciones. A continuación, el detalle:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Seguimiento a la Auditoría anterior. Observaciones y Recomendaciones			
N°	Observaciones	Recomendaciones	Estado de implementación
1	Revisada la caracterización del proceso, se encuentra que está desactualizada, ya que la última versión es documentada es del 28 de julio de 2016, solo se tiene definido un indicador de gestión denominado “proporción de mantenimientos realizados para corregir daños por mal uso de las instalaciones físicas”, y no están descritos otros indicadores propios del proceso.	1.1 Actualizar la caracterización del proceso en lo referente a indicadores de gestión. 1.2 Mantener actualizada la matriz de indicadores de gestión. 1.3 Actualizar los procesos y procedimientos. 1.4 Revisar y redefinir los diferentes puntos de control de una manera más técnica.	Implementado de manera parcial, la caracterización del proceso deberá ajustarse al nuevo formato de calidad, además de ajustar los indicadores de gestión.
2	Revisada la matriz de riesgos del proceso se observa que los siguientes riesgos no tienen seguimiento durante el año 2019. Estos son: Desabastecimiento de agua potable, Inundación, Colapso de la estructura por sismo o terremoto, Incendio, Atentado contra el HGM, Paro de Ascensores, Fraude en ejecución de obras de infraestructura.	2.1. Realizar seguimiento a la matriz de riesgos del proceso de Gestión del mantenimiento de la infraestructura física hospitalaria. 2.2. Realizar seguimiento a los riesgos definidos del contrato 116C de 2018 con el grupo de Tecmedic S.A.S	No implementado. Se observa que los riesgos no evidencian su respectivo seguimiento.
3	La auditoría al revisar el aplicativo de manejo del mantenimiento observa que se encuentran 165 solicitudes de mantenimiento de infraestructura en estado de abierto correspondiente al periodo de enero a octubre de 2019.	3.1. Cerrar en el software todas las solicitudes de mantenimiento de infraestructura para un adecuado control de éstas. 3.2. Optimizar el uso de la herramienta activando algunos indicadores de gestión generados por el software.	No implementado. De acuerdo con lo observado aún se mantienen al mes de octubre del presente año 417 órdenes sin cerrar en el software de mantenimiento.
4	En recorrido por diferentes servicios la auditoría observa situaciones que deben ser intervenidas como: Pasillos con buena iluminación natural y aún se evidencian luces prendidas, observación de riesgo eléctrico en el piso 10, personal de aseo reporta que manguera de agua de la ducha de la habitación 743N tiene fuga. En el piso 6 N se evidencia esquinas de muro averiadas.	4.1. Mantener una campaña activa con respecto al cuidado de la infraestructura. 4.2. El plan de mantenimiento de infraestructura debe estar publicado en la intranet y su correspondiente seguimiento. 4.3. En las tablas de retención documental, se deberá garantizar la actualización y custodia de todos los planos arquitectónicos, hidráulicos (agua potable, agua caliente, aguas negras, aguas lluvias).	Implementado de manera parcial, falta fortalecer el tema de campañas de cuidado de infraestructura, el plan de mantenimiento no está publicado en la intranet y las tablas de retención están en proceso.

Cuadro N°1 Seguimiento a la Auditoría – Realizado por auditor interno

III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

3.1 Ficha técnica de auditoría.

<div> <div>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Oficina de Auditoría Interna Auditoría Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria</div> <div>   </div> </div>	
Ficha Técnica	
Asunto:	Auditoría Gestión del Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria
Entidad:	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.
Dependencia:	Oficina de Auditoría Interna
Auditor Líder:	José Heriberto Vargas Lema
Líder del proceso	Dra. Erica María Pino García - Directora de Apoyo Logístico Arq. Carlos Alberto Correa R. - Arquitecto
Fecha:	Noviembre de 2021

Cuadro N°2 Ficha técnica de auditoría

3.2. Fortalezas.

Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas:

- De manera general se resalta la disposición del equipo auditado en la atención de la auditoría y se evidencia buen conocimiento tanto del proceso auditado como de las diferentes normas aplicables. La disposición del personal de mantenimiento de infraestructura física hospitalaria en la aplicación de la técnica de auditoria indagación a la administración.
- La auditoría destaca la disposición de los auditados para interactuar con el equipo de auditoria y formular el plan de mejoramiento respectivo, y su seguimiento.

Se resalta la disposición del equipo de trabajo para atender la auditoría.

3.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.

Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de gestión del mantenimiento de la infraestructura física hospitalaria, se identificaron observaciones para fortalecer el control interno, frente a lo cual y después de los análisis de Auditoría Interna se destacan las siguientes observaciones y recomendaciones:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Oficina de Auditoría Interna Observaciones y Recomendaciones			
#Id	Descripción	Cantidad	
1	Observaciones	9	100%
	<i>En el Proceso de Gobierno</i>	4	44%
	<i>En el Proceso de Control</i>	4	44%
	<i>En el Proceso de Riesgos</i>	1	11%
2	Recomendaciones	17	100%
	<i>Para Mejorar el Gobierno</i>	9	53%
	<i>Para Mejorar el Control</i>	7	41%
	<i>Para Mejorar la gestión de Riesgos</i>	1	6%

Cuadro N° 3. Resumen de Observaciones y Recomendaciones.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Auditoría al proceso de Gestión de Mantenimiento infraestructura física hospitalaria Observaciones y Recomendaciones		
N°	Observaciones	Recomendaciones
1	<p>Procedimientos desactualizados</p> <p>Caracterización</p> <p>la documentación del proceso de gestión de mantenimiento infraestructura física hospitalaria referida a la caracterización del proceso no se encuentra actualizada con la nueva metodología y los riesgos allí referenciados no están actualizados con respecto a la matriz de riesgos.</p> <p>La auditoría observa que no se cumple el numeral 6.3 de generalidades del procedimiento de planeación cuando se refiere al comité de obra, el cual no está funcionando dentro de la institución.</p>	<p>1.1 Actualizar la caracterización del proceso con las nuevas orientaciones de la oficina de calidad y planeación, incluyendo la actualización de riesgos y controles</p> <p>1.2 Revisar la descripción de los puntos de control.</p> <p>1.3 Actualizar el procedimiento de planeación en el numeral 6.3 en lo que se refiere al comité de obra, el cual actualmente no está funcionando en la institución.</p> <p>1.4 Definir el funcionamiento del comité de obra.</p>
2	<p>Gestión del riesgo al interior del proceso y la eficiencia de los controles implementados.</p> <p>Al revisar la matriz de riesgos del proceso se evidencia que se encuentra desactualizado el seguimiento y monitoreo.</p>	<p>2.1 Realizar el seguimiento y monitoreo de los riesgos del proceso.</p>
3	<p>Indicadores de Gestión.</p> <p>Los indicadores de gestión son poco confiables, y no están cumpliendo las metas definidas.</p>	<p>3.1 Actualizar los indicadores de gestión del proceso y revisar la pertinencia de éstos, para determinar si logran medir la gestión del proceso.</p> <p>3.2 Identificar las causas del no cumplimiento del indicador y proceder con acciones de intervención para el logro de las metas propuestas.</p> <p>3.3 Generar campaña institucional sobre el cuidado de la infraestructura física.</p>
4	<p>Cumplimiento de normas de habilitación.</p>	<p>4.1 Realizar la respectiva autoevaluación, con el fin de determinar los probables incumplimientos frente a la infraestructura física en el cumplimiento de</p>

	La auditoría observa que no se tiene establecido un autodiagnóstico de cumplimiento de requisitos de habilitación con la Resolución 3100 de 2019 en lo referente a infraestructura.	normas de Habilitación, establecer un plan para intervenir las probables desviaciones que se estén presentado.
5	Información generada por el software AM. Hemos realizado un análisis de las solicitudes generadas en el módulo AM de los tipos de servicio de infraestructura con información al mes de octubre, la cual no es confiable para la toma de decisiones.	5.1 Continuar capacitando a los servicios en el manejo del software de mantenimiento. 5.2 Revisar la posibilidad de usar el módulo de mantenimiento que tiene el Sistema SAP. 5.3 Revisar si efectivamente las 417 solicitudes de mantenimiento están pendientes. 5.4 Cerrar efectivamente todas las órdenes que estén intervenidas.
6	Pendientes de infraestructura por definir. La auditoría en recorrido por los diferentes servicios realizó toma fotográfica de algunas situaciones de mantenimiento pendientes por definir.	6.1 Realizar recorridos periódicos, e identificar los daños en la infraestructura física e intervenirlos de manera inmediata. 6.2 Fortalecer el mantenimiento preventivo.

Cuadro N° 4. Observaciones y recomendaciones.

IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Como resultado de la auditoría realizada se identificaron debilidades en las actividades de control, que podrían posibilitar la materialización de los riesgos definidos, y los cuales se encuentran asociados con la documentación y cumplimiento de los controles. A continuación, se presentan las observaciones y sus respectivos riesgos y recomendaciones del proceso de gestión de mantenimiento infraestructura física hospitalaria.

2.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

a. Descripción.

Procedimientos desactualizados - Caracterización

La auditoría observa que la documentación del proceso de gestión de mantenimiento infraestructura física hospitalaria referida a la caracterización del proceso no se encuentra actualizada con la nueva metodología y los riesgos allí referenciados no están actualizados con respecto a la matriz de riesgos.

La auditoría observa que no se cumple el numeral 6.3 de generalidades del procedimiento de planeación cuando se refiere al comité de obra, el cual no está funcionando dentro de la institución.

b. Criterios.

- Mapa de procesos de la institución. Instructivo control de documentos y registros del sistema de gestión de calidad.

Numeral 1.3 dice “La revisión general de la documentación del sistema de gestión integral, deberá hacerse y evidenciarse cada cinco (5) años, salvo aquellos casos en que, por la dinámica de mejoramiento continuo de los procesos a través de evaluaciones internas y externas, cambios en la normatividad u otros, requieran una actualización fuera de este tiempo...”

c. Riesgo.

- Ejecución de actividades que no están documentadas.
- Desactualización de los procesos y procedimientos institucionales.

d. Recomendación.

- Actualizar la caracterización del proceso con las nuevas orientaciones de la oficina de calidad y planeación, incluyendo la actualización de riesgos y controles
- Revisar la descripción de los puntos de control.
- Actualizar el procedimiento de planeación en el numeral 6.3 en lo que se refiere al comité de obra, el cual actualmente no está funcionando en la institución.
- Definir el funcionamiento del comité de obra.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

a. Descripción.

Gestión del riesgo al interior del proceso y la eficiencia de los controles implementados.

Al revisar la matriz de riesgos del proceso se evidencia que se encuentra desactualizado el seguimiento y monitoreo; dado que está pendiente el seguimiento a riesgos del cuatrimestre mayo – agosto 2021. El proceso de la gestión de infraestructura se identificaron 14 riesgos, de los cuales se relacionan 8 como operativos, 1 en seguridad y salud en el trabajo, 1 de corrupción, 3 legales y 1 financiero, de los cuales se materializó el riesgo de taponamiento de tuberías de aguas residuales o fugas en las tuberías de acueducto, que ocasionan inundaciones y desabastecimiento de agua potable cuya causa principal relacionada fue el desgaste de los repuestos.

b. Criterios.

Matriz de riesgos- carpeta compartida
Manual de indicadores de gestión

c. Riesgo.

Desactualización de seguimiento de matriz de riesgos.

d. Recomendación.

Realizar el seguimiento y monitoreo de los riesgos del proceso.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 3.

a. Descripción.

Desviación en los Indicadores de Gestión.

Al revisar los indicadores de gestión se observa lo siguiente:

PROPORCIÓN DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS PARA CORREGIR DAÑOS POR MAL USO DE LAS INSTALACIONES FÍSICAS															
2021															
Concepto	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de órdenes de mantenimiento realizados para corregir daños por mal uso de las instalaciones físicas	26	52	93	76	52	67	366	49	38	102				189	555
Número total de órdenes de mantenimientos correctivos de las instalaciones físicas	428	408	611	464	441	548	2.900	545	476	468				1.489	4.389
Resultado	6,1%	12,7%	15,2%	16,4%	11,8%	12,2%	12,6%	9,0%	8,0%	21,8%				12,7%	12,6%
Meta Sobresaliente: < 2%				Meta Aceptable: 2 - 3%						Meta No cumplido: > 3%					

El indicador de corregir daños por mal uso no cumple la meta del 3%, ya que en promedio al mes de septiembre se ubica en un promedio del 12.6%, para lo cual se deberán definir las estrategias necesarias que permitan impactar de manera positiva este indicador institucional. Informa el proceso que históricamente se venían disminuyendo la corrección de daños por mal uso de las instalaciones físicas, pero se observa actualmente un aumento, asociado con las adecuaciones de Covid 19, personal nuevo en la institución, falta de sentido de pertenencia, falta de atención al cuidado del hospital desde cada funcionario.

PROPORCIÓN DE USUARIOS INTERNOS SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN DE LA SOLICITUD DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA															
2021															
Concepto	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de órdenes de mantenimiento correctivo calificadas como BUENO	219	191	186	157	196	290	1.239	465	311	453				1.229	2.468
Número total de solicitudes de mantenimientos correctivos de las instalaciones físicas	484	604	766	528	539	548	3.469	557	476	468				1.501	4.970
Resultado	45,2%	31,6%	24,3%	29,7%	36,4%	52,9%	35,7%	83,5%	65,3%	96,8%				81,9%	49,7%
Meta Sobresaliente: > 99%				Meta Aceptable: 98 - 99%						Meta No cumplido: < 98%					

El indicador de usuarios satisfechos con la atención de la solicitud de infraestructura física, no cumple la meta de ser superior al 98%, ya que en promedio al mes de septiembre se ubica en un promedio del 50.2%, para lo cual se deberán definir las estrategias necesarias que permitan impactar de manera positiva este indicador institucional. Informa el proceso que se viene presentando una mejoría, cabe anotar sin llegar a la meta debido a que el registro se viene haciendo de forma manual pero aún falta el esfuerzo para lograr alcanzar la meta.

PROPORCIÓN DE USUARIOS INTERNOS QUE CONSIDERAN OPORTUNA LA ATENCIÓN DE LA SOLICITUD DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA															
2021															
Periodo Concepto	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de órdenes de mantenimiento correctivo calificadas como OPORTUNO	219	191	186	157	196	290	1.239	465	307	450				1.222	2.461
Número total de solicitudes de mantenimientos correctivos de las instalaciones físicas	484	604	766	528	539	589	3.510	557	476	468				1.501	5.011
Resultado	45,2%	31,6%	24,3%	29,7%	36,4%	49,2%	35,3%	83,5%	64,5%	96,2%				81,4%	49,1%
Meta Sobresaliente: > 99%				Meta Aceptable: 98 - 99%						Meta No cumplido: < 98%					

El indicador de usuarios internos que consideran oportuna la atención de la solicitud de infraestructura física, no cumple la meta de ser superior al 98%, ya que en promedio al mes de septiembre se ubica en un promedio del 49.6.2%, para lo cual se deberán definir las estrategias necesarias que permitan impactar de manera positiva este indicador institucional. Informa el proceso que se viene presentando una mejoría, cabe anotar sin llegar a la meta debido a que el registro se viene haciendo de forma manual pero aún falta el esfuerzo para lograr alcanzar la meta.

b. Criterios.

Manual de indicadores de gestión

c. Riesgo.

Desactualización de los indicadores de gestión.
Incumplimiento de las metas de gestión.
Confiabilidad de la información.

d. Recomendación.

- Actualizar los indicadores de gestión del proceso y revisar la pertinencia de éstos, para determinar si logran medir la gestión del proceso.
- Identificar las causas del no cumplimiento del indicador y proceder con acciones de intervención para el logro de las metas propuestas.
- Generar campaña institucional sobre el cuidado de la infraestructura física.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 4.

a. Descripción.

Plan de mantenimiento y ejecución del plan.

Revisado el plan anual de mantenimiento de infraestructura física se observa que efectivamente ha sido comunicado a la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia de forma

oportuna, y al mes de septiembre de 2021 se evidencia un cumplimiento del 91.67%, en este plan están definidas las áreas a intervenir, pero se observan que se han presentado algunas variaciones redefiniendo algunos servicios priorizando aquellos que atendieron Covid y quedaron muy deteriorados.

Entre los servicios priorizados están: 4 norte, 8 sur, 6 sur, 5 sur y entre los servicios que no se intervendrán este año están 9 sur UCI adultos, 9 sur UCE y laboratorio clínico

b. Criterios.

Plan anual de mantenimiento de infraestructura física

c. Riesgo.

Incumplimiento del plan.

d. Recomendación.

Informar las variaciones del plan de mantenimiento.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.

2.2 Para mejorar el proceso de Riesgos.

Observación de Auditoría Interna N° 5.

a. Descripción.

Cumplimiento de normas de habilitación.

La auditoría observa que no se tiene establecido un autodiagnóstico de cumplimiento de requisitos de habilitación con la Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud para determinar los nuevos requerimientos que desde la infraestructura física hospitalaria deba establecerse.

b. Criterios.

Resolución 3100 de 2019, Habilitación de los servicios de salud

c. Riesgo.

Incumplimiento legal

d. Recomendación.

- Realizar la respectiva autoevaluación, con el fin de determinar los probables incumplimientos frente a la infraestructura física en el cumplimiento de normas de Habilitación, establecer un plan para intervenir las probables desviaciones que se estén presentado.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.



2.3 Para mejorar el proceso de Control.

Observación de Auditoría Interna N° 6.

a. Descripción


Información generada por el software AM.

Hemos realizado un análisis de las solicitudes generadas en el módulo AM de los tipos de servicio de infraestructura con información al mes de octubre, a continuación, relacionamos el detalle:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN						 
Oficina de Auditoría Interna						
Auditoría Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria						
Solicitudes generadas 2021						
Concepto	Anulada	Aprobada	En evaluación	Pendiente	Terminada	Total general
Capacitación	3	1		6	22	32
Correctivo	678	426	6	304	5172	6586
Desinstalación	8	4		5	66	83
Instalación	153	76	3	79	657	968
Prueba de Funcionamiento	23	24		14	522	583
Traslado	11	8		9	114	142
Total general	876	539	9	417	6553	8394
%	10%	6%	0%	5%	78%	100%



Fuente: Cuadro elaborado por el auditor.

Del cuadro anterior podemos inferir que un 78% de las solicitudes generadas se encuentran en estado terminada; que un 10 % de las solicitudes son anuladas y un 5% se encuentran en estado pendiente equivalentes a 417 solicitudes.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN							
Oficina de Auditoría Interna							
Auditoría Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria							
Solicitudes generadas 2021							
Mes	Capacitación	Correctivo	Desinstalación	Instalación	Prueba Funcionamiento	Traslado	Total general
Enero	0	481	11	84	14	10	600
Febrero	2	600	12	105	20	8	747
Marzo	3	764	5	89	22	19	902
Abril		528	8	60	17	10	623
Mayo	4	530	2	69	15	8	628
Junio	4	619	4	83	79	11	800
Julio	5	743	8	93	90	12	951
Agosto	6	686	15	129	127	18	981
Septiembre	5	986	8	125	112	22	1258
Octubre	3	649	10	131	87	24	904
Total general	32	6586	83	968	583	142	8394

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor.

Del cuadro anterior podemos inferir que el total de solicitudes al mes octubre asciende a 8394, y el mes más representativo en cantidad de solicitudes es el mes de septiembre con 1258 solicitudes seguido del mes de agosto con 981 solicitudes. Con adición que el tipo de solicitudes más recurrentes son las correspondientes al tipo correctivo con 6586 solicitudes, seguido de prueba de instalación con 968 solicitudes.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN						 
Oficina de Auditoría Interna						
Auditoría Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria						
Solicitudes generadas 2021						
Mes	Anulada	Aprobada	En evaluación	Pendiente	Terminada	Total general
Enero	78	15		23	484	600
Febrero	133	37		61	516	747
Marzo	147	19		29	707	902
Abril	53	25		19	526	623
Mayo	71	21		27	509	628
Junio	63	44		32	661	800
Julio	92	58		28	773	951
Agosto	96	55		31	799	981
Septiembre	93	112	2	55	996	1258
Octubre	50	153	7	112	582	904
Total general	876	539	9	417	6553	8394

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor.

Del cuadro anterior podemos inferir que en estado pendiente se reflejan 417 solicitudes, llama la atención que en todos los meses del año se registran solicitudes pendientes por intervenir, aun con antigüedad considerable dado que datan aún del mes de enero. Al respecto, en indagación con la administración indican que la información generada no es 100% real ya que el reporte se construye con la alimentación del software por parte de los contratistas de mantenimiento y por el personal de las áreas que no diligencian de forma de adecuada el reporte, por tanto, no es confiable la cifra de las

solicitudes pendientes por gestionar. Es por ello que recomendamos efectuar capacitaciones al personal responsable del reporte de solicitudes generadas, con el fin que la información, sea integra, veraz y confiable.

b. Criterios.

Solicitud de mantenimientos – Módulo AM

c. Riesgo.

Información no confiable.

d. Recomendación.

- Continuar capacitando a los servicios en el manejo del software de mantenimiento.
- Revisar la posibilidad de usar el módulo de mantenimiento que tiene el Sistema SAP.
- Revisar si efectivamente las 417 solicitudes de mantenimiento están pendientes.
- Cerrar efectivamente todas las órdenes que estén intervenidas.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 7.

a. Descripción

Cambios tecnología de grifos de sensor

En distintas áreas del HGM se observa la no conservación de la técnica de grifos de sensor, ubicando grifería de diferentes formas que no garantiza la adecuada higiene de manos. Es por ello que recomendamos definir una política institucional argumentada en el programa de higiene de manos y las respectivas directrices del Comité de vigilancia epidemiológica, que determine el uso de la grifería con sensor estandarizada para el lavado de manos de la institución u otra técnica que garantice una adecuada higienización de las manos.



Fuente: Foto tomada en el piso 11 Torre Norte

b. Criterios.

Programa higiene de manos

c. Riesgo.

Probable contaminación de las manos.

d. Recomendación.

Estudiar la probabilidad de implementar grifos de sensor u otra tecnología que evite el contacto de las manos con los grifos.

e. Posición del auditado.

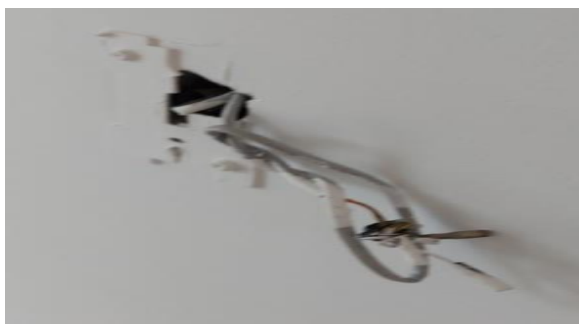
f. Plan de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 8.

a. Descripción

Riesgo eléctrico

En recorrido por algunos servicios la auditoría observa un probable riesgo eléctrico tal cual se observa en las siguientes fotografías.



Piso 10 torre norte – Riesgo eléctrico



b. Criterios.

Programa de Gestión de Riesgos institucional

c. Riesgo.

Riesgo eléctrico

d. Recomendación.

Realizar recorridos periódicos, e identificar los riesgos eléctricos e intervenirlos de manera inmediata.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 9.

a. Descripción

Registro fotográfico de situaciones de infraestructura por intervenir.

Se realizó recorrido de observación a los pisos del edificio del hospital, con el fin de verificar el estado de la infraestructura, encontrado las siguientes situaciones, pendientes de intervención.



Piso 7 N torre norte



Piso 10 torre Norte



Piso 4 torre norte



Preescolares - Hospitalización



Piso del ascensor interno



Piso 5 torre sur

b. Criterios.

Plan anual de mantenimiento de infraestructura física

c. Riesgo.

Obsolescencia de la infraestructura física hospitalaria

d. Recomendación.

- Realizar recorridos periódicos, e identificar los daños en la infraestructura física e intervenirlos de manera inmediata.
- Fortalecer el mantenimiento preventivo.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.

V. CONCLUSIONES.

- 5.1. Se cumple el objetivo de garantizar las condiciones óptimas de funcionamiento de la infraestructura física del Hospital, la planeación del mantenimiento de acuerdo con las necesidades identificadas, el mantenimiento de los equipos electromecánicos soportes de la infraestructura física y la realización de las labores pertinentes del mantenimiento correctivo y preventivo de la Infraestructura física y equipos electromecánicos.
- 5.2. Revisados los documentos soportes, la auditoría verifica el cumplimiento legal de la circular 029 de 1997 de la Supersalud y el decreto 1769 de 1994, y los respectivos informes enviados a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.
- 5.3. El software de mantenimiento permite optimizar el control del proceso y del plan de mantenimiento de la infraestructura involucrando todos los equipos industriales; este software, permite eliminar reprocesos manuales y genera indicadores de oportunidad en la atención y calificación del servicio; posibilita el seguimiento a la solicitud de una manera ágil, fácil y efectiva conociendo en todo momento el estado en que se encuentran.

- 5.4. La auditoría concluye que el Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria cumple el objetivo de mantenerla y sostenerla con un mejoramiento continuo garantizando la seguridad a los pacientes, su familia y la de los funcionarios

VI. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Una vez socializado el Informe de Auditoría, el responsable del proceso auditado elabora con su grupo de trabajo el Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna respectivo, para lo cual dispondrá de 10 días hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance trimestral.

La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento bimestral del Plan de Mejoramiento a la segunda línea y presentará el Informe correspondiente; además se realizará una labor de acompañamiento del proceso auditado.

VII. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.

En firme el Informe Final de la Auditoría será socializado en las siguientes instancias, con el fin de que definan las acciones a seguir:

- Comité Coordinador de Control Interno;
- Comité Ampliado de Gerencia; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

Nota: De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011: "Los informes de los funcionarios de control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten".

Documento elaborado y revisado por:

Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna.**

Preparó: **Karina Ruíz De la Hoz**
Profesional de Auditoría Interna.
María Janeth Agudelo Arango
Profesional de Auditoría Interna
Heriberto Vargas Lema
Profesional de Auditoría Interna.
Julio E. Suescún Montoya
Técnico de Auditoría

Revisó: **Carlos Uriel López Ríos,**
Jefe de Auditoría Interna.



Medellín, noviembre de 2021.