

# INFORME DE AUDITORÍA 2022

## Gestión Documental

N° 02

22 de febrero de 2022

**HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**  
**Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.**  
**Oficina de Auditoría Interna**



Alcaldía de Medellín

Informe tipo **de Auditoría**



N° 02

# HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

## Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Oficina de Auditoría Interna

### INFORME DE AUDITORÍA 2022

#### Gestión Documental

#### Equipo Oficina de Auditoría Interna

**Jefe de la Oficina:**  
William Alberto Higueta Lopera

**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](mailto:oficinadeauditoria@hgm.gov.co)  
Carrera 48 #32 – 102, Medellín – Antioquia – Colombia  
PBX: 3847300, [www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)

#### Modalidad Auditoría Interna



Alcaldía de Medellín

## TABLA DE CONTENIDO

<b>I. GENERALIDADES.....</b>	<b>5</b>
1.1. Objetivo.....	5
1.2. Alcance.....	5
1.3. Metodología.....	6
1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.....	6
1.5. Fundamento Normativo.....	7
1.6. Documentos Base.....	8
1.7. Limitaciones.....	8
1.8. Terminología básica.....	9
<b>II. ANTECEDENTES.....</b>	<b>11</b>
<b>III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....</b>	<b>12</b>
3.1 Ficha técnica de auditoría.....	12
3.2. Fortalezas.....	12
3.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	14
<b>IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>16</b>
4.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.....	16
4.2 Para mejorar el proceso de Riesgos.....	25
4.3 Para mejorar el proceso de Control.....	28
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>VI. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....</b>	<b>36</b>
<b>VII. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....</b>	<b>36</b>

## 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 2022 **Para agregar Valor**, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al Proceso de gestión documental 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



	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

marco del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna. <sup>1</sup>

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 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna, aprobado por la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2021.

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.*

**I. GENERALIDADES.**

**1.1. Objetivo.**

Realizar una evaluación al proceso de gestión documental, con el fin de verificar su conformidad frente al gobierno, su enfoque de riesgos, implementación de controles e identificación de oportunidades de mejoramiento.

**1.2. Alcance.**

La Auditoría revisará básicamente el cumplimiento de los objetivos de los siguientes procedimientos, que componen el proceso:

- Planeación de la gestión documental.
- Producción documental.
- Gestión y trámite documental.
- Organización documental.
- Transferencia documental.
- Disposición de documentos.
- Valoración documental.
- Preservación de documentos.

---

<sup>1</sup> Plan Estratégico 2021-2027 "Construimos Confianza" Oficina de Auditoría Interna.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

### 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 Gestión Documental.
- Entrevista con personal de Gestión Documental.
- 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.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

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. FUENTES

#### 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. Ley 80 de 1989. Por la cual se crea el Archivo General de la Nación.

#### 1.5.4. Ley 594 de 2000, Ley General de Archivos.

Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Se encuentra reglamentada parcialmente por el decreto 4124 de 2004.

Artículo 19, establece “Soporte Documental. Las entidades del Estado podrán incorporar tecnología de avanzada en la administración y conservación de sus archivos, empleando cualquier medio técnico, electrónico, informático, óptico o telemático, siempre y cuando cumplan con los requisitos contemplados en la ley.”

- 1.5.5. Ley 1712 de 2014. Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

Nombrada como la Ley de Acceso a la Información, esta ley es un conjunto de disposiciones legales que tiene como objeto regular y garantizar el derecho de acceso a la información pública, así como sus procedimientos y garantías; se encuentra directamente relacionada con el nuevo código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo (ley 1437 de 2011), y en ninguna circunstancia deja de lado lo dispuesto en el régimen establecido por la ley 527 de 1999, en lo concerniente al acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales.

## 1.6. Documentos Base.

- 1.6.1. Procedimientos documentados de: Planeación de la gestión documental, producción documental, gestión y trámite documental, organización documental, transferencia documental, disposición de documentos, valoración documental y preservación de documentos.
- 1.6.2. Caracterización del Proceso.
- 1.6.3. Plan institucional de archivos de la entidad. PINAR
- 1.6.4. Informes del proceso de Gestión Documental:
- Listas de chequeo para seguimiento y control de archivos de gestión.
  - Registro de archivos de información.
  - Informe de transferencia documental.
  - Caracterización del proceso
  - Informe de plan de acción del proceso.
  - Informe de tablas de retención documental.
- 1.6.5. Ámbito de Riesgos, indicadores y planes.
- Informes del área de Gestión Documental.
  - Matriz de Riesgos del proceso de gestión documental.
  - Seguimiento a los controles para mitigar el riesgo.
  - Indicadores de gestión del proceso.
  - Informe del Plan de acción – Gestión Documental.

## 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.

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	<p>CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06</p>
			<p>VERSIÓN: 01</p>
			<p>Fecha: 29/06/2022</p>

## 1.8. Terminología básica.

- **Anexo**

Documento electrónico de imagen o archivo, complementario al radicado.

- **Código de barras.**

Combinación de líneas y números que se imprime en un sticker para que pueda ser leído y descifrado por un lector óptico que transmite los datos a una máquina o una computadora.

- **Expediente.**

Toda aquella documentación radicada relacionada en el sistema de gestión documental, y configurada previamente en carpetas y subcarpetas.

- **Radicado.**

Es el procedimiento por medio del cual, se registra en el sistema de gestión documental Eurodoc.

- **Work Flow – Flujo de trabajo.**

Conjunto de tareas ejecutadas de forma secuencial o en paralelo por distintos miembros responsables de la organización.

- **Gestión documental.**

Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

- **Documento físico.**

Son aquellos archivos que están en formato de papel y por sus características ofrece: Guardar la información de manera íntegra.

- **Documento digital.**

Consistente en un mensaje elaborado con base en impulsos electrónicos y que puede ser almacenado en un dispositivo al efecto, transmitido a través de un canal o red y reconstruido a lenguaje natural o forma original por medio de un equipo electrónico el cual es indispensable para poder hacer inteligible el documento de nuevo.

- **Documento análogo.**

Recurso que contiene básicamente información de texto, en el caso del impreso, o de imagen y sonido en el caso de las películas, fotografías, discos y otros.

- **Conservación preventiva.**

Se refiere al conjunto de políticas, estrategias y medidas de orden técnico y administrativo con un enfoque global e integral, dirigidas a reducir el nivel de riesgo, evitar o minimizar el deterioro

de los bienes y, en lo posible, las intervenciones de conservación - restauración. Comprende actividades de gestión para fomentar una protección planificada del patrimonio documental.

▫ **Acervo documental.**

Conjunto de documentos de archivo, conservados por su valor sustantivo, histórico o cultural.

▫ **Conservación Documental:**

Conjunto de medidas de conservación preventiva y conservación - restauración adoptada para asegurar la integridad física y funcional de los documentos análogos de archivo.

▫ **Condiciones medioambientales**

Se refiere a los agentes ambientales directamente relacionados con la conservación de los documentos tales como la humedad, la luz, la temperatura y la polución.

▫ **Depósito de Archivo.**

Espacio destinado al almacenamiento ordenado y conservación de los fondos documentales que se custodian en el archivo de una entidad. La capacidad, dotación y muebles, deben corresponder al volumen y las características físicas de los documentos, así como a su servicio. Local especialmente equipado y adecuado para el almacenamiento y la conservación de los documentos de archivo.

## 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 2018 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	La auditoría observa que no se ha implementado un plan de preservación a largo plazo para los documentos electrónicos, considerando las estrategias que garantizan la autenticidad, integridad, confidencialidad y la conservación a largo plazo de los documentos electrónicos de archivo, de acuerdo a las directrices de las tablas de retención y valoración documental.	1.1 Presentar el plan de preservación a largo plazo para los documentos electrónicos.	Implementado de manera parcial, se ha presentado propuesta para darle comienzo en el año 2022.
2	La auditoría observa que algunos comités no están subiendo actas a eurodoc, y no se está realizando el seguimiento a los compromisos. No se observan actas del comité de investigaciones, comité de humanización, gobierno en línea, comité de saneamiento contable, comité de convivencia laboral	2.1. Gestionar para asegurar que todas las actas de los diferentes comités sean ingresadas a Eurodoc. 2.2. Realizar estudio para definir si las actas de la Junta Directiva y del comité de conciliaciones deben ingresar o no a Eurodoc, dado que este es el único sistema de información oficial de documentación de la institución, asegurando los debidos controles de acceso. 2.3. Asegurar que el radicado del acta se corresponda con la respectiva fecha de reunión.	Implementado de manera parcial. Se observa que algunos comités no están ingresando las actas a Eurodoc.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

--	--	--	--

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

### III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

#### 3.1 Ficha técnica de auditoría.

<b>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</b> Oficina de Auditoría Interna Auditoría Gestión Documental		
<b>Ficha Técnica</b>		
<b>Asunto:</b>	Auditoría Gestión Documental	
<b>Entidad:</b>	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.	
<b>Dependencia:</b>	Oficina de Auditoría Interna	
<b>Auditor Líder:</b>	José Heriberto Vargas Lema	
<b>Líder del proceso</b>	Dra. Zalua Karina Chicre López - Directora de Apoyo Logístico Addra. Margarita Giraldo Pérez	
<b>Fecha:</b>	Febrero de 2022	

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 del proceso de gestión documental en la aplicación de la técnica de auditoría indagación a la administración.

Se resalta la disposición del equipo de trabajo para atender la auditoría.
- El proceso de digitalización, ya se tiene implementado la historia laboral, la historia de salud ocupacional, los contratos de prestación de servicios y los contratos con formalidades plenas se digitalizó año 2019 y se está terminando año 2020.
- Se continua con el Diagnóstico de Series, Subseries y Tipos Documentales generados por las áreas del Hospital esto con el fin de hacer actualización, convalidación de las Tablas de Retención Documental y creación del Instrumento Archivístico Banco Terminológico con un avance del 60%.
- Se cumple con el cronograma de las Tablas de Valoración Documental Ejecutándose los procesos de Disposición de Documentos, Preservación a Largo Plazo y Valoración del Programa de Gestión documental (PGD).
- Se aprobó el Instrumento Archivístico - Sistema Integrado de Conservación de Documentos (SIC). Por parte del Comité Institucional y de Desempeño bajo la Resolución 665 de octubre del 2021.

- Se actualizó el Instrumento Archivístico Plan Institucional de Archivos – PINAR en el cual se plasman los nuevos proyectos que serán ejecutados en el año 2022.
- Se indexo y digitalizó un 45% de la contratación de proveedores del año 2020.

La auditoría ha verificado el cumplimiento de los siguientes objetivos específicos:

- Se ha realizado un diagnóstico de la Gestión Documental en el Hospital General.
- Están documentados los procesos, procedimientos, formatos, instructivos, guías relacionadas con la Gestión Documental del HGM, a partir de la normatividad archivística y lo establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Está debidamente definido y estructurado el desarrollo del Programa de Gestión Documental en la institución.
- Están debidamente definidos los niveles de seguridad en los sistemas de información del HGM para garantizar el cumplimiento de las metas en el almacenamiento y manejo confidencial de la información.
- Se han establecido criterios claros y concisos para realizar la clasificación, organización y conservación de la documentación producida por los servidores públicos como resultado de la gestión propia de la entidad, teniendo en cuenta lo establecido en las tablas de retención y de valoración documental.
- Se preserva correctamente la documentación siguiendo los parámetros de seguridad requeridos como el manejo de temperatura, y humedad en el lugar donde se estén almacenando.
- Se gestionan los riesgos administrativos y de seguridad en cualquier fase del ciclo vital del documento y en cualquier tipo de soporte.

La auditoría valida el cumplimiento de las siguientes actividades que se desarrollan en la planeación integral administrativa del área de gestión documental:

- Realizan el diagnóstico documental en el HGM, utilizando el formato establecido por el Archivo General de la Nación
- Realizan el seguimiento al mapa de riesgos del Proceso Gestión Documental, establecido en el mapa de riesgos institucional.
- Controlan y actualizan los procedimientos de la Gestión Documental, con los lineamientos normativos y administrativos del Estado y del HGM. Se incluye la actualización del programa de gestión documental, con la concebida aprobación y publicación.
- Actualizan y controlan la implementación de la nueva normatividad aplicable a la Gestión Documental en estándares de calidad y buenas prácticas.
- Realizan seguimiento al plan de acción del Área.
- Realizan el plan de Transferencias Primarias anuales, para los Archivos de Gestión, recibir, revisar la documentación que ingresa a conformar el fondo documental HGM y formalizarlo con el archivo de gestión y el Archivo Central.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

- Realizan, actualizan y publican oportunamente, los instrumentos de información pública, concernientes a la Gestión Documental.
- Reportan capacitación a los servidores del Hospital.
- Orientan a la preparación de la documentación para la entrega de cargo, a los servidores de cambian de puesto de trabajo o se van de la Institución.

### 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:

<b>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</b> <b>Oficina de Auditoría Interna</b> <b>Observaciones y Recomendaciones</b>		 	
#Id	Descripción	Cantidad	
1	<b>Observaciones</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>
	<i>En el Proceso de Gobierno</i>	6	43%
	<i>En el Proceso de Control</i>	5	36%
	<i>En el Proceso de Riesgos</i>	3	21%
2	<b>Recomendaciones</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>
	<i>Para Mejorar el Gobierno</i>	10	48%
	<i>Para Mejorar el Control</i>	5	24%
	<i>Para Mejorar la gestión de Riesgos</i>	6	29%

Cuadro N° 3. Resumen de Observaciones y Recomendaciones.

<b>OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA</b> <b>Auditoría al proceso de Gestión Documental</b> <b>Observaciones y Recomendaciones</b>		
N°	Observaciones	Recomendaciones

1	<p><b>Talento Humano</b></p> <p>Revisada la planta de cargos en Gestión Humana se observa que el componente de recurso humano asignado hoy al proceso realmente es muy diferente al de planta de cargos.</p> <p>Lo que implica un riesgo de crecimiento no planificado de éste y no acorde con lo establecido hoy en planta de cargos, por lo que se deberá definir las reales necesidades de recurso humano del proceso de gestión documental y proceder a una actualización en la planta de cargos de la institución.</p>	<p>1.1 Definir la estructura de la Dependencia y formalizar los nuevos recursos asignados.</p> <p>1.2 Presentar proyecto del PINAR referido a la actualización de la planta de cargos del proceso.</p>
2	<p><b>Talento Humano</b></p> <p>El cargo de profesional de gestión documental, aparece como vacante en el plan de vacantes año 2022, y es efectivamente ejercido por una funcionaria adscrita a la agremiación sindical, generando el riesgo de contrato realidad, por el ejercicio de coordinación que se ejerce sobre el grupo de trabajo, por lo cual se recomienda revisar y tomar decisiones de ocupar dicha vacante para minimizar riesgos institucionales.</p>	<p>2.1 Definir la estructura de la Dependencia y formalizar los nuevos recursos asignados.</p> <p>2.2 Cubrir el cargo que se encuentra vacante en plan de vacantes año 2022</p>
3	<p><b>Indicadores de Gestión.</b></p> <p>Al revisar los indicadores de gestión del proceso de gestión documental, se observa que, del total de 10 indicadores, se tiene cinco, los cuales no se encuentran debidamente controlados.</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 un control efectivo al indicador de oportunidad de derechos de petición, para llevarlo a un cumplimiento del 100%, dadas las implicaciones legales que le genera a la institución.</p> <p>3.4 Centralizar los derechos de petición, unificar la transacción y una responsabilidad.</p>
4	<p><b>Incumplimiento transferencia documental.</b></p> <p>Se debe entregar las unidades documentales en el archivo central, en la fecha indicada en el plan de transferencias del año, incluidos los documentos electrónicos, actividad que se cumplió en un 93.2%, y no se cumplió por parte de los procesos de Gestión Humana, Proyección Humana y Activos Fijos.</p>	<p>4.1 Cumplir el cronograma de transferencia documental en un 100%</p> <p>4.2 Actualizar las tablas de retención documental.</p> <p>4.3 Actualizar las tablas de valoración documental.</p> <p>4.4 Aplicar la eliminación documental conforme a las tablas aprobadas</p>
5	<p><b>Riesgos de la copia de firmas en Eurodoc.</b></p> <p>La auditoría observa que en los documentos que soportan las cuentas de cobro, como el acta de recibido a satisfacción, memorando y demás documentos que se suben a Eurodoc, y que aparecen con las firmas de los supervisores y diferentes jefes, al aplicar la respectiva prueba de auditoría se observa</p>	<p>5.1 Revisar niveles de seguridad de la información subida a Eurodoc, en lo que respecta a la probabilidad de la copia de firmas.</p>

	el riesgo que sean copiadas, presentando niveles de seguridad bajo para estos documentos.	
6	<p><b>Facturas en Eurodoc sin gestionar.</b></p> <p>se observa informe con los radicados pendientes por gestionar de Honorarios y Proveedores correspondiente a la vigencia 2021, llama la atención que algunos presentan antigüedad considerable desde enero de 2021, podríamos estar en frente de casos de vigencias expiradas. Cuadro con detalle de radicados pendientes por gestionar.</p>	6.1 Implementar las acciones necesarias de forma conjunta las áreas Financiera, los supervisores, gestión documental, para realizar oportuno seguimiento, monitoreo y gestión de los radicados pendientes por gestionar.

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.

##### 4.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.

##### Observación de Auditoría Interna N° 1.

###### a. Descripción.

###### Talento humano

La planta de cargos actual del Hospital está soportada en el Acuerdo de Junta Directiva N° 100 de 2013, Acuerdo 205 de 2019 y Acuerdo 208 de 2020 con un número de cargos en planta de mil trescientos cuarenta y una (1.341) plazas, dentro de las cuales, al proceso de gestión documental, se encuentra asignada las siguientes:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN - LCG - ESE		 			
Oficina de Auditoría Interna					
Cargos en Planta de Cargos					
Nº	IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	NATURALEZA	FORMACIÓN ACADEMICA	CONOCIMIENTOS BÁSICOS ESENCIALES	EXPERIENCIA REQUERIDA
1	Profesional Universitario 2. Gestión Documental.	De carrera	Título profesional en disciplina académica en administración pública del núcleo básico del conocimiento de administración y afines. Título profesional en disciplina académica en bibliotecología, archivística del núcleo básico del conocimiento de ciencias sociales y humanas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normas generales de archivo.</li> <li>2. Planeación y desarrollo de proyectos.</li> <li>3. Sistema de seguridad social en salud.</li> <li>4. Normas de administración de personal.</li> <li>5. Herramientas de sistemas de información.</li> <li>6. Herramientas o Instrumentos propios del Trabajo.</li> <li>7. Sistema de gestión de calidad.</li> <li>8. Gerencia del servicio e informática básica.</li> </ol>	Doce (12) meses de experiencia en gestión documental.
1	Técnico Administrativo (Archivo Gestión Humana)	De carrera	Técnico Archivo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informática básica.</li> <li>2. Manejo de equipos de oficina.</li> <li>3. Herramientas de sistemas de información.</li> <li>4. Herramientas o Instrumentos propios del Trabajo.</li> <li>5. Sistema de gestión de calidad.</li> <li>6. Servicio al cliente.</li> <li>7. Técnicas de archivo.</li> </ol>	Doce (12) meses de experiencia relacionada.
4	Auxiliar Administrativo 2 (Admón Documental)	De carrera	Diploma de bachiller en cualquier modalidad. Secretariado en cualquier modalidad.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informática básica.</li> <li>2. Manejo de equipos de oficina.</li> <li>3. Herramientas o instrumentos propios del trabajo.</li> <li>4. Sistema de gestión de calidad.</li> <li>5. Servicio al cliente.</li> <li>6. Técnicas de archivo.</li> <li>7. Sistema de gestión de documentos.</li> </ol>	Doce (12) meses de experiencia relacionada.

Cuadro 5. Cargos en plana de cargos Proceso de Gestión Documental.

La auditoría observa que el componente de recurso humano asignado hoy al proceso realmente es el siguiente:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN - LCG - ESE Oficina de Auditoría Interna Listado de personal actual dentro del proceso							
Nº	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	OBJETO DEL CONTRATO	TIPO DE VINCULACIÓN	TIEMPO EN EL PROCESO	FORMACIÓN ACADEMICA DEL FUNCIONARIO	EXPERIENCIA DEL FUNCIONARIO	OBSERVACIÓN
1	Margarita María Giraldo Pérez	Prefesional Universitaria de Gestion Documental	Tercerizada	2 años	Profesional Univesitaria	25 años	Vinculada con la Agremiación SINDISALUD
2	Astrid Seleny Rivera Osorno	Auxiliar Administrativa	Carrera	6 años y medio	Tecnica en Asistencia en organización de Archivo	8 años	
3	Jhon Jairo Londoño Vahos	Auxiliar Administrativo	Carrera	2 años	Bachiller Académico	30 años	
4	Natalia Londoño González	Auxiliar Administrativa 2	Carrera	1 años	Técnico Laboral por Competencias en Secretariado Ejecutivo	7 años	
5	María Elena Gallo Gómez	Auxiliar Administrativa	Carrera	2 años y medio	Tecnóloga en Gestión Administrativa	17 años	
6	Juliana Moreno Torres	Auxiliar Administrativa - Administradora Eurodoc	Provisionalidad	7 años	Tecnóloga en Gestión Humana	8 años	
7	Carlos Mario Urrea Ospina	Auxiliar Administrativo	Provisionalidad	13 meses	Bachiller Académico	11 años	
8	Diana Sorely Agudelo Pérez	Tecnóloga en Gestion Documental	Tercerizada	4 años	Tecnóloga en Gestion Documental - Especialización en Gestión Humana por Competencias	25 años	Vinculada con la Agremiación SINDISALUD
9	Luisa María Suarez Zapaga	Tecnóloga en Gestion Documenta	Tercerizada	Un mes	Tecnica en Gestión Empresarial - Tecnologa en Gestion Documental y Tecnologa en Talento Humano	10 años	Vinculada con la Agremiación SINDISALUD
10	María Isabel Zuleta Castrillón	Tecnologa en Gestion Documenta	Tercerizada	2 años y cinco meses	Tecnóloga en Gestion Documental	18 años	Vinculada con la Agremiación
11	Maribel Eliana Vélez Henao	Tecnóloga en Gestion Documenta	Tercerizada	un año	Tecnica en Archivo - Tecnologa en Gestion Documental	23 años	Vinculada con la Agremiación SINDISALUD
12	Luz Yenny Molina Molina	Tecnóloga en Gestion Documenta	Tercerizada	2 años y cinco meses	Tecnóloga en Gestion Documental	15 años	Vinculada con la Agremiación SINDISALUD
13	Monica Biviana Taborda Restrepo	Tecnóloga Gestión Documental	Tercerizada	10 meses	Tecnica en Secretariado - Tecnóloga en Gestion Documental	12 años	Vinculada con la Agremiación SINDISALUD
14	Huber Alexander Arboleda Pérez	Tecnóloga Gestión Documental	Tercerizada	8 años	Tecnico en Sistemas - Tecnologa en Gestion Documental	20 años	Vinculado con la Agremiación SINDISALUD

Cuadro 6. Cargos actuales Proceso de Gestión Documental.

Lo que implica un riesgo de crecimiento no planificado de éste y no acorde con lo establecido hoy en planta de cargos, por lo que se deberá definir las reales necesidades de recurso humano del proceso de gestión documental y proceder a una actualización en la planta de cargos de la institución.

**b. Criterios.**

- Planta de cargos Hospital General de Medellín.
- Plan institucional de Archivos - PINAR

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

**c. Riesgo.**

- Planta de cargos desactualizada.
- Asignación de recursos insuficientes al proceso.
- Demandas laborales.

**d. Recomendación.**

- Definir la estructura de la Dependencia y formalizar los nuevos recursos asignados.
- Presentar proyecto del PINAR referido a la actualización de la planta de cargos del proceso.

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo a lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Enviar a Gestión Humana un proyecto presentando la necesidad de creación en la planta de cargos a los Tecnólogos de Gestión Documental.

**Observación de Auditoría Interna N° 2.**

**a. Descripción.**

**Talento humano**

El cargo de profesional de gestión documental, aparece como vacante en el plan de vacantes año 2022, y es efectivamente ejercido por una funcionaria adscrita a la agremiación sindical, generando el riesgo de contrato realidad, por el ejercicio de coordinación que se ejerce sobre el grupo de trabajo, por lo cual se recomienda revisar y tomar decisiones de ocupar dicha vacante para minimizar riesgos institucionales.

**3.6. EMPLEOS VACANTES**

La Dirección de Gestión Humana identificó los siguientes cargos a proveer para la vigencia 2022, por vacantes existentes con corte a 31 de diciembre de 2021

Tabla 3: Cargos a proveer

CÓDIGO	DENOMINACIÓN DECRETO 785 DE 2005	TOTAL VACANTE
<b>NIVEL DIRECTIVO</b>		
009	Director Área Asistencial	1
<b>NIVEL PROFESIONAL</b>		
219	Profesional Universitario 1 (Asesoría Jurídica)	1
219	Profesional Universitario 1 (Estadística)	1
219	Profesional Universitario 2 (Gestión Documental)	1

**b. Criterios.**

- Procedimiento selección de funcionarios y colaboradores. Código: AP-GHU-AP002

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

- Planta de cargos institucional
- Plan de vacantes año 2022

**c. Riesgo.**

- Planta de cargos desactualizada.
- Asignación de recursos insuficientes al proceso.
- Demandas laborales.
- Contrato realidad

Riesgos enunciados para éstos tipos de contratos que pudieran tener una relación laboral encubierta o subyacente, temporal, con probable solución de continuidad, pago de prestaciones sociales, aportes al sistema de Seguridad Social en salud. El ejercicio de una coordinación implica el riesgo de una relación laboral, ya que no existe una realización temporal de actividades inherentes al funcionamiento, adicionalmente no está garantizada la autonomía e independencia y la temporalidad.

**d. Recomendación.**

- Definir la estructura de la Dependencia y formalizar los nuevos recursos asignados.
- Cubrir el cargo que se encuentra vacante en plan de vacantes año 2022

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo a lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Presentar la propuesta a Gestión Humana donde se solicite la vinculación del Profesional Universitario de Gestión Documental.

**Observación de Auditoría Interna N° 3.**

**a. Descripción.**

**Actualización de Documentos**

La auditoría observa que en general la documentación del proceso se encuentra debidamente actualizada en un 98%, con excepción del documento denominado Registro de activos de información, el cual hace parte de los estándares para la publicación de la información de las entidades públicas, como atención a los lineamientos de la ley de transparencia administrativa – Ley 1712 de 2014 y que, de forma actualizada, deben ser publicados en la página web de la institución debidamente.

**b. Criterios.**

- Ley 1712 de 2014

**c. Riesgo.**

- Incumplimiento legal

- Desactualización de los procesos y procedimientos institucionales.

**d. Recomendación.**

- Actualizar el documento denominado Registro de activos de información.

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo con lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Se hará la revisión con cada una de las áreas responsables de los documentos con el fin de verificar si están activos o inactivos para proceder realizar la actualización.

**Observación de Auditoría Interna N°4.**

**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 debidamente actualizada en su seguimiento y monitoreo en los riesgos de: inadecuada planeación y producción documental, incumplimiento en proceso de gestión y trámite, inadecuada organización documental, ausencia de cumplimiento de la tabla de valoración documental, ausencia de memoria institucional.

La auditoría observa que se ha materializado el riesgo de incumplimiento en el cronograma de transferencia documental por parte de los procesos de Gestión Humana, Proyección Humana y Activos Fijos.

Adicionalmente se ha materializado el riesgo ambiental de eventual inundación, ya que se presentó filtración de aguas en el primer piso por la entrada al Auditorio de la Salud, de lo cual se realizó la respectiva solicitud al área de mantenimiento a través del Software Keeper quienes determinaron que se debe impermeabilizar el sitio por donde se está filtrando el agua al área de Gestión Documental. Situación que al momento de la auditoría no se ha realizado.

**b. Criterios.**

Programa de gestión de riesgos.  
Matriz de riesgos del proceso de gestión documental.  
Cronograma de transferencia documental.

**c. Riesgo.**

Desactualización de seguimiento de la matriz de riesgos.

**d. Recomendación.**

Gestionar la intervención del proceso de mantenimiento para minimizar el riesgo de inundación en el área de gestión documental.  
Cumplir el cronograma de transferencia documental en un 100%.

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo con lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Brindar capacitación de Organización Documental y acompañamiento continuo.

Sociabilizar con el área de Mantenimiento el hallazgo identificado en la auditoria interna para buscar inmediata solución con el apoyo del COPASST.

**Observación de Auditoría Interna N° 5.**

**a. Descripción.**

**Desviación en los Indicadores de Gestión.**

Al revisar los indicadores de gestión del proceso de gestión documental, se observa que, del total de 10 indicadores, se tiene cinco debidamente controlados con los siguientes resultados:

- Proporción de cumplimiento de requisitos en la radicación de documentos: 99.8% de cumplimiento.
- Proporción de documentos externos entregados en el tiempo establecido: 97.8%.
- Proporción de transferencias documentales ejecutadas: 93.2%
- Proporción de radicación de comunicaciones oficiales con imágenes: 99.8%
- Proporción de comunicaciones oficiales radicadas sin anulaciones: 99.7%

Los siguientes cinco indicadores presentan alguna desviación, la cual deberá ser revisada por el proceso, para efectivamente intervenirlos:

PROPORCIÓN DE ENTREGAS DE DOCUMENTOS CON REGISTRO EURODOC EN EL TIEMPO ESTABLECIDO															
DIANA MESA															
2021															
Concepto	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de documento entregados con registro en Eurodoc	523	632	694	607	790	719	3.965	660	542	770	737	677	698	4.084	8.049
Número total de documentos entregados	634	772	853	727	1.011	866	4.863	810	763	981	930	908	1.035	5.427	10.290
Resultado	82,5%	81,9%	81,4%	83,5%	78,1%	83,0%	81,5%	81,5%	71,0%	78,5%	79,2%	74,6%	67,4%	75,3%	78,2%
Meta Sobresaliente: >= 80%			Meta Aceptable: 75 - 79%				Meta No cumplido: < 75%								

Este indicador muestra un resultado final de cumplimiento del 78.2%, ubicándose en un nivel aceptable de cumplimiento, para lo cual se deberán definir las estrategias necesarias que permitan impactar de manera positiva este indicador institucional.

PROPORCIÓN DE COMUNICACIONES OFICIALES POR CORREO CERTIFICADO ENTREGADAS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO																
MARIA ELENA																
2021																
Concepto	Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de comunicaciones oficiales enviadas por correo certificado y entregadas al destinatario en 8 horas o menos		43	53	130	75	108	72	481	67	63	8	52	49	41	280	761
Número total de comunicaciones oficiales enviadas por correo certificado		58	69	174	128	110	110	649	110	83	49	100	82	70	494	1.143
Resultado		74,1%	76,8%	74,7%	58,6%	98,2%	65,5%	74,1%	60,9%	75,9%	16,3%	52,0%	59,8%	58,6%	56,7%	66,6%
Meta Sobresaliente: >= 80%		Meta Aceptable: 75 - 79%						Meta No cumplido: < 75%								

El indicador de proporción de comunicaciones oficiales por correo certificado entregadas en el tiempo establecido, no cumple la meta de ser superior al 80%, ya que en promedio al año obtuvo un resultado del 66.6%, para lo cual se deberán definir las estrategias necesarias que permitan impactar de manera positiva este indicador institucional.

PROPORCIÓN DE ENTREGAS DE INFORMACIÓN PARA CONSULTA ENTREGADAS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO																
DIANA SORELLY																
2021																
Concepto	Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de entregas de información por consulta entregadas en 8 horas o menos		9	5	11	313	33	27	398	48	30	27	152	32	19	308	706
Número total de entregas de información para consulta		14	14	17	366	34	60	505	55	33	42	166	37	34	367	872
Resultado		64,3%	35,7%	64,7%	85,5%	97,1%	45,0%	78,8%	87,3%	90,9%	64,3%	91,6%	86,5%	55,9%	83,9%	81,0%
Meta Sobresaliente: >= 95%		Meta Aceptable: 90 - 94%						Meta No cumplido: < 90%								

El indicador de proporción de entregas de información para consulta entregadas en el tiempo establecido, no cumple la meta de ser superior al 90%, ya que en promedio al año obtuvo un resultado del 81%, para lo cual se deberán definir las estrategias necesarias que permitan impactar de manera positiva este indicador institucional.

PROPORCIÓN DE UNIDADES DOCUMENTALES PRESTADAS Y DEVUELTAS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO																
DIANA SORELLY																
2021																
Concepto	Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de unidades documentales devueltas en 8 horas o menos		10	5	11	339	19	20	404	2	27	35	151	32	16	263	667
Número de unidades documentales prestadas		14	14	17	366	34	60	505	55	33	42	166	37	34	367	872
Resultado		71,4%	35,7%	64,7%	92,6%	55,9%	33,3%	80,0%	3,6%	81,8%	83,3%	91,0%	86,5%	47,1%	71,7%	76,5%
Meta Sobresaliente: >= 95%		Meta Aceptable: 90 - 94%						Meta No cumplido: < 90%								

El indicador de proporción de unidades documentales prestadas y devueltas en el tiempo establecido, no cumple la meta de ser superior al 90%, ya que en promedio al año obtuvo un resultado del 76.5%, para lo cual se deberán definir las estrategias necesarias que permitan impactar de manera positiva este indicador institucional.

PROPORCIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN RESPONDIDOS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO																
HUBER																
2021																
Concepto	Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de derechos de petición radicados y contestados en 10 días hábiles o menos		121	77	107	94	79	121	599	186	94	83	102	76	40	581	1.180
Número de derechos de petición radicados		124	89	121	107	105	142	688	197	122	185	123	96	55	778	1.466
Resultado		97,6%	86,5%	88,4%	87,9%	75,2%	85,2%	87,1%	94,4%	77,0%	44,9%	82,9%	79,2%	72,7%	74,7%	80,5%
Meta Sobresaliente: >= 90%				Meta Aceptable: 85 - 89%				Meta No cumplido: < 85%								

El indicador de proporción de derechos de petición respondidos en el tiempo establecido, no cumple la meta de ser superior al 90%, ya que en promedio al año obtuvo un resultado del 80.5%, para lo cual se deberán definir las estrategias necesarias que permitan impactar de manera positiva este indicador institucional.

**b. Criterios.**

Manual de indicadores de gestión del proceso de gestión documental.

**c. Riesgo.**

Desactualización de los indicadores de gestión.

Incumplimiento de las metas de gestión.

Confiabilidad de la información.

Riesgo legal.

**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 un control efectivo al indicador de oportunidad de derechos de petición, para llevarlo a un cumplimiento del 100%, dadas las implicaciones legales que le genera a la institución.
- Centralizar los derechos de petición, unificar la transacción y una responsabilidad.

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo a la auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Realizar reunión con el área de Calidad para reestructurar la ficha técnica de los indicadores ya que los tiempos manejados en esta no están concordando con el objetivo esperado del procedimiento.

**Observación de Auditoría Interna N° 6.**

**a. Descripción.**

## **Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA - Plan Institucional de archivos - PINAR.**

Revisado el plan institucional de archivos – PINAR, el cual es el instrumento archivístico de la Gestión Documental del Hospital General de Medellín, que establece el seguimiento y articulación de la planeación estratégica con su función archivística, en la que se tratan las necesidades, debilidades, riesgos y oportunidades de mejoramiento archivístico, la modernización de los procesos y la tecnología. La auditoría observa que algunos proyectos como el Sistema de Gestión de Documentos de Archivo (SGDEA), presentan pocos avances y no se encuentra determinadas las actividades del proyecto que se pretenden ir alcanzando. Por lo que los resultados del año 2021 aun no son observables en términos de la normalización ni armonización en la conformación de expedientes análogos y electrónicos, revisión de la duplicidad de la información, expedientes electrónicos íntegros.

### **b. Criterios.**

Plan institucional de Archivo PINAR

### **c. Riesgo.**

Incumplimiento del plan.

### **d. Recomendación.**

Estructurar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA, en el cual se incluye la compatibilidad entre los sistemas (SAP, WINLAB, PACS, RIS, entre otros), con estándares archivísticos y esquemas técnicos para la clasificación y organización de la información electrónica.

Presentar informes de avance del cumplimiento del Sistema de documentos electrónicos de archivo.

### **e. Posición del auditado.**

De acuerdo a lo auditado

### **f. Plan de mejoramiento.**

Para estructurar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA es necesario contar con las Tablas de Retención Documental Actualizadas por lo tanto se está realizando un diagnóstico para la actualización de las misma y la creación del Instrumento Archivístico Banco Terminológico.

## **4.2 Para mejorar el proceso de Riesgos.**

### **Observación de Auditoría Interna N° 7.**

#### **a. Descripción.**

#### **Consecutivo de Resoluciones.**

La auditoría observa que los actos administrativos, resoluciones expedidos por la Gerencia del Hospital carecen del número consecutivo después del título “Resolución N°”, si bien los consecutivos de las resoluciones son asignados en forma automática por el número del radicado de Eurodoc conservando el orden en consecutivo y fecha, es menester, por temas de presentación y transparencia que se evidencie el número asignado de la Resolución en el espacio correspondiente. Con adición, de la ausencia este procedimiento debidamente documentado y normalizado.

**b. Criterios.**

Transacción ZED07 – Resoluciones 013

**c. Riesgo.**

Incumplimiento legal

**d. Recomendación.**

- Considerar la posibilidad de agregar el número de la Resolución con sello húmedo que coincida con el número radicado de Eurodoc.
- Diseñar, documentar y normalizar el procedimiento de asignación de consecutivos de los actos administrativos como las Resoluciones de Gerencia.

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo con lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Se agregará el número de la Resolución con sello teniendo en cuenta el asignado por Eurodoc.

**Observación de Auditoría Interna N° 8.**

**a. Descripción**

**Incumplimiento de la transferencia documental.**

La transferencia documental corresponde a las actividades de clasificación de las unidades documentales que cumplieron el tiempo de retención de acuerdo a las tablas en cada uno de los procesos. Se debe entregar las unidades documentales en el archivo central, en la fecha indicada en el plan de transferencias del año, incluidos los documentos electrónicos, actividad que se cumplió en un 93.2%, y no se cumplió por parte de los procesos de Gestión Humana, Proyección Humana y Activos Fijos.

La clasificación incluye los documentos de apoyo que cumplieron de acuerdo con la tabla de retención documental el tiempo de retención, éstos se identifican en el formato de eliminación y se realiza la disposición final del documento surtido todo el proceso, para este caso específico la documentación del proceso de tesorería y parte de facturación que ya cumplió su ciclo de retención, de acuerdo con su tabla de retención, no le fue autorizado su eliminación final por parte del comité de gestión y desempeño por concepto jurídico no favorable.

**b. Criterios.**

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Cronograma de transferencia documental.  
Tablas de retención documental – TRD-  
Tablas de valoración documental – TVD-

**c. Riesgo.**

Incumplimiento de las tablas de retención documental.  
Desactualización de las tablas de retención documental.  
Incumplimiento de las tablas de valoración documental.

**d. Recomendación.**

- Cumplir el cronograma de transferencia documental en un 100%
- Actualizar las tablas de retención documental.
- Actualizar las tablas de valoración documental.
- Aplicar la eliminación documental conforme a las tablas aprobadas

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo a lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Se dará acompañamiento en la realización del proceso archivístico (retiro de material metálico, foliación, encapetado, rotulación de carpetas y cajas e inventario documental)

**Observación de Auditoría Interna N° 9.**

**a. Descripción**

**Incumplimiento de la transferencia documental del proceso de contratación**

La transferencia documental corresponde a las actividades de clasificación de las unidades documentales que cumplieron el tiempo de retención de acuerdo a las tablas en cada uno de los procesos. Se debe entregar las unidades documentales en el archivo central, en la fecha indicada en el plan de transferencias del año, incluidos los documentos electrónicos.

La auditoría observa que actualmente se activó un plan de contingencia para transferir una cantidad importante de documentos pertenecientes al proceso de contratación de la institución el cual no había realizado transferencia desde hace varios años atrás, generando el riesgo de pérdida documental para la institución.

**b. Criterios.**

Cronograma de transferencia documental.  
Tablas de retención documental – TRD-

**c. Riesgo.**

Incumplimiento de las tablas de retención documental.  
Desactualización de las tablas de retención documental.

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	<p>CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06</p>
			<p>VERSIÓN: 01</p>
			<p>Fecha: 29/06/2022</p>

Incumplimiento de las tablas de valoración documental.

**d. Recomendación.**

- Cumplir el cronograma de transferencia documental en un 100%
- Actualizar las tablas de retención documental.
- Actualizar las tablas de valoración documental.
- Aplicar la eliminación documental conforme a las tablas aprobadas

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo a lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Se hará seguimiento constante por medio de correos electrónicos y visitas al área correspondiente con el fin de dar cumplimiento en el cronograma anual de transferencias documentales.

**4.3 Para mejorar el proceso de Control.**

Se recomienda Tecnólogo como gestor documental esto debido a la complejidad a la serie documental que se maneja en el área.

**Observación de Auditoría Interna N° 10.**

**a. Descripción**

**Valoración documental – no aplicación de la eliminación documental**

La valoración documental nos permite la selección de documentos que serán dados de baja y los que se transferirán a los archivos históricos, por eso se debe realizar la fase de organización, la identificación, proceso donde se realiza el análisis intelectual del documento, y se define la disposición final de documentos, una decisión resultante de la valoración hecha en cualquier etapa del ciclo vital de los documentos, registrada en las tablas de retención y/o tablas de valoración documental, con miras a su conservación total, eliminación, selección y/o reproducción.

La auditoría observa que de toda la documentación que reposa en archivo en la empresa externa contratada con el objeto de almacenar esta documentación no se ha realizado ninguna depuración y según informa el proceso allí reposa una cantidad importante de documentos con tiempos cumplidos para su eliminación.

Como ejemplo se informa que durante el año 2021 se le aplicó la tabla de valoración a 57 cajas con comprobantes de egreso de tesorería con más de 20 años en el archivo central, la cual tiene la respectiva acta e inventarios de eliminación, pero se presentó un concepto jurídico y no se permitió su eliminación.

**b. Criterios.**

Cronograma de transferencia documental.  
Tablas de retención documental – TRD-  
Tablas de valoración documental – TVD-

**c. Riesgo.**

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Incumplimiento de las tablas de retención documental.  
Desactualización de las tablas de retención documental.  
Incumplimiento de las tablas de valoración documental.

**d. Recomendación.**

- Cumplir el cronograma de transferencia documental en un 100%
- Actualizar las tablas de retención documental.
- Actualizar las tablas de valoración documental.
- Aplicar la eliminación documental conforme a las tablas aprobadas

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo a lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Se retomará nuevamente la solicitud al Comité Institucional y Desempeño donde se indique la importancia de realizar la eliminación de estos documentos.

**Observación de Auditoría Interna N° 11.**

**a. Descripción.**

**Desactualización de procesos, procedimientos y documentación general del mapa de procesos.**

La auditoría observa que dentro del mapa de procesos institucional se cuenta con 2.810 documentos y de éstos vigentes con menos de cinco años se encuentran 1.910 documentos, es decir solo el 68% se encuentra debidamente actualizados.

De acuerdo con el sistema de gestión de Calidad del HGM, en el manual de estructura documental, esta documentación deberá tener una vigencia de 5 años; “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. En el campo de “Modificaciones”, antes de la aprobación, deberá indicarse la Versión / Fecha / Razón De La Actualización (histórico de cambios). Además, el sistema de gestión documental de la calidad Eurodoc, cuenta con la funcionalidad de ejecutar en forma automática 3 meses antes la notificación de vencimiento de los documentos vía Workflow o correo electrónico con el objetivo de cumplir con los estándares documentales y la vigencia establecida en la institución.

**b. Criterios.**

Mapa de procesos de la institución.

**c. Riesgo.**

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

**d. Recomendación.**

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Actualizar al 100% la documentación del proceso y los procedimientos. Los instructivos y los manuales.

**e. Posición del auditado.**

En desacuerdo con lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Calidad es el área responsable de recordarle a los procesos la actualización de los documentos, en el mapa de procesos se evidencia que Gestión Documental tiene el 98% de los documentos actualizados.

**Observación de Auditoría Interna N° 12.**

**a. Descripción**

**Cadena de custodia.**

La cadena de custodia trata de registrar, manejar y custodiar de manera correcta los elementos materia de prueba o evidencias físicas encontrados durante la atención de personas en el hospital como consecuencia de un posible delito. Se observa que en clínicas quirúrgicas llevan los elementos probatorios, los acumulan en cirugía y los entregan a custodia de gestión documental, donde se almacenan en forma adecuada de acuerdo con las técnicas del archivo.

La auditoría observa que allí se custodia elementos hasta de 20 años debidamente embalados y rotulados, pero estos elementos no son recogidos diariamente para ser llevados al lugar de almacenamiento y realizar el respectivo registro. Es así como se observa que el documento denominado inventario de cadena de custodia no se encuentra actualizado con los años 2020 y 2021.

**b. Criterios.**

Instructivo asistencial cadena de custodia.

**c. Riesgo.**

Riesgo legal.

**d. Recomendación.**

- Actualizar el documento inventario de cadena de custodia, con el registro de la información de los años 2020 y 2021.

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo con lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Convocar a reunión con la jefa de clínicas Quirúrgicas para buscar un acuerdo con los entes pertinentes "La Fiscalía General de la Nación", ya que estos elementos almacenados por el área de Gestión Documental deben de contar con un cuidado especial como refrigeración adecuada, espacio de secado y ropas con fluidos, con una atmosfera adecuada a estos elementos.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Coordinar la entrega de estos elementos que reposan bajo la custodia de Clínicas Quirúrgicas de 2020 y 2021 para su almacenamiento, custodia y actualización de inventarios.

### Observación de Auditoría Interna N° 13.

#### a. Descripción

#### Eurodoc – Radicados pendientes por gestionar.

A la fecha del 10 de febrero de 2022, se observa informe con los radicados pendientes por gestionar de Honorarios y Proveedores correspondiente a la vigencia 2021, llama la atención que algunos presentan antigüedad considerable desde enero de 2021, podríamos estar en frente de casos de vigencias expiradas. Cuadro con detalle de radicados pendientes por gestionar:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN - LCG - ESE				
Oficina de Auditoría Interna				
Radicados honorarios 2021				
Radicado	Fecha	Nombre de Nit	N° Documento	Valor
Radicado	Fecha	Nombre de Nit	N° Documento	Valor
2021000004	04.01.2021	B. Braun Avitum Sas	BB-113128	27.808.725
2021000005	04.01.2021	B. Braun Avitum Sas	BB-113130	3.622.080
2021000006	04.01.2021	B. Braun Avitum Sas	BB-113132	10.140.795
2021000023	07.01.2021	Synlab Colombia S.A.S.	2FE-198673	1.246.000
2021000024	07.01.2021	Synlab Colombia S.A.S.	2FE-198672	5.485.221
2021000045	15.01.2021	B. Braun Avitum Sas	BBNC-1262	302.400
2021000046	15.01.2021	Synlab Colombia S.A.S.	2FE-192654	7.172.000
2021000047	15.01.2021	Synlab Colombia S.A.S.	2FE-192653	1.066.980
2021000048	15.01.2021	Synlab Colombia S.A.S.	2FE-192652	79.031.499
2021000049	15.01.2021	Synlab Colombia S.A.S.	2FE-192651	3.868.000
20210001258	03.03.2021	Meditecx Sas	FEMD-9338	3.712.800
20210002064	21.04.2021	Une Epm Telecomunicaciones S.A.	9926-17	71.397
20210002092	23.04.2021	Medinistros Y Cia Limitada	FE-21186	1.487.500
20210003923	14.07.2021	Corporacion Para Investigaciones Bi	NC-41	250.000
20210004384	04.08.2021	Centro Neuro Urologico Sas	NEAM-41	575.000
20210004748	01.09.2021	Asesorías Y Consultorias Especializ	FE-14	15.499.012
20210006033	29.10.2021	Seguros Generales Suramericana	1012292744	124.950
20210006349	04.11.2021	Servicios De Gestion Integral Sas	FE-144	4.047.233
20210006351	04.11.2021	Servicios De Gestion Integral Sas	FE-145	7.535.049
20210006486	05.11.2021	Corporacion Ser Colombia	CSFE-125	12.482.700
20210006636	22.11.2021	Strategic Data S.A.S	FESD-4208	10.070.892
20210007122	03.12.2021	Gestion Y Servicios Ambientales Sas	FE-1523	931.858
20210007187	06.12.2021	Corporacion Ser Colombia	CSFE-147	12.305.850
20210007313	10.12.2021	Corporacion Fenalco Solidario Colom	FE-18981	19.468.800
20210007325	13.12.2021	Grupo Citic S.A.S	FEV-224	4.999.785
20210007350	14.12.2021	Medtronic Colombia Sa	MDTC-4129626393	1.927.800
20210007359	15.12.2021	Cnc Repowering Sas	FVEC-617	3.186.761
20210007360	15.12.2021	Cnc Repowering Sas	FVEC-523	1.265.699
20210007716	22.12.2021	Servicios De Gestion Integral Sas	FE-173	1.990.303
20210007717	22.12.2021	Servicios De Gestion Integral Sas	FE-174	2.632.894
20210007940	27.12.2021	Corporacion Cientifica Ingeobosque	INGB-179	8.411.491
20210007975	29.12.2021	Verde Sas	VD-681	12.281.520
20210007995	30.12.2021	Artix Sas	AR-11	1.088.282.473
20210008011	30.12.2021	Corporacion Ser Colombia	CSFE-178	9.487.300
20210008033	31.12.2021	Centro Neuro Urologico Sas	FM-35	1.150.000
20210008034	31.12.2021	Centro Neuro Urologico Sas	FM-144	575.000
20210008042	31.12.2021	Betancur Betancur Jorge Ignacio		658.000
<b>Total</b>				<b>1.365.155.767</b>

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor con la información suministrada por Administrador Eurodoc.

A continuación, relacionamos algunos casos de las notas de los radicados pendientes por gestionar:

*Se contabiliza con documento radicado 2400075090, no se cierra radicado ni se paga, hasta tanto no se realice el acta de recibo a satisfacción y demás requisitos para pago. Se adjunta memorando de solicitud de causación y correo de autorización del contador.*

The screenshot shows the EuroDoc software interface. On the left, there is a list of documents with columns for Description, Date, Time, and Created by. The main window displays a detailed invoice from Artics S.A.S. The invoice includes the company name, NIT, and tax information. It also contains a table with 4 lines of items, each with a code, quantity, description, unit, and total value.

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	UNIDAD MEDIDA	VR UNIT	TOTAL
1	008	1,00	Caestión de bienes muebles. Acta de inicio firmada a partir del 13 de agosto de 2021. Se proyecta un cobro mensual de \$20.000.000 por el mes de diciembre.	WSD	\$19.606.723,00	\$19.606.723,00
2	009	1,00	Señalización de elementos mediante etiquetas de seguridad. Se etiquetaron una totalidad de 14.940 stickers, descontando 358 descapitalizados, descontando los 4000 de la primera factura para un total de 12.886 stickers autocapitales. Cada unidad tiene un costo de \$9.000 pesos mltc.	WSD	\$80.054.622,00	\$80.054.622,00
3	014	1,00	Etiquetado RFID. Son etiquetados 431 activos fijos con etiquetas RFID pertenecientes a computadores solo en uno y portátiles. Cada unidad tiene un costo de \$12.500 pesos mltc.	WSD	\$4.346.216,00	\$4.346.216,00
4	010	1,00	Proyección avales. Se toma como referencia cada uno de los porcentajes aplicados sobre la proyección del valor razonable para los diferentes activos fijos. Proyección de cuenta 1815. Ver formato plano: \$5.681.981 con fecha posterior al 19 de noviembre. Proyección de cuenta 1903. Ver formato plano: \$9.049.544. Presentación de 3462 activos fijos sin contar	WSD	\$813.315.023,00	\$813.315.023,00

Fuente: Eurodoc

Documento radicado 2021000048: *Se solicita al profesional de contabilidad explique las razones por las que devuelve el radicado después de 6 meses, siendo que el ingreso y contabilización de la factura fue autorizado por el Jefe de Financiera. Se adjunta correo sin respuesta.*

Documento radicado 20210004748: *Aclaración sobre este radicado el cual presenta problemas de acreedor, el sistema no está asimilando la información correcta. Se le pago al acreedor el día 24 de septiembre quedando pendiente cerrar este caso en los siguientes días ya que el problema no es del acreedor si no que es el sistema*

**b. Criterios.**

Eurodoc. Transacción ZED07  
Informe de Radicados pendientes a febrero 10 de 2022, suministrados por Administrador Eurodoc.

**c. Riesgo.**

- Falta de razonabilidad de las cifras de las cuentas por pagar
- Probables vigencias expiradas
- Riesgos reputacional
- Riesgos jurídicos

**d. Recomendación.**

Implementar las acciones necesarias de forma conjunta las áreas Financiera, los supervisores, gestión documental, para realizar oportuno seguimiento, monitoreo y gestión de los radicados pendientes por gestionar.

Efectuar capacitaciones a los supervisores sobre riesgos de Falta de razonabilidad de las cifras de las cuentas por pagar, Probables vigencias expiradas, Riesgos reputacional, Riesgos jurídicos identificados en la falta de gestión de los radicados.

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo a lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

Coordinar con Gestión Humana los funcionarios que cuenten con la bandeja EURODOC y salgan a vacaciones, se le informe a los administradores de Eurodoc a través del correo [administradoreurodoc@hgm.gov.co](mailto:administradoreurodoc@hgm.gov.co) para proceder activar suplencia.

Crear reportes mensuales de la transacción 033 cinco días hábiles después de cerrado el mes.

**Observación de Auditoría Interna N° 14.**

**a. Descripción**

**Riesgos de la copia de firmas en Eurodoc.**

La auditoría observa que en los documentos que soportan las cuentas de cobro, como el acta de recibido a satisfacción, memorando y demás documentos que se suben a Eurodoc, y que aparecen con las firmas de los supervisores y diferentes jefes, al aplicar la respectiva prueba de auditoría se observa el riesgo que sean copiadas, presentando niveles de seguridad bajo para estos documentos.

**b. Criterios.**

Política de seguridad de la información.

**c. Riesgo.**

Fraude y pérdida de información.

**d. Recomendación.**

- Revisar niveles de seguridad de la información subida a Eurodoc, en lo que respecta a la probabilidad de la copia de firmas.

**e. Posición del auditado.**

De acuerdo a lo auditado

**f. Plan de mejoramiento.**

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Coordinar con el área de Sistemas reunión para exponerle la observación así tomar decisiones.

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	<p>CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06</p>
			<p>VERSIÓN: 01</p>
			<p>Fecha: 29/06/2022</p>

## V. CONCLUSIONES.

- 5.1. El Programa de Gestión Documental está dirigido a todos los procesos de la institución. Es importante sensibilizar, socializar y capacitar de manera general los conceptos básicos sobre instrumentos archivísticos, tecnología, preservación digital y normatividad a todos los funcionarios involucrados en la Gestión Documental, mediante el Plan Institucional de Capacitación- PIC y de esta manera mejorar la participación y adherencia de las directrices impartidas a los diferentes actores que intervienen en el proceso, posibilitando un adecuado manejo de los documentos, tanto físicos como electrónicos.
- 5.2. Los documentos que se generan o se reciben en las instituciones son la memoria administrativa e histórica de las mismas, es aquí donde la Gestión Documental tiene su fundamental labor, de preservar el acervo documental de la institución.
- 5.3. Se establece de manera integral y sistemática el Programa de Gestión Documental, con los procesos y procedimientos archivísticos de los documentos del Hospital, garantizando seguridad, confiabilidad, oportunidad y transparencia para la toma oportuna de decisiones.
- 5.4. El Hospital cuenta con instalaciones de los archivos que reúnen las condiciones mínimas para el adecuado desarrollo de su función, siguiendo las recomendaciones del Archivo General de la Nación, en relación con las características arquitectónicas y medioambientales, espacio, distribución de áreas de acuerdo con el flujo de los procesos del archivo, ubicación con relación a las dependencias, mobiliario y equipo.
- 5.5. Se concluye que se cumple el objetivo del proceso de Gestión Documental de administrar los documentos que se producen y reciben en la entidad garantizando su organización, conservación, custodia y disposición final, mediante, la centralización del sistema para la administración de archivos y los servicios ofrecidos por el área de Gestión Documental.
- 5.6. El Hospital cuenta con un software para la gestión electrónica de documentos EURODOC, dicha implementación integra la gestión de documentos directamente a la plataforma de SAP, permitiendo asociar los documentos de soporte del paciente como documento de identidad, autorizaciones, pólizas, al episodio generado en la prestación del servicio de atención al usuario, disminuyendo la tramitología en la institución.
- 5.7. El software Eurodoc apoya la gestión del Sistema de Información y Atención al Usuario-SIAU, en la radicación de reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos, indexación y envío del "Workflow" con notificación al correo de cada responsable encargado de la gestión de la respuesta a la manifestación del usuario para su respectivo cierre y seguimiento de la gestión realizada.
- 5.8. El proceso logra de manera general cumplir con el objetivo de garantizar una adecuada gestión documental en el Hospital, articulada con la normatividad archivística que le es aplicable.
- 5.9. El servicio de consulta de información es eficaz en cada uno de los archivos centrales.

## 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 Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna:**

**Heriberto Vargas Lema**

Profesional de Auditoría Interna.

**María Janneth Agudelo Arango**

Profesional de Auditoría Interna.

**Karina Marina Ruiz de la Hoz**

Profesional de Auditoría Interna

**Julio E. Suescún Montoya**

Técnico de Auditoría



Elaboró: **Heriberto Vargas Lema,**  
Profesional de Auditoría Interna.

Apoyo Gráfico y Edición: **Julio E. Suescún Montoya,**  
Técnico Auditoría

Revisó: **William Alberto Higueta Lopera,**  
Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, 22 de febrero de 2022.