



Alcaldía de Medellín

# HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

## Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

### Oficina de Auditoría Interna

## INFORME DE AUDITORÍA 2022

N° 05

Proceso:  
Gestión de la información clínica y  
administrativa



Informe tipo:  
**de Auditoría**  
Abril 2022



# HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

## Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

### Oficina de Auditoría Interna

## INFORME DE AUDITORÍA 2022

### N° 05

#### Equipo Oficina de Auditoría Interna

**Jefe de la Oficina:**

William Alberto Higuera Lopera

**Auditores:**

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)

Oficina de Auditoría Interna  
Hospital General de Medellín  
Carrera 48 #32 – 102  
PBX: 3847300  
Medellín – Antioquia  
Colombia  
[www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)

## Proceso

# Gestión de la información clínica y administrativa

**Modalidad Auditoría Interna**





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

## 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 de la información clínica y administrativa 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 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 III, Una Auditoría de Impacto y Efectiva del Plan Estratégico 2017-2027 "Construimos Confianza" de la Oficina de Auditoría Interna, adoptado mediante Acuerdo No. 232 de diciembre 14 de 2021. "

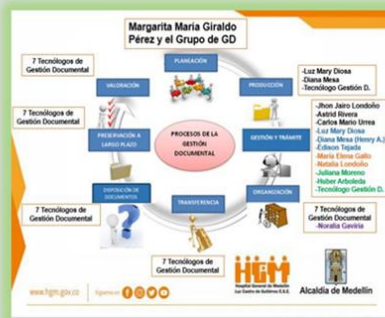
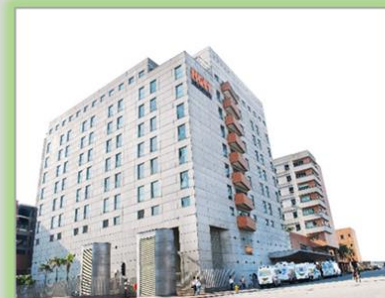
Agradecemos a los servidores de la Entidad que intervinieron en la ejecución de la auditoría por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

### Oficina de Auditoría Interna.


*Construimos Confianza*

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

*Atención Excelente y Calidad de Vida.*



<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>	<b>CÓDIGO:</b> EV-EVC-CI002F06
			<b>VERSIÓN:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 29/06/2022

## TABLA DE CONTENIDO

<b>I. GENERALIDADES.....</b>	<b>5</b>
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.....	8
1.7. Limitaciones.....	8
1.8. Terminología básica.....	8
<b>II. ANTECEDENTES.....</b>	<b>10</b>
<b>III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....</b>	<b>13</b>
3.1 Ficha técnica de auditoría.....	13
3.2. Fortalezas.....	13
3.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	13
<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.....	21
4.3 Para mejorar el proceso de Control.....	23
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>29</b>
<b>VI. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....</b>	<b>29</b>
<b>VII. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....</b>	<b>30</b>

	<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

## **I. GENERALIDADES.**

### **1.1. Objetivo.**

Realizar una evaluación al proceso de gestión de la información clínica y administrativa, 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:

- Identificación de necesidades de información.
- Gestión del dato.
- Generación de informes.

### **1.3. Metodología.**

Durante el desarrollo y la ejecución de la auditoria se aplicaron las siguientes técnicas de auditoria 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 de la información clínica y administrativa.
- Entrevista con personal de proceso.
- 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.

	<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

#### 1.4. 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.

	<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

## 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. 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.

### 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.

### 1.5.6 Resolución 1995 de 1999. Ministerio de Salud. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

*Capítulo I Definiciones y disposiciones generales. Artículo 1.- Definiciones. a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.*

### 1.5.7 Resolución 839 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.

*Capítulo II. Proceso de gestión documental de la historia clínica. Artículo N°3. Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica. La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años...*

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

## 1.6. Documentos Base.

- 1.6.1. Procedimientos documentados de: Identificación de necesidades de información, gestión del dato, generación de informes.
- 1.6.2. Caracterización del Proceso.
- 1.6.3. Manual de indicadores de gestión.
- 1.6.4. Manual de estadísticas vitales.
- 1.6.5. Informes del proceso de gestión de la información clínica y administrativa.
  - Identificación de necesidades de información.
  - Generación de informes internos.
  - Generación de informes externos.
  - Consolidación de necesidades de información.
  - Informe de plan de acción del proceso.
  - Informe de producción institucional.
- 1.6.6. Ámbito de Riesgos, indicadores y planes.
  - Informes generados por el proceso de gestión de la información clínica y administrativa.
  - Matriz de Riesgos y controles del proceso de gestión de la información clínica y administrativa.
  - Seguimiento a los controles para mitigar el riesgo.
  - Indicadores de gestión del proceso.
  - Informe del Plan de acción – Gestión de la información clínica y administrativa.

## 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.

- **Sistema de información.**  
Conjunto formal de procesos de gestión de datos, documentos y necesidades de información que interactúan de manera deliberada y sistemática, alineados al direccionamiento estratégico con el fin de apoyar la toma de decisiones basada en hechos y datos.
- **Bases de datos.**  
Conjunto de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso.
- **Datos.**  
Son los hechos que describen sucesos y entidades. Puede significar un número, una letra, un signo o cualquier símbolo que represente una cantidad, una medida, una palabra o una descripción. Su importancia está en su capacidad de asociarse dentro de un contexto para convertirse en información.
- **Minería de datos.**  
Proceso de detectar la información procesable de los conjuntos grandes de datos. Utiliza el análisis matemático para deducir los patrones y tendencias que existen en los datos. Normalmente, estos patrones no se pueden detectar mediante la exploración tradicional de los datos porque las relaciones son demasiado complejas o por un alto volumen de datos.



 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

▪ **Evaluación de requerimientos.**

Se refiere a las necesidades de información que involucran el procesamiento de datos, en este sentido se evalúa cada requerimiento a fin de determinar su viabilidad y pertinencia.

▪ **Estadísticas vitales.**

Hechos vitales que ocurren en el proceso de atención. Se refiere a nacimientos y defunciones, los cuales son recolectados con el propósito de alimentar los sistemas nacionales de estadísticas.

▪ **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.

	<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

## 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:

<b>OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA</b> <b>Seguimiento a la Auditoría anterior.</b> <b>Observaciones y Recomendaciones</b>			
<b>N°</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>Estado de implementación</b>
1	El Proceso de Gestión de la información Clínica y Administrativa, tiene tres indicadores de desempeño, dos de ellos se relacionan exclusivamente con la oportunidad de algunos de los informes generados, y en general dichos indicadores no dan cuenta de la efectividad de la gestión realizada por el proceso.	1.1 Se recomienda reevaluar los indicadores existentes y diseñar unos nuevos con énfasis en la calidad de la información, que sean verdaderos medidores del desempeño y reten al proceso a la mejora continua.	En proceso de revisión.
2	No es clara la definición de Activos de Información por las partes involucradas tanto en los funcionarios del área de Estadística, como del área de Sistemas. No obstante, en la práctica, es probable que la institución no tenga identificado y socializado el inventario de sus activos de información, y por lo tanto puede carecer de una adecuada gestión de la protección de dichos activos (recursos).	2.1. Para gestionar adecuadamente los activos del Sistema de información de una organización, se debe diseñar inicialmente su propia categorización o taxonomía. Es necesario tener un listado de activos que nos permita gestionar de manera controlada los riesgos; los datos cada día son un activo estratégico y como cualquier otro activo corporativo, los datos contenidos en los sistemas de información cuentan con valor financiero.	En proceso de actualización.
3	En el Hospital la elaboración de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), se hace con base en la facturación como lo establece la normatividad vigente. Las aseguradoras están requiriendo RIPS	3.1. Se recomienda que el hospital evalúe si los RIPS, son un activo de información que va más allá de requisitos de cumplimiento y aprovechar sus potenciales usos para mejorar el relacionamiento con	Dada la radicación extemporánea de la facturación, los RIPS no reflejan la situación en tiempo real de la información. La información

	de mayor calidad para soportar su costo médico, lo que hace necesario una trazabilidad de estos registros desde el inicio de la atención del usuario, mejorando la calidad de la información y reduciendo costos de la no calidad en el proceso de facturación.	las aseguradoras para la extracción, el procesamiento y análisis de información de los clientes y pagadores con miras a explorar formas de contratación prospectivas como los paquetes integrales de atención y los GRD (Grupos relacionados de diagnóstico). Aprovechar las capacidades transaccionales de SAP- BI (Business Intelligence) y paramentrizar los diagnósticos que son de interés a trabajar, dedicando un equipo interdisciplinario a este labor.	es extemporánea. Con la resolución 441 se mejora esta situación dado que tiene que ir a la par la factura y los RIPS.
4	<p>En la visita de asistencia técnica realizada por la Secretaria de Salud de Medellín a nuestra institución, se analizaron los RIPS generados de enero a marzo de 2015 y se encontró un cumplimiento en la estructura de los RIPS en un 95.5%.</p> <p>Se evidenciaron fallas en la calidad del dato, como inconsistencias significativas en: "Código de Diagnóstico versus Edad y Sexo del paciente (generando errores de información para validación de perfiles epidemiológicos, cuentas de alto costo, cobro de copagos entre otras). Código de entidad administradora incorrecto (con lo cual no se logra identificar adecuadamente la entidad responsable de la cuenta, generando rechazos y devoluciones), estado a la salida que no concuerda con causa básica de muerte (Usuario que figura vivo a la salida, pero se le diligencia causa de muerte), códigos de medicamentos no identificados (genera rechazo e inconsistencias en la información de cuáles son los medicamentos de mayor utilización)".</p>	4.1. Se recomienda definir controles más allá de la estructura que garantice la calidad del dato.	En proceso de intervención.
5	La auditoría evidenció registros vitales mal diligenciados por parte del personal médico, generando falta de oportunidad en la entrega de información estadística. Se recomienda ajustarse a las actividades definidas en el "Proceso De Certificación Captura de Nacimientos y Defunciones". Se evidencia manualidad en el procesamiento de los siguientes datos exigidos por aseguradoras: Resultado de TSH neonatal, fecha de nacimiento de la mamá, sífilis congénita, fecha de toma de muestra y resultado de HIV materno, lo que está generando riesgo de calidad del dato	5.1. Se recomienda explorar un reporte en SAP para extraer esta información.	Ha sido superada la oportunidad el RUAF es plataforma en línea la cual los médicos ingresan la información en tiempo real.

6	<p>El gran volumen de datos que fluye a través de los Sistemas de Información de la institución, convierte en un reto realmente complejo mantener intacta la calidad de los datos, todo el tiempo. La validación de datos debe ser una actividad permanentemente, en la cual cuando se generan reportes de los diferentes módulos, se debe explorar en ellos si los datos son efectivamente pertinentes y consistentes con las demás variables que se pretenden procesar para la satisfacción de las necesidades de información, pero el proceso maneja mucha manualidad; luego que son generados los reportes extraídos de diferentes fuentes de SAP, se sacan varias bases de datos que luego se consolidan manualmente, usando herramientas como Excel.</p> <p>El procesamiento manual de información, el crecimiento de requerimientos (internos y Externos), la limitación de recurso humano disponible, generan riesgo de errores en el proceso y limitaciones para la validación completa de datos, que conllevan a que el riesgo de la mala calidad del dato, se materialice.</p> <p>Es importante y necesario conocer en qué momento se producen los errores: Entrada de datos, Incorporación de datos externos,</p>	6.1. los dueños de procedimientos de generación de datos, deben ser responsables de “sus datos”, porque de ellos parte asegurar su validez y precisión, es a ellos a quienes también debe ir orientado el esfuerzo de sensibilización, capacitación, entrenamiento y reentrenamiento en sus puestos de trabajo, a fin de generar en la institución una efectiva cultura en torno a la importancia de la información.	A través de herramientas de BIG DATA, fortalecimiento a la plataforma BI para el análisis de indicadores. En desarrollo herramientas de gestión.
7	<p>El Aprendizaje organizacional es una etapa muy importante para la institución, desde la Política de Calidad se declara el compromiso que tiene con el mejoramiento continuo en el desempeño de sus procesos, y teniendo en cuenta el alcance del Manual Gestión de Datos, dicho procedimiento se ejecuta siguiendo el ciclo de mejoramiento continuo PHVA y también lo definido en el Manual Gerencia de la información en su ítem 5.7 que dice que el “Aprendizaje Organizacional” es una etapa importante del proceso de Mejoramiento continuo.</p> <p>La auditoría no evidencia registros diligenciados del Formato Banco de Aprendizaje Organizacional AP-INF-CA001F04, lo que impide que se puedan visibilizar los conocimientos adquiridos a través de las lecciones aprendidas y que la institución pueda demostrar el cierre de ciclos de los planes de mejoramiento implementados y dar testimonio del Aprendizaje Organizacional logrado.</p>	7.1. Se recomienda hacer uso de esta herramienta, comunicar y socializar los aprendizajes obtenidos al área de Estadística y en general a todas las áreas, y así fortalecer la Gestión del Conocimiento a todo nivel en la organización.	Dinamizar la gestión del aprendizaje organizacional.



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



	<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

### III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

#### 3.1 Ficha técnica de auditoría.

<b>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</b> Oficina de Auditoría Interna Auditoría Gestión de la información clínica y administrativa		 
<b>Ficha Técnica</b>		
<b>Asunto:</b>	Auditoría Gestión de la información clínica y administrativa	
<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>	Diony Janneth Zapata Velásquez	
<b>Fecha:</b>	Abril 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 de la información clínica y administrativa en la aplicación de la técnica de auditoría indagación a la administración.

Se resalta la disposición del equipo de trabajo para atender la auditoría.
- En estadísticas vitales se reconocen los logros en el sentido que se registra se registra el 100 % de hechos vitales, en los sistemas electrónicos RUAF-ND (Nacidos vivos y defunciones por muerte natural), se adaptó el manual de estadísticas vitales del DANE, se realizó capacitación y acompañamiento sistemático al equipo médico en el adecuado diligenciamiento de los hechos vitales electrónicos, igualmente se hace seguimiento del acceso de estos a la plataforma.
- Se realiza diariamente auditoría a la calidad del registro del hecho vital por parte del equipo médico, haciéndose retroalimentación individual y procesos de reinducción en caso necesario, se presta apoyo las 24 horas al equipo médico entorno a las dificultades con el sistema electrónico RUAF-ND, se tiene una sincronizada relación con la Secretaría de Salud de Medellín y el DANE para el soporte logístico y técnico en torno al funcionamiento del modelo nacional en línea de estadísticas vitales.
- Se hace uso de las bases de datos del RUAF ND para estudios de investigación, reportes nacionales de alerta temprana, indicadores de maternidad segura, mortalidad perinatal y vigilancia epidemiológica.
- El área de estadística se da cumplimiento a la generación de información de forma veraz y oportuna según los requerimientos de ley, realizando ajustes de forma manual y con validadores externos

#### 3.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.

	<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

Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de gestión de la información clínica y administrativa, 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>11</b>	<b>100%</b>
	<i>En el Proceso de Gobierno</i>	3	27%
	<i>En el Proceso de Control</i>	5	45%
	<i>En el Proceso de Riesgos</i>	3	27%
2	<b>Recomendaciones</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>
	<i>Para Mejorar el Gobierno</i>	3	19%
	<i>Para Mejorar el Control</i>	10	63%
	<i>Para Mejorar la gestión de Riesgos</i>	3	19%

Cuadro N° 3. Resumen de Observaciones y Recomendaciones.

<b>OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA</b> <b>Auditoría al proceso de Gestión de la información clínica y administrativa</b> <b>Observaciones y Recomendaciones</b>		
N°	Observaciones	Recomendaciones
1	<b>Talento Humano</b>  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.  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.	1.1 Definir la estructura de la Dependencia y formalizar los nuevos recursos asignados.
2	<b>Talento Humano</b>  El cargo de profesional de Estadística, 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.	2.1 Definir la estructura de la Dependencia y formalizar los nuevos recursos asignados. 2.2 Cubrir el cargo que se encuentra vacante en plan de vacantes año 2022
3	<b>Actualización de Documentos</b>	3.1 Actualizar los procesos y procedimientos en el mapa de procesos institucional acorde con las

	<p>La auditoría observa que en general la documentación del proceso se encuentra debidamente actualizada en un 100%, pero no se encuentran documentadas todas las actividades del proceso, faltando documentar el procedimiento de los RIPS, el cómo se generan las estadísticas vitales, como se generan los Grupos Relacionados de Diagnóstico, entre otras actividades de gestión del procesamiento de la información clínica y administrativa.</p>	<p>actividades que aún no se encuentran documentadas.</p>
4	<p><b>Alto nivel de manualidad en la Generación de Informes.</b></p> <p>Al revisar el procedimiento de generación de información, la auditoría observa un riesgo alto debido a la alta manualidad en la generación de informes, con posibilidad de afectación económica, legal y reputacional en la generación de datos debido a fallas humanas por falta de herramienta informática o por la necesaria consolidación en herramientas de Excel de gran volumen de información, la cual debería procesar directamente el sistema de información SAP, con probabilidad de provocar la generación de reportes que no corresponden con la realidad.</p>	<p>4.1 Desarrollo en SAP de generación directa de información que requiere el proceso Actualizar las tablas de retención documental.</p>
5	<p><b>Tablero de indicadores de BI.</b></p> <p>Al revisar indicadores y reportes en BI, el proceso ha informado que no todos están formulados de acuerdo con los indicadores de calidad y tampoco a los informes presentados en el plan de acción, adicionalmente que las áreas utilizan fuentes de recolección de datos manuales para construir los indicadores lo que dificulta la coherencia y verificación.</p> <p>Algunos de los datos que se deben cargar en fuentes externas no se continuaron haciendo y los reportes quedan con datos incompletos, los errores en los datos desde la fuente afectan los indicadores en BI. Los Incidentes actuales con la cadena de procesos afecta la calidad de los datos.</p>	<p>5.1 Definir las fuentes de datos y dejarlas documentadas.</p> <p>5.2 Corregir errores en los procesos y en los datos.</p> <p>5.3 Establecer una sola dependencia que defina y solicite los requerimientos a sistemas.</p> <p>5.4 Hacer el inventario de indicadores, unificar las variables de consulta definir cuales debe mostrar el tablero.</p> <p>5.5 Que cada uno de los procesos revise los reportes que se crearon e indiquen si van a seguir construyendo sobre los mismos o definitivamente se van a descartar.</p> <p>5.6 Identificación de necesidades de Infraestructura de la herramienta en la que se van a construir y el recurso humano necesario para el soporte.</p> <p>5.7 Adquirir las licencias de la herramienta Power BI y dar acceso a las diferentes áreas con el fin de interactuar con la información para la toma de decisiones basadas en datos.</p> <p>5.8 Conectar en tiempo real las bases de datos de la plataforma SAP para modelar y establecer análisis de Big Data en Power BI.</p>
6	<p><b>Política de información.</b></p> <p>La auditoría observa que la Política de información mediante la cual el Hospital General de Medellín se compromete con la definición e implementación de estrategias, programas, proyectos, procesos y actividades orientadas a la gestión de la información no se encuentra actualizada.</p>	<p>6.1 Actualizar la política de información.</p>

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

7	<b>Gestión del Dato – Gobierno de Datos</b>  Con respecto a la Gestión del dato y del Gobierno del Dato en general, la auditoría observa que se presentan dificultades en lo datos procesados, organizados y almacenados, ya que, al momento de ingresar los registros, puede generar datos estructurados y no estructurados lo cual dificulta el acceso a la información, presentando inconsistencias en los resultados. Los datos no son consistentes porque se presentan dificultades de calidad del dato lo cual no permite medir un nivel de confianza para la toma de decisiones.	7.1 Realizar un diagnóstico de la calidad del dato del sistema de información del HGM, el aprovechamiento de los datos para el análisis, el intercambio de la información, la toma de decisiones y el mejoramiento continuo. Proyecto 7.4: "tecnología de información para el análisis-Bigdata".  7.2 Establecer metodología de diagnóstico del sistema de información del HGM y fomentar la cultura de calidad del dato. Proyecto 7.4: "tecnología de información para el análisis-Bigdata".  7.3 Mejorar la generación de informes de forma automatizada que garantice la calidad de la información a través de métricas que permitan la toma de decisiones.  7.4 Implementación del instrumento conceptual estandarizado que busca fomentar la explotación de datos y fortalecer la cultura de datos como un activo para impulsar la transformación digital y mejorar la toma de decisiones en la institución".
---	---	--

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 la información clínica y administrativa.

##### 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 de la información clínica y administrativa (Estadística), se encuentra asignada las siguientes:




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

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 1 (Estadística)	De carrera	Título profesional en disciplina académica en Estadística del núcleo básico del conocimiento de Estadística.	1. Administración de personal. 2. Manejo de herramientas de colaboración. 3. Manejo de los aplicativos hipócrates para admisiones y estadística. 4. Herramientas estadísticas para el manejo de datos. 5. Metodología de investigación y técnicas de estadística. 6. Administración de servicios de salud. 7. Sistema de información en salud. 8. Epidemiología básica. 9. Sistema de gestión integral de calidad. 10. Normatividad referente al manejo de historia clínica. 11. Normatividad referente a sistema de información en salud.	Doce (12) meses de experiencia profesional en el sector salud.
2	Auxiliar Administrativo 2 (Estadística)	De carrera	Diploma de bachiller en cualquier modalidad.	2. Sistema de gestión de documentos. 3. Manejo de herramientas de oficina. 4. Herramientas o instrumentos propios del trabajo. 5. Conocimientos básicos de la normatividad vigente del sistema general de seguridad social. 6. Conocimientos básicos de aspectos de vigilancia epidemiológica.	Doce (12) meses de experiencia relacionada.

Cuadro N° 5. Cargos en planta de cargos Proceso de Gestión de la información clínica y administrativa.

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

	<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

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN - LCG - ESE Oficina de Auditoría Interna Listado de personal actual dentro del proceso							
Nº	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	OBJETO DEL CONTRATO FUNCIONES BASICAS	TIPO DE VINCULACIÓN	TIEMPO EN EL PROCESO	FORMACIÓN ACADEMICA DEL FUNCIONARIO	EXPERIENCIA DEL FUNCIONARIO	OBSERVACIÓN
1	Diony Janneth Zapata	Gerente de Sistemas de información	Contratista Sindisalud	12/05/2021	Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud	20 años	Cargo de planta, el cual se encuentra cubierto por un tercero.
2	Diego Iregui Morales	Auxiliar Administrativo	Carrera Administrativa	16/10/1996	Profesional en Estadística	30 años	Cago cubierto de planta
3	Hector Jaime Mejia Rios	Auxiliar Administrativo	Carrera Administrativa	8/07/1993	tecnólogo en Sistemas de información en salud	29 años	Cago cubierto de planta
4	Angela Maria Miranda Sanchez	Auxiliar Administrativo	Contratista Sindisalud	26/05/2017	Tecnico Laboral en Auxiliar Administrativo	18 años	Cargo que no existe en planta
5	Astrid Eliana Arango Castro	Auxiliar Administrativo	Contratista Sindisalud	05/10/2016	Tecnologa en gestion de procesos administrativos en salud	10 años	Cargo que no existe en planta
6	Jeile Yamil Arboleda Ibarguen	Tecnico Administrativo	Contratista Sindisalud	01/01/2022	Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud	9 años	Cargo que no existe en planta
7	Maria Hortensia Echavarria	Tecnico Administrativo	Contratista Sindisalud	21/08/2018	Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud	20 años	Cargo que no existe en planta
8	Yesenia Maria Echavarria Colorado	Analista Big Data	Contratista Sindisalud	12/02/2022	Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud	11 años	Cargo que no existe en planta
9	Silvia Elena Gomez de Leon	Auxilair de enfermeria (Codificacion Diagnostica)	Carrera Administrativa	1/01/2010	Auxiliar de enfermería	25 años	Traslado de otra área
10	Erika Ramirez Palacios	Auxilair de enfermeria (Codificacion Diagnostica)	Carrera Administrativa	2/03/2020	Tecnica en auxiliar de enfermería	15 años	Traslado de otra área

Cuadro 6. Cargos actuales Proceso de Gestión de la información clínica y administrativa.

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 de la información clínica y administrativa y proceder a una actualización en la planta de cargos de la institución.

#### b. Criterios.

- Planta de cargos Hospital General de Medellín.

	<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.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

Enviar a Gestión Humana un proyecto presentando la necesidad de creación en la planta de cargos a los recursos humanos que se requieren para el fortalecimiento del proceso.

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

**a. Descripción.**

**Talento humano**

El cargo de profesional universitario 1 (Estadística), 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
- Planta de cargos institucional
- Plan de vacantes año 2022

**c. Riesgo.**

	<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

- 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.**

**f. Plan de mejoramiento.**

**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 100%, pero no se encuentran documentadas todas las actividades del proceso, faltando documentar el procedimiento de los RIPS, el cómo se generan las estadísticas vitales, como se generan los Grupos Relacionados de Diagnóstico, entre otras actividades de gestión del procesamiento de la información clínica y administrativa.

**b. Criterios.**

- Mapa de procesos institucional.

**c. Riesgo.**

- Incumplimiento legal
- Desactualización de los procesos y procedimientos institucionales.

**d. Recomendación.**

- Actualizar los procesos y procedimientos en el mapa de procesos institucional acorde con las actividades que aún no se encuentran documentadas.

**e. Posición del auditado.**



	<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

**f. Plan de mejoramiento.**

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

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

**g. Descripción.**

**Matriz de reportes de indicadores e información 2022**

La auditoría observa que en general la relación de informes legales en la matriz de reportes de indicadores e información 2022 se encuentra debidamente actualizada, sin embargo, no están relacionados los informes que debe rendir la institución en cumplimiento de la resolución 999 del 16 de diciembre del año 2021 la Rendición de la cuenta de la Contraloría General de Medellín.

**h. Criterios.**

- Resolución 999 del 16 de diciembre del año 2021

**i. Riesgo.**

- Incumplimiento legal
- Desactualización de los procesos y procedimientos institucionales.

**j. Recomendación.**

- Actualizar la matriz de reportes de indicadores e información 2022

**k. Posición del auditado.**

**l. Plan de mejoramiento.**

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

**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 10 riesgos del proceso. En general la auditoría valida que se encuentran debidamente controlados la posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a las deficiencias en la consistencia y pertinencia de la información entregada como respuesta a los requerimientos de información presentados por los diferentes actores de sistema general de seguridad social en salud, igualmente el incumplimiento de los tiempos de respuesta previstos para la

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

entrega del requerimiento de información solicitado por parte de los actores de sistema general de seguridad social en salud.

La entrega de respuestas a los requerimientos es adecuada sin exceder el tiempo establecido, la entrega de información es correcta con adecuado procesamiento de datos, con validaciones y controles en el sistema.

Las competencias del personal que ejecutan los procesos son idóneas.

Se observa que se ha materializado el riesgo en la generación de RIPS, por falta de calidad del Dato, lo que significa la posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a las deficiencias en la consistencia y pertinencia de la información entregada como respuesta a los requerimientos de información presentados por los diferentes actores de sistema general de seguridad social en salud, esto debido a la falta de claridad e información imprecisa registrada en SAP por los diferentes procesos que alimentan información en la institución.

Los errores más frecuentes en RIPS, se refieren a cuentas de cobro con número de autorización malos y / o faltantes, empresas de planes y beneficios con diferentes regímenes, no vienen diferenciados, cuentas de cobro con regímenes mezclados (contributivo-subsidiado), identificación que no corresponde a usuarios, extensiones de documentos equivocados, tipos de documentos inexistentes, códigos de autorización equivocados, códigos que no corresponde a usuarios, tipos de documentos equivocados, códigos equivocados, no homologados, ausentes, caracteres especiales, códigos de diagnósticos cie-10 malos, no actualizados.

#### **Criterios.**

Programa de gestión integral de riesgos.

Matriz de riesgos del proceso de información clínica y administrativa.

#### **b. Riesgo.**

Materialización de riesgos.

#### **c. Recomendación.**

Fortalecer la gestión de la calidad del dato en la generación de los RIPS.

#### **d. Posición del auditado.**

#### **e. Plan de mejoramiento.**

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

#### **a. Descripción.**

##### **Alto nivel de manualidad en la Generación de Informes.**

Al revisar el procedimiento de generación de información, la auditoría observa un riesgo alto debido a la alta manualidad en la generación de informes, con posibilidad de afectación económica, legal y reputacional en la generación de datos debido a fallas humanas por falta de herramienta informática o por la necesaria consolidación en herramientas de Excel de gran volumen de información, la cual

	<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

debería procesar directamente el sistema de información SAP, con probabilidad de provocar la generación de reportes que no corresponden con la realidad.

**b. Criterios.**

Procedimiento Generación de información.

**c. Riesgo.**

Alto nivel de manualidad.

**d. Recomendación.**

Desarrollo en SAP de generación directa de información que requiere el proceso.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

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

**Observación de Auditoría Interna N° 7**

**a. Descripción.**

**Tablero de indicadores de BI.**

Al revisar indicadores y reportes en BI, el proceso ha informado que no todos están formulados de acuerdo con los indicadores de calidad y tampoco a los informes presentados en el plan de acción, adicionalmente que las áreas utilizan fuentes de recolección de datos manuales para construir los indicadores lo que dificulta la coherencia y verificación.

Algunos de los datos que se deben cargar en fuentes externas no se continuaron haciendo y los reportes quedan con datos incompletos, los errores en los datos desde la fuente afectan los indicadores en BI. Los Incidentes actuales con la cadena de procesos afecta la calidad de los datos.

**b. Criterios.**

Tablero de indicadores BI

**c. Riesgo.**

Alto nivel de manualidad.

**d. Recomendación.**

- Definir las fuentes de datos y dejarlas documentadas.
- Corregir errores en los procesos y en los datos.

	<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

- Establecer una sola dependencia que defina y solicite los requerimientos a sistemas.
- Hacer el inventario de indicadores, unificar las variables de consulta definir cuales debe mostrar el tablero.
- Que cada uno de los procesos revise los reportes que se crearon e indiquen si van a seguir construyendo sobre los mismos o definitivamente se van a descartar.
- Identificación de necesidades de Infraestructura de la herramienta en la que se van a construir y el recurso humano necesario para el soporte.
- Adquirir las licencias de la herramienta Power BI y dar acceso a las diferentes áreas con el fin de interactuar con la información para la toma de decisiones basadas en datos.
- Conectar en tiempo real las bases de datos de la plataforma SAP para modelar y establecer análisis de Big Data en Power BI.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

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

**a. Descripción.**

**Fortalecimiento de Indicadores para medir la Gestión del proceso.**


Al revisar los indicadores de gestión del proceso de gestión de la información clínica y administrativa, se observa que se tienen dos indicadores denominados Proporción de inconsistencias en el RUAF y Promedio de tiempo para la entrega de requerimientos, los cuales se encuentran debidamente actualizados, pero no se observan indicadores que midan la gestión de los procedimientos de Gestión del Dato y de Generación de informes, ni se observan indicadores referidos a la seguridad de la información y de otras actividades que se ejecutan dentro del proceso estadístico.

Los siguientes son los dos indicadores que tiene definido el proceso:

PROMEDIO DE TIEMPO PARA LA ENTREGA DE REQUERIMIENTOS															
2022															
Periodo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Sumatoria de días de espera para envío de respuesta a requerimientos escritos en el periodo	101	176	126				403							0	403
Número total de requerimientos recibidos en el periodo	29	36	26				91							0	91
Resultado	3,5	4,9	4,8				4,4								4,4
Meta Sobresaliente: < 5 días				Meta Aceptable: 5 - 10 días						Meta No cumplido: > 10 días					

Este indicador muestra un resultado final del primer trimestre positivo del 4.4 días.



	<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

PROPORCIÓN DE INCONSISTENCIAS EN EL RUAF															
2022															
Periodo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número total de certificados ingresados al RUAF con inconsistencias en el periodo	0	0					0							0	0
Número total de certificados ingresados al sistema RUAF en el periodo	551	516					1.067							0	1.067
Resultado	0,0	0,0					0,0								0,0
Meta Sobresaliente: < 4 x 1000 certificados				Meta Aceptable: 4 - 8 x 1000 certificados				Meta No cumplido: > 8 x 1000 certificados							

El indicador de proporción de inconsistencias en el RUAF presenta un resultado de 0% de inconsistencias.

**b. Criterios.**

Manual de indicadores de gestión del proceso de información clínica y administrativa.

**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.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

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

**a. Descripción**

**Política de información.**

La auditoría observa que la Política de información mediante la cual el Hospital General de Medellín se compromete con la definición e implementación de estrategias, programas, proyectos, procesos y actividades orientadas a la gestión de la información, a partir de la implementación de un modelo de gestión de la misma, que permite que los procesos institucionales cuenten con la información necesaria para la toma asertiva de decisiones basadas en hechos y datos, cumpliendo criterios de oportunidad, integridad, disponibilidad, seguridad y confidencialidad, favoreciendo la continuidad en la prestación de los servicios, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y el seguimiento al desempeño institucional, se encuentra desactualizada ya que su última fecha de vigencia data del año 2014, transgrediendo el proceso que dentro del sistema de gestión de Calidad del HGM, en el manual de estructura documental, dice que la documentación deberá tener una vigencia de 5 años; “la revisión general de la

	<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

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. Adicionalmente no se evidencia una evaluación periódica del cumplimiento de la política de información de la institución.

Algunos lineamientos de esta política, no se observó ninguna evidencia, tales como:

- En el Hospital General de Medellín se estructurarán como parte del desarrollo de la política de gestión de la información, programas y planes de capacitación, entrenamiento y sensibilización a todo el personal sobre la importancia de la información para la adecuada gestión de los procesos y la toma asertiva de decisiones.
- Esta política será evaluada con regularidad, como parte del proceso de revisión gerencial, con el apoyo de un equipo interdisciplinario, cuando se identifiquen cambios en el entorno, su estructura, sus objetivos o alguna condición que afecten la política, para asegurar que sigue siendo adecuada y ajustada a los requerimientos identificados.
- En el Hospital General se debe mantener un inventario actualizado de los activos de información acorde a lo establecido en el procedimiento de Gestión Documental.
- En el caso de identificarse un incidente de uso inadecuado de la información, éste será registrado e investigado con el fin de determinar las causas y responsables, el HGM tomará las acciones pertinentes para el funcionario y/o tercero vinculados con el incidente.
- Definir e implementar una herramienta tecnológica que permita consolidar de forma oportuna la información clínica y administrativa generada en los diferentes procesos institucionales y se pueda monitorear de forma efectiva el desempeño institucional.

Adicionalmente se observan indicadores en la política, los cuales no se están calculando por lo tanto se desconocen sus resultados:

- % de cumplimiento del programa del plan de desarrollo relacionado con el desarrollo o fortalecimiento del sistema de información
- Satisfacción de los usuarios del sistema de información con la oportunidad de la información en el HGM
- Satisfacción de los usuarios del sistema de información sobre la seguridad de la información en el HGM
- Proporción de necesidades y expectativas de información de los clientes que fueron identificadas y gestionadas.

#### **b. Criterios.**

Mapa de procesos de la institución – Políticas institucionales

#### **c. Riesgo.**

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

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

**d. Recomendación.**

- Actualizar la política de información.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

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

**a. Descripción**

**Gestión del Dato – Gobierno de Datos**

Con respecto a la Gestión del dato y del Gobierno del Dato en general, la auditoría observa que se presentan dificultades en lo datos procesados, organizados y almacenados, ya que, al momento de ingresar los registros, puede generar datos estructurados y no estructurados lo cual dificulta el acceso a la información, presentando inconsistencias en los resultados. Los datos no son consistentes porque se presentan dificultades de calidad del dato lo cual no permite medir un nivel de confianza para la toma de decisiones.

**b. Criterios.**

Gobierno de datos

**c. Riesgo.**

Seguridad de la información

**d. Recomendación.**

- Realizar un diagnóstico de la calidad del dato del sistema de información del HGM, el aprovechamiento de los datos para el análisis, el intercambio de la información, la toma de decisiones y el mejoramiento continuo. Proyecto 7.4: "tecnología de información para el análisis-Bigdata".
- Establecer metodología de diagnóstico del sistema de información del HGM y fomentar la cultura de calidad del dato. Proyecto 7.4: "tecnología de información para el análisis- Bigdata".
- Mejorar la generación de informes de forma automatizada que garantice la calidad de la información a través de métricas que permitan la toma de decisiones.
- Implementación del instrumento conceptual estandarizado que busca fomentar la explotación de datos y fortalecer la cultura de datos como un activo para impulsar la transformación digital y mejorar la toma de decisiones en la institución".

**e. Posición del auditado.**

	<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

**f. Plan de mejoramiento.**

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

**a. Descripción**

**Sistema de información.**

La auditoría observa que se han presentado varias oportunidades de mejora para el sistema de información institucional, entre otras están: estandarizar la forma de recibir las solicitudes de información, fortalecer el análisis de indicadores asociado al modelo de mejoramiento, ajustar el manual de indicadores de la institución para análisis, ajustar tableros de indicadores con el fin de realizar trazabilidad de las mejoras derivadas de procesos y consolidar el banco de indicadores en al aplicativo de BI.

Adicionalmente fortalecer la recolección de la información para generarla de manera sistemática, integrar los procesos de gestión de la información, unificar la fuente de datos para la generación de informes institucionales, igualmente está previsto fortalecer en la inducción la reinducción del personal y la capacitación en el sistema de información.

Avanzar en el desarrollo de los lineamientos de seguridad de la información como estrategia para minimizar la vulnerabilidad y fortalecer la gestión de la información en la Institución, mejorar la interacción de los procesos de gestión humana - gestión documental - infraestructura de las TIC en cuanto a novedades de personal en ingreso - retiro independiente de su modalidad de contratación realizar campaña informativa de seguridad de información, realizar indicadores de seguridad de la información.

Fortalecer la gestión de minería de datos con énfasis a garantizar la calidad del dato y propiciar las bases para el proceso de inteligencia de negocio BI para la toma de decisiones de alto nivel y fortalecer en general la gestión del dato en la organización.

**b. Criterios.**

Autoevaluación del Sistema de información institucional.

**c. Riesgo.**

Seguridad de la información

**d. Recomendación.**

Dar estricto cumplimiento a las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación del sistema de información institucional.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

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

## V. CONCLUSIONES.

- 5.1. El hospital debe mantener actualizados sus activos de información a fin de protegerlos, gestionarlos y potencializar sus análisis. Al definir la estrategia corporativa de gestión de datos se avanza en la administración del principal valor de la organización. Se trata, en definitiva, de minimizar el riesgo desde el control de la información y sus procesos a través de la implementación de las soluciones tecnológicas adecuadas, que respalden y velen por garantizar los atributos de la calidad del dato, en todo momento y sin excepciones, para garantizar una gestión de datos corporativa, eficiente y sostenible en el tiempo.
- 5.2. La información es considerada como un recurso estratégico y es importante que se gestione como tal, más aún, cuando se considera estratégico, por el hecho de significar conocimiento, control, por ser una poderosa arma en la toma de decisiones. La débil presencia de un gobierno da datos somete a riesgos de calidad, análisis y oportunidad en la entrega de información valiosa en la toma de decisiones. Es necesario poner en marcha un Gobierno de Datos como estrategia de valor para aumentar los aprendizajes organizacionales y búsqueda de oportunidades a partir de capitales endógenos o exógenos.
- 5.3. Se recomienda implementar la política de seguridad de la información aplicada a todos los procesos, en especial a la gestión de la información clínica y administrativa. El proyecto de BI implica cambios sustanciales en el proceso de gestión de la información clínica y administrativa, lo que motiva su actualización y ajustes en las etapas extracción, validación, análisis y liberación de la información.
- 5.4. El Gobierno de Datos ha venido a tomar una importancia sin precedentes dentro de las organizaciones de todos los tamaños, debido a que cada vez es más evidente que los problemas en el manejo de la información afectan la toma de decisiones, pues no existen procesos ni políticas que permitan garantizar la confiabilidad en los datos. Con una débil estructura de responsabilidad de información, se corre el riesgo que los datos no sean verificados, redundantes, o incompletos, por ello es muy importante crear equipos de Gestores o Administradores de información, compuestos por profesionales técnicos y usuarios de los procesos de la institución, pero liderados por un profesional, que preserve la calidad de cualquier nuevo dato y actúe como enlace con el departamento de TI.
- 5.5. La implementación del proyecto de Business Intelligence (BI) es una poderosa herramienta de procesamiento, visualización y análisis de información extraída de SAP, se convierte en un instrumento para la toma de decisiones oportunas para la empresa.
- 5.6. El proceso de gestión de la información clínica y administrativa logra de manera general cumplir con los objetivos de detectar las necesidades de información para canalizar, consolidar e intervenir de forma oportuna y pertinente las mismas, alcanzar la satisfacción del cliente generar indicadores de atención y solución. Establece directrices para el direccionamiento de la gestión de datos producidos en el ámbito asistencial y administrativo del Hospital General de Medellín, a partir del cual se gestiona el proceso de generación de información como soporte para la toma de decisiones.

Permite que la toma de decisiones se haga basada en datos y hechos estructurados a partir de informes estadísticos generados en forma veraz, oportuna y confiable.

## VI. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.



	<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

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 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, Junio de 2022.