

2023

INFORME DE AUDITORÍA

Gestión de la Planeación

N° 01

Marzo 2023

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



Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Oficina de Auditoría Interna

INFORME DE AUDITORÍA 2023

N° 01

Gestión de la Planeación



Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:

William Alberto Higueta 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


Carrera 48 #32 – 102, Medellín – Antioquia – Colombia

PBX: 3847300, www.hgm.gov.co

 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

CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	5
1.1. Objetivo.....	5
1.2. Alcance.....	5
1.3. Metodología.....	5
1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.....	6
1.5. Fundamento Normativo.....	7
1.6. Documentos Base.....	7
1.7. Limitaciones.....	8
1.8. Terminología básica.....	8
II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....	10
2.1 Fortalezas.....	10
2.2. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	10
III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	12
3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.....	12
3.2. Para mejorar el proceso de Control.....	15
IV. CONCLUSIONES.....	24
V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	25
VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....	26

	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 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 2023 **Para agregar Valor**, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al Proceso de gestión de la Planeación 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.¹

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

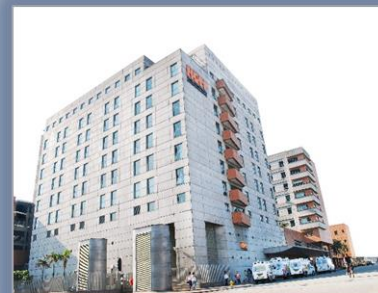
Agradecemos a los servidores de la Entidad que intervinieron en la ejecución de la auditoría por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

Oficina de Auditoría Interna.


Construimos Confianza

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

Atención Excelente y Calidad de Vida.



¹ Plan Estratégico 2021-2027 "Construimos Confianza" Oficina de Auditoría Interna.

 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

I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

Realizar una evaluación al proceso de Gestión de la Planeación, con el fin de verificar su conformidad frente al gobierno, su enfoque de riesgos, implementación de controles e identificación de oportunidades de mejoramiento, controles en la operación e identificación de oportunidades de mejoramiento.

1.2. Alcance.

La Auditoria se realizará entre el 14 de febrero 2023 y el 14 de marzo de 2023, en las instalaciones del HGM, en la Oficina de Auditoria interna, y se enfocará en el proceso de Gestión de la Planeación, incluyendo la caracterización del proceso, los procedimientos de formulación del diagnóstico estratégico, revisión y despliegue de la plataforma estratégica, formulación de planes, programas y proyectos, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos, matriz de riesgos y controles, verificación del cumplimiento de objetivos, verificación de indicadores y recursos del proceso.

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 del proceso.
- Entrevista con personal de Gestión de la Planeación.
- 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.

 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

- Elaboración Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.
- Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.

1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.

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

1.4.1. Norma Internacional de Auditoría 2110 – Gobierno.

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

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

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

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

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

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

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

1.4.3. Norma Internacional de Auditoría 2130 – Control.


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

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

1.4.4. Instrumentos de Auditoría Interna.

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

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

 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

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.

1.5.2 Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, artículo 26. Planes Plurianuales. Artículo 32 establece la Ley orgánica del Plan de Desarrollo.

1.5.3. Decreto 742 de 2021. Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.22.2.1. del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, con el fin de incorporar la política de Compras y Contratación Pública a las políticas de gestión y desempeño institucional.

1.5.4. Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

1.5.5. Decreto 1083 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.

1.5.6. Resolución 710 de 2012 por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva.


1.5.7. Resolución 743 de 2013 por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

1.6. Documentos Base.

1.6.1. Política de Gestión de la Planeación.

1.6.2. Informes del proceso de Gestión de la Planeación.

- Plan Estratégico 2016 - 2027.
- Plan de Desarrollo 2020 - 2023.
- Plan de Acción 2022 y 2023.
- Formato Seguimiento al Plan de Acción
- Mapa de Procesos Institucional.

 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

- Formulación de Proyectos.
- Seguimiento a Proyectos.
- Integración de Planes en la página web de la Institución.

1.6.3. Ámbito de Riesgos, indicadores y planes.

- Informes del proceso de Planeación.
- Matriz de Riesgos y controles del proceso de Planeación.
- Indicadores de gestión del proceso.
- Informes del Plan de acción – Seguimientos del plan de Desarrollo y del plan de Acción.

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.

▫ Informe de Gestión.

Hace referencia a todos los informes que son requeridos para la sustentación de la gestión, para ser presentados a las entidades que lo solicitan. Dan razón de la ejecución de los planes institucionales.

▫ Objetivos Estratégicos.

Son los logros a los cuales se aspira llegar, es cuantificable, necesita ser medido. Tiene que ser enunciado específicamente y de forma positiva. Además, tiene un plazo de tiempo para su concreción.

▫ Plan de Acción


Herramienta de gestión, con la cual cada dependencia organiza sus recursos disponibles (humanos, físicos, económicos, administrativos, tecnológicos) en función de sus acciones y proyectos encaminados a lograr los objetivos y las metas anuales de los programas contenidos en el Plan de Desarrollo.

▫ Plan de Desarrollo.

Conjunto organizado de objetivos y estrategias que surgen como resultado de un diagnóstico previo del sector y de la institución, así como de unas políticas generales y que se concretan en programas, proyectos, y acciones ajustables en el tiempo y direccionadas hacia un propósito común. Este instrumento está dirigido a orientar los recursos de manera racional y eficiente en un plan de inversiones proyectado al tiempo que dure el plan de desarrollo, permitiendo la ejecución de los diferentes programas y proyectos definidos.

▫ Plan Estratégico.

Es el proceso mediante el cual los miembros de una organización prevén su futuro y desarrollan los procedimientos y operaciones necesarias para lograrlo. Es la construcción colectiva de un conjunto ordenado y sistémico de grandes líneas de acción que se concretan en proyectos y acciones específicas, ajustables en el tiempo y direccionadas por objetivos comunes.

 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

▫ **Plan Operativo Anual de Inversiones - POAI.**

Instrumento de ejecución mediante el cual se asignan los recursos financieros del Hospital y los aportados por fuentes externas, por programas y proyectos para determinada vigencia fiscal, teniendo en cuenta los compromisos derivados del plan de desarrollo de la entidad.

▫ **Necesidad justificada.**


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

▫ **Programa.**

Es un conjunto organizado de proyectos o acciones orientados a la consecución de un objetivo estratégico.

▫ **Proyecto.**

Conjunto de actividades que requieren recursos financieros, técnicos, humanos, entre otros para solucionar un problema a una población objeto, en un periodo determinado de tiempo.

 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

II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

2.1 Fortalezas.


Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas:

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

2.2. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.


Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de gestión de la planeación, 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:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Auditoría al proceso de Gestión de la Planeación Observaciones y Recomendaciones		
Nº	Observaciones	Recomendaciones
1	<p>El recurso asignado directamente al proceso de Gestión de Planeación y a los proyectos, está compuesto por la Jefe de Calidad y Planeación y un cargo de Profesional Universitario de planta de cargos, lo que puede constituir una estructura débil del proceso, dada la alta responsabilidad que implica la gestión de grandes componentes de la estrategia de la entidad como son el Plan estratégico, el Plan de desarrollo, el Plan de acción y los Proyectos.</p> <p>Adicionalmente revisado el manual de funciones de la jefe de calidad y planeación se tiene una descripción de las funciones esenciales que corresponden al jefe de Auditoría Interna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Definir la estructura de recurso humano del proceso. ▫ Presentar propuesta de la estructura del proceso, para tomar decisiones con respecto a necesidades de recurso profesional especializado en el manejo de proyectos, dado que los proyectos requieren recursos para su formulación, ejecución y seguimiento. ▫ Evaluar la pertinencia de generar una Dirección de Planeación, con un estratega de la planeación estratégica que oriente el rumbo de los escenarios futuros de corto, mediano y largo plazo de la institución. ▫ Analizar y revisar la pertinencia de desarrollar un proceso específico con una Dirección específica para liderar el plan estratégico, el plan de desarrollo, el plan de acción y los proyectos. ▫ Realizar referenciación de estructura de proceso de planeación con entidades del sector salud. ▫ Generar comunicación a Gestión Humana referente a las funciones del jefe de Calidad y Planeación.
2	<p>Se tienen algunos documentos pendientes de actualización, tales como: Instructivo Formulación y evaluación del plan de acción ES-PLI-GP003I01 versión 2014, Portafolio de servicios ES-PLI-GP003D01 versión 2017, Instructivo de políticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Actualizar en un 100% la documentación en el mapa de procesos acorde con el instructivo de control de documentos.

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

	institucionales ES-PLI-GP001I01, versión 2014 matriz general de requisitos legales ES-PLI-GP001I02F01 versión 2014.	
3	Aún están pendientes por definir las políticas de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, Compras y Contratación pública, Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, Racionalización de Trámites, Gestión Estadística, Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Describir, documentar, aprobar, desplegar y publicar las políticas pendientes del modelo integrado de planeación y gestión. ▫ Definir la metodología para realizar el seguimiento periódico al cumplimiento de las políticas.
4	el programa de práctica clínica es afectado en su ejecución ya que el componente de oncología – atención de cáncer solo alcanzó una ejecución del 50.6%. y por la baja ejecución de implementar el comité de bioética con una ejecución del 0%, Definir la simplificación de trámites y la accesibilidad a la modalidad de la atención con una ejecución del 66.7%, Realizar acercamiento con la OES para la asesoría requerida con una ejecución del 60%, Cronograma de implementación del centro de excelencia con una ejecución del 0%, Monitoreo a los criterios por cada grupo de estándares autoevaluados con una ejecución del 64%, Fortalecimiento de servicios oncológicos, con una ejecución del 25%, implementación de la RIA con cronograma con una ejecución del 33.3%, evaluación de la RIA y ajuste de acuerdo con la gestión para la prestación con la red con una ejecución del 60% y Cumplimiento al plan de acción formulado para habilitación con una ejecución del 60%.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Comprometer a los procesos responsable de realizar intervención efectiva sobre las acciones que han presentado bajo nivel de cumplimiento. ▫ Presentar propuesta para un manejo sistematizado integrado al software de información SAP, el cual es un importante recurso estratégico con un potencial para administrar el plan de desarrollo y los planes de acción. ▫ Estandarizar todo el formato de formulación y seguimiento al plan de acción. ▫ Asegurar el diligenciamiento completo del registro de evidencias del seguimiento al plan de acción. ▫ Presentar informe de seguimiento al plan de acción en documento Word.
5	Para el cumplimiento del objetivo 3: Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización, es necesario darle atención especial al indicador de nominado margen EBITDA que de acuerdo con los indicadores financieros muestra un incumplimiento frente a este indicador, con un EBITDA negativo de -59.904.425.376 para el mes de diciembre de 2022 lo que demuestra que debe generarse un incremento en los ingresos o disminución de costos para alcanzar la meta propuesta, ya que actualmente solo se alcanza un margen de EBITDA de -26,1% para este mes y un consolidado para el año del -7.35%	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Definir estrategias financieras para la ejecución de un plan de austeridad que permita impactar de manera positiva estos indicadores financieros para el cumplimiento del objetivo estratégico.
6	La auditoría observa que no se tiene implementado la medición de la Mega institucional para el año 2027, para asegurar el cumplimiento de duplicar el nivel de complejidad del Hospital.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Definir el indicador de medición de la mega para determinar el nivel de crecimiento de la complejidad en la institución.

Observaciones y recomendaciones.

 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

III. 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 Planeación.

3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

a. Descripción.

Talento humano

La auditoría observa que el recurso asignado directamente al proceso de Gestión de Planeación y a los proyectos, está compuesto por la Jefe de Calidad y Planeación y un cargo de Profesional Universitario de planta de cargos, lo que puede constituir una estructura débil del proceso, dada la alta responsabilidad que implica la gestión de grandes componentes de la estrategia de la entidad como son el Plan estratégico, el Plan de desarrollo, el Plan de acción y los Proyectos.

Adicionalmente revisado el manual de funciones de la jefe de calidad y planeación se tiene una descripción de las funciones esenciales que corresponden al jefe de Auditoría Interna.

b. Criterios.


- Manual de Funciones
- Planta de cargos institucional

c. Riesgo.

- Probable sobrecarga laboral
- Probable afectación en el logro de los objetivos.
- Desactualización del manual de funciones.

d. Recomendación.

- Definir la estructura de recurso humano del proceso.
- Presentar propuesta de la estructura del proceso, para tomar decisiones con respecto a necesidades de recurso profesional especializado en el manejo de proyectos, dado que los proyectos requieren recursos para su formulación, ejecución y seguimiento.
- Evaluar la pertinencia de generar una Dirección de Planeación, con un estrategia de la planeación estratégica que oriente el rumbo de los escenarios futuros de corto, mediano y largo plazo de la institución.
- Analizar y revisar la pertinencia de desarrollar un proceso específico con una Dirección específica para liderar el plan estratégico, el plan de desarrollo, el plan de acción y los proyectos.
- Realizar referenciación de estructura de proceso de planeación con entidades del sector salud.

 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

- Generar comunicación a Gestión Humana referente a las funciones de la jefe de Calidad y Planeación.

e. Posición del auditado.

Lo planteado en la recomendación es para el nivel estratégico.

f. Plan de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

a. Descripción.

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

Al revisar la matriz de riesgos del proceso correspondiente al año 2022, se observa que se tienen identificados dos riesgos relacionados directamente con el proceso de Planeación, los cuales son: Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad y el riesgo de Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control, los cuales presentan un seguimiento en el primer y tercer cuatrimestre del año, con vacíos en el segundo cuatrimestre, además el seguimiento no corresponde con los controles definidos, dado que se refieren exclusivamente a los temas del SICOF. (Sistema institucional de riesgos de corrupción, opacidad y fraude).

b. Criterios.

Matriz y política de riesgos

c. Riesgo.

Probable debilidad en la gestión del riesgo del proceso

d. Recomendación.


- Realizar el seguimiento y monitoreo de los riesgos del proceso.
- Realizar el seguimiento y monitoreo de los riesgos de los proyectos

e. Posición del auditado.

Los controles se encuentran enmarcados dentro del sistema de control interno de la organización a nivel estratégico y no del proceso de planeación.

En la entrevista del auditor entregue el seguimiento cuatrimestral a los riesgos que subsanan el hallazgo

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

El seguimiento y control de los riesgos son en la línea estratégica en los escenarios del comité de control interno.

Observación de Auditoría Interna N° 3.

a. Descripción.

Actualización de procesos y procedimientos

La auditoría al revisar la documentación de los procesos y procedimientos en el mapa de procesos, observa que en más de un 90% se encuentran debidamente actualizados, sin embargo, aún se tienen algunos pendientes de actualización, tales como: Instructivo Formulación y evaluación del plan de acción ES-PLI-GP003I01 versión 2014, Portafolio de servicios ES-PLI-GP003D01 versión 2017, Instructivo de políticas institucionales ES-PLI-GP001I01, versión 2014 matriz general de requisitos legales ES-PLI-GP001I02F01 versión 2014.

b. Criterios.

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

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

c. Riesgo.

- Procesos y procedimientos desactualizados.

d. Recomendación.

- Actualizar en un 100% la documentación en el mapa de procesos acorde con el instructivo de control de documentos.

a. Posición del auditado.


b. Plan de mejoramiento.

Actualizar la documentación en un 100% con un plan de trabajo establecido para la profesional del proceso.

Observación de Auditoría Interna N°4.

a. Descripción.

Políticas institucionales del modelo integrado de planeación y gestión

 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

Se observan documentadas en el mapa de procesos las políticas de: Planeación Institucional, Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, Integridad, Servicio al Ciudadano, Gobierno Digital, Defensa Jurídica, Control Interno, conforme lo definido en el Modelo de Planeación y Gestión (MIPG). Aún están pendientes por definir las políticas de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, Compras y Contratación pública, Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, Racionalización de Trámites, Gestión Estadística, Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.

No se encuentra definida la Política de compras y contratación pública, tal cual lo define el Decreto 742 de 2021, el cual modifica el artículo 2.2.22.2.1 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, e incorpora la política de Compras y Contratación Pública a las políticas de gestión y desempeño institucional; este decreto indica que las políticas públicas se materializan a través de compras y contratos, para cumplir oportunamente las metas y los objetivos de las entidades estatales, con el fin de garantizar resultados satisfactorios en términos de eficacia, eficiencia, economía, publicidad y transparencia.

b. Criterios.

Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Decreto 742 de 2021. Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.22.2.1. del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, con el fin de incorporar la política de Compras y Contratación Pública a las políticas de gestión y desempeño institucional.

c. Riesgo.

Incumplimiento normativo.

d. Recomendación.

- Describir, documentar, aprobar, desplegar y publicar las políticas pendientes del modelo integrado de planeación y gestión.
- Definir la metodología para realizar el seguimiento periódico al cumplimiento de las políticas.

e. Posición del auditado.

El proyecto 6.2. MIPG determina el documentar 3 políticas en cada anualidad, para el 2023 se requirieron dos de las mencionadas.


f. Plan de mejoramiento.

3.2. Para mejorar el proceso de Control.

Observación de Auditoría Interna N° 5.

a. Descripción.

Plan de acción – Ejecución de programas del Plan de Desarrollo

 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

Revisado el plan de acción en su ejecución en el año 2022, observa la auditoría que el programa con una menor ejecución corresponde al programa del plan de Desarrollo denominado Adecuación y mejoramiento de la infraestructura física con una ejecución del 65.82%, promedio resultante de las siguientes actividades:

N°	Actividad	% de ejecución
1	Infraestructura humanizada sótano y diseños torre administrativa.	50,00%
2	Densificación y renovación urbana en el Perpetuo Socorro. (Hospital Naranja). Fachada y entorno.	25,00%
3	Plan maestro de sostenibilidad ambiental	93,80%
4	Adecuación de la Unidad de Cuidados Intermedios Adultos del Piso 7 de la Torre Sur	84,20%
5	Adecuación de la Unidad de Protección Microbiológica del Piso 10 de la Torre Norte.	76,20%

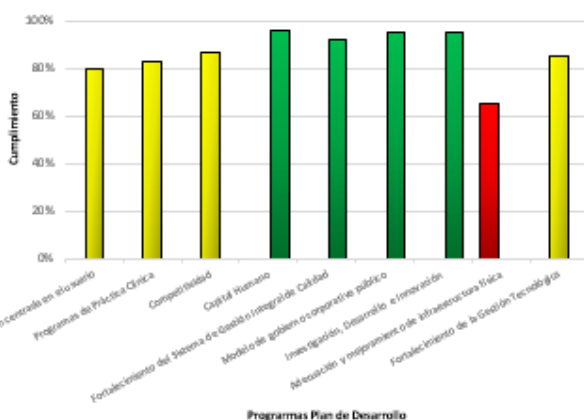
Cuadro de ejecución del plan de acción por programas y procesos año 2022

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN 2022

PROGRAMAS PLAN DE DESARROLLO

N°	PROGRAMAS PLAN DE DESARROLLO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
1	Atención centrada en el usuario	80,4%
2	Programas de Práctica Clínica	83,4%
3	Competitividad	87,3%
4	Capital Humano	96,4%
5	Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad	92,6%
6	Modelo de gobierno corporativo público	95,2%
7	Investigación, Desarrollo e Innovación	95,0%
8	Adecuación y mejoramiento de infraestructura física	65,8%
9	Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica	85,1%
Subtotal Programas Plan de Desarrollo		86,8%

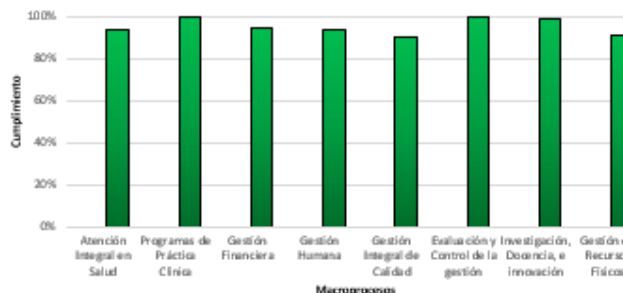
Ejecución de los Programas del Plan de Desarrollo del HGM



GESTIÓN DE PROCESOS


N°	GESTIÓN DE MACROPROCESOS	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
1	Atención Integral en Salud	93,9%
2	Programas de Práctica Clínica	100,0%
3	Gestión Financiera	94,4%
4	Gestión Humana	93,7%
5	Gestión Integral de Calidad	90,4%
6	Evaluación y Control de la gestión	100,0%
7	Investigación, Docencia, e innovación	99,4%
8	Gestión de Recursos Físicos	91,1%
Subtotal Gestión de Procesos		95,4%

Ejecución de la Gestión de Procesos del HGM



ESCALA	COLOR
0 A 69%	ROJO
70% A 89%	AMARILLO
90% A 100%	VERDE

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN 91,1%

 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

De manera global la ejecución del plan de acción año 2022 obtuvo una ejecución en un cumplimiento del 91.1% lo cual corresponde a un alto nivel de cumplimiento, sin embargo, el programa de atención centrada en el usuario con una ejecución del 80.4%, se afectó por la baja ejecución de las acciones de Formulación plan de mejoramiento a los indicadores del modelo de atención con una ejecución del 68% y el Monitoreo y seguimiento a los indicadores del modelo de atención con una ejecución del 68%.

Adicionalmente el programa de práctica clínica es afectado en su ejecución ya que el componente de oncología – atención de cáncer solo alcanzó una ejecución del 50.6%. y por la baja ejecución de implementar el comité de bioética con una ejecución del 0%, Definir la simplificación de trámites y la accesibilidad a la modalidad de la atención con una ejecución del 66.7%, Realizar acercamiento con la OES para la asesoría requerida con una ejecución del 60%, Cronograma de implementación del centro de excelencia con una ejecución del 0%, Monitoreo a los criterios por cada grupo de estándares autoevaluados con una ejecución del 64%, Fortalecimiento de servicios oncológicos, con una ejecución del 25%, implementación de la RIA con cronograma con una ejecución del 33.3%, evaluación de la RIA y ajuste de acuerdo con la gestión para la prestación con la red con una ejecución del 60% y Cumplimiento al plan de acción formulado para habilitación con una ejecución del 60%.

La herramienta utilizada para el respectivo seguimiento se realiza a través de la hoja de cálculo Excel, lo que le significa al proceso de formulación y evaluación del proceso un riesgo alto en la seguridad de la información dado el alto nivel de manualidad que implica el manejo de ésta.

En el seguimiento se observan dentro de la hoja de cálculo algunas acciones que no registran evidencia del seguimiento generando riesgo e incertidumbre en el avance de éstas.


No se observa un informe de seguimiento al plan de acción, ni al plan de Desarrollo documento en Word.

La plantilla entre algunas hojas del libro de Excel difiere en su estructura.

No se observa seguimiento a los proyectos en su nivel de ejecución durante el año 2022.


La hoja completa de acciones de atención integral en salud, no registra evidencia.

Se observa que dentro de las metas financieras no se cumplió la de los descuentos por pronto pago ya que de la meta de \$ 2.320.987.512, el acumulado por pronto pago a 31 de diciembre de 2022 fue de \$1,479,575,574 para un porcentaje de cumplimiento del 62%.

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

Cuadro con las acciones del plan de acción 2022 con una ejecución menor al 70%

ACCIONES	ENTREGABLE	INDICADOR	EJECUCIÓN TOTAL
Formulación plan de mejoramiento a los indicadores del modelo de atención	Documento en Excel con cronograma de implementación.	1 documento con cronograma	68,0%
Monitoreo y seguimiento a los indicadores del modelo de atención	Informe de avance de la implementación	Porcentaje de implementación del plan de mejoramiento >90%	68,0%
Implementar el comité de bioética	Comité activo y en ejecución	Cumplimiento de las funciones del comité	0,0%
Definir la simplificación de trámites y la accesibilidad a la modalidad de la atención	Racionalizar los trámites relacionados con el proceso de atención por telemedicina	Oportunidad en la asignación de consulta por Telemedicina de acuerdo a la especialidad Satisfacción del usuario en los servicios de Telemedicina	66,7%
Realizar acercamiento con la OES para la asesoría requerida	Contratación con la OES para centro de excelencia	Autoevaluación realizada	60,0%
Cronograma de implementación del centro de excelencia	1 plan de trabajo en cronograma	fases para la vigencia cumplidas	0,0%
Matriz de medición con análisis	Indicador para evaluar el modelo	Cumplimiento del indicador	60%
Staff médicos	Staff realizados en el periodo (procedimiento para realizar staff y comunicarlo al usuario/paciente)	Staff realizados de los programados	32,0%
Monitoreo a los criterios por cada grupo de estándares autoevaluados.	Plan de mejoramiento derivado de la autoevaluación de habilitación	Cumplimiento del plan de mejoramiento del 100%	64,0%
Fortalecimiento de servicios oncológicos	Portafolio actualizado	1 portafolio ofertado a las EAPB	25,0%
Implementación de la RIA con cronograma	1 cronograma con medición de avance	Porcentaje de implementación de plan de trabajo >90%	33,3%
Evaluación de la RIA y ajuste de acuerdo con la gestión para la prestación con la red	Informe de avance de la fase de implementación	1 informe trimestral	45,0%
Cumplimiento al plan de acción formulado para habilitación	Cumplimiento al plan de acción formulado para habilitación	1 informe de seguimiento	60,0%
Impulso a la cultura de la salud	Estrategias definidas de inclusión	Ventanilla preferencial en funcionamiento	60,0%
Solución de hiperconvergencia con componentes de arquitectura para la operación	levantamiento de la información y compra	Informe	60,0%
Ejecución de las fases de implementación IPv6 y monitoreo de acuerdo a la Resolución 2710 de MinTIC de 2017.	Plan detallado de implementación del protocolo	Plan programado con cronograma	65,0%
Implementación del Sistema Integrado de Conservación Documental (SIC) .	Avance del cronograma planteado	Avance del cronograma planteado	62.5%

 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

b. Criterios.

Plan de acción 2022

c. Riesgo.

Probable incumplimiento de las acciones del plan de acción.

d. Recomendación.

- Comprometer a los procesos responsables de realizar intervención efectiva sobre las acciones que han presentado bajo nivel de cumplimiento.
- Presentar propuesta para un manejo sistematizado integrado al software de información SAP, el cual es un importante recurso estratégico con un potencial para administrar el plan de desarrollo y los planes de acción.
- Estandarizar todo el formato de formulación y seguimiento al plan de acción.
- Asegurar el diligenciamiento completo del registro de evidencias del seguimiento al plan de acción.
- Presentar informe de seguimiento al plan de acción en documento Word.

e. Posición del auditado.

Recomendación para el nivel estratégico a comprometer a los procesos responsables de realizar la intervención efectiva del plan de acción, en el escenario creado para ello Comité Ampliado de Gerencia donde se realiza la evaluación del plan de acción.

¿Quién debe presentar la propuesta integrada a SAP para administrar el plan de desarrollo?, la oficina a generada una necesidad de una herramienta automatizada.

El documento en Word del seguimiento recomendado que podría aportar al proceso, ya que el comité ampliado de gerencia donde se hace la evaluación bimestral cuenta con un acta que termina siendo el informe.


f. Plan de mejoramiento.


Observación de Auditoría Interna N°6.

a. Descripción.

Plan de acción – Ejecución del proceso atención integral en salud

Revisado el plan de acción en su ejecución en el año 2022, observa la auditoría que el proceso de atención integral en salud, si bien de manera general obtuvo una ejecución positiva del 93.9%, algunas actividades que a continuación se relacionan obtuvieron una ejecución por debajo de la meta propuesta, así:

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

				AVANCE FÍSICO EJECUTADO					Porcentaje de Ejecución
	PRODUCTOS	METAS FÍSICAS			Ejecutada al período Evaluado				
					1	2	3	4	
		LÍNEA BASE	META		1	1	1	1	
Consulta urgencias obstétricas	Consulta urgencias obstétricas	18.091	18.091	14.202	3.572	3.684	3.697	3.249	78,5%
Odontología	Odontología	7.936	7.936	5.013	977	1.133	1.390	1.513	63,2%
Enfermería	Enfermería	7.532	7.532	6.364	1.532	1.655	1.586	1.591	84,5%
Realizar aféresis	Aléresis realizados	1.015	1.015	813	245	199	197	172	80,1%
Obtener productos leucoreducidos.	Productos leucoreducidos obtenidos con filtro	16.972	16.972	14.728	4.260	3.444	3.775	3.249	86,8%
Obtener componentes sanguíneos por fraccionamiento.	Componentes sanguíneos por fraccionamiento obtenidos	27.118	27.118	24.062	6.842	6.047	6.000	5.173	88,7%
Realizar transfusiones sanguíneas.	Transfusiones sanguíneas realizadas	20.310	20.310	11.236	2.964	2.720	2.999	2.553	55,3%
Realizar campañas de donación de sangre extrahospitalarias	Campañas extramurales	227	227	174	46	39	47	42	76,7%
Imagenología	Angiografía	6.579	6.579	5.601	1.867	1.898	1.678	158	85,1%
Imagenología	Mamografía	161	161	0	0	0	0	0	0,0%
Toma de muestra, procesamiento y resultado	Exámenes de química realizados	521.324	521.324	433.638	106.249	113.889	113.844	99.656	83,2%
Toma de muestra, procesamiento y resultado	Exámenes del área de IPCAH realizados	107.324	107.324	76.996	18.585	19.471	19.965	18.975	71,7%
Recepcion, verificacion de datos, análisis estabilidad fisicoquímica	Nutriciones Parenterales	9.475	9.475	7.619	2.055	2.083	1.750	1.731	80,4%

Información tomada del seguimiento en Excel

b. Criterios.

Plan de acción 2022

c. Riesgo.

Probable incumplimiento de las acciones del plan de acción.


d. Recomendación.

- Revisar las metas establecidas de éstas actividades en el plan de acción 2023 para asegurar su cumplimiento.

e. Posición del auditado.

La recomendación es para el nivel estratégico quien asegura el cumplimiento.

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

Observación de Auditoría Interna N° 7.

a. Descripción.

Ejecución promedio de los Objetivos estratégicos

Para la consolidación del cumplimiento de los objetivos estratégicos, es necesario fortalecer para su cumplimiento los siguientes indicadores de gestión, dado que su ejecución en la vigencia del año 2022 no logró la meta establecida.

Para el cumplimiento del objetivo 3: Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización, es necesario darle atención especial al indicador de nominado margen EBITDA que de acuerdo con los indicadores financieros muestra un incumplimiento frente a este indicador, con un EBITDA negativo de -59.904.425.376 para el mes de diciembre de 2022 lo que demuestra que debe generarse un incremento en los ingresos o disminución de costos para alcanzar la meta propuesta, ya que actualmente solo se alcanza un margen de EBITDA de -26,1% para este mes y un consolidado para el año del -7.35%

TABLA DE INDICADORES GERENCIALES 2022																
MARGEN EBITDA - Cifras en miles de pesos colombianos																
Concepto	Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
	Monto del EBITDA del periodo evaluado	6.702.462	6.894.294	3.937.071	-4.765.489	-9.156.742	-11.042.908	-7.431.312	-15.819.061	-17.751.657	-29.799.433	-35.240.828.279	-21.581.188.286	-59.904.425.376	-116.789.812.092	-116.797.243.404
Ingresos operacionales netos del periodo evaluado	22.111.407.354	42.544.308.337	65.656.645.730	81.927.509.010	104.192.214.745	126.517.542.373	442.949.627.549	147.590.200.177	170.755.763.532	185.249.073.631	198.647.770.739	214.531.908.020	229.472.514.045	1.146.247.250.144	1.589.196.877.693	
Resultado	0,03%	0,02%	0,01%	-0,01%	-0,01%	-0,01%	0,00%	-0,01%	-0,01%	-0,02%	-17,7%	-10,1%	-26,1%	-10,2%	-7,35%	
Meta Sobresaliente: > 15%				Meta Aceptable: < 15%						Meta No cumplido: < 15%						

Adicionalmente el indicador de margen de utilidad de las unidades de negocio, presenta un incumplimiento tal cual se aprecia en el siguiente indicador:

TABLA DE INDICADORES CONTABILIDAD 2022															
MARGEN DE UTILIDAD DE LAS UNIDADES DE NEGOCIO															
2022															
Periodo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
(Valor de Ventas por Unidades de Negocio - Valor total de Costos y Gastos en Unidades de Negocio)	9.440.353	-2.015.754	-249.072	-7.331.669	-4.734.476	-1.161.621	-6.052.239	-5.487.846	572.850	-10.063.168	-15.440.935	-10.074.837	-21.461.852	-61.955.787	-68.008.026
Valor de Ventas por Unidades de Negocio	25.909.878	21.192.667	25.406.347	18.155.514	24.216.980	23.867.075	138.748.460	23.172.684	26.921.876	17.221.321	15.216.138	18.332.926	37.373.079	138.238.025	276.986.485
Resultado	36,4%	-9,5%	-1,0%	-40,4%	-19,6%	-4,9%	-4,4%	-23,7%	2,1%	-58,4%	-101,9%	-55,0%	-57,4%	-44,8%	-24,6%
Meta Sobresaliente > 30%				Meta Aceptable: 25 - 30%						Meta No cumplido: < 25%					


El resultado arrojado se puede evidenciar en la tabla de indicadores [diciembre] y en su respectiva gráfica, allí se evidencia que, el citado mes ha generado déficit y/o pérdidas netas aproximados del -57,40%, lo que sin duda alguna nos deja el indicador por debajo del 25%, lo cual categoriza de manera automática los resultados en un rango y/o meta de "Meta No Cumplido"

Cuadro de indicadores que dan cuenta del cumplimiento de los objetivos estratégicos.

b. Criterios.

Manual de indicadores de gestión

c. Riesgo.

 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

Probable incumplimiento de los indicadores de gestión.

d. Recomendación.

- Definir estrategias financieras para la ejecución de un plan de austeridad que permita impactar de manera positiva estos indicadores financieros para el cumplimiento del objetivo estratégico.

e. Posición del auditado.

La recomendación es para el nivel estratégico, pueden sugerir llevarlo al comité financiero o de saneamiento contable, definir por ustedes.

f. Plan de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 8.

a. Descripción.

Medición de la MEGA

La Mega definida en el plan estratégico para el año 2027, dice que el Hospital General de Medellín duplicará su aporte a la sociedad en la atención satisfactoria de pacientes complejos y en el Plan de Desarrollo 2016 – 2019 se observa una meta de incremento del nivel de complejidad del 30%. Al momento de la auditoría no se cuenta con indicadores de complejidad que permita dar cuenta del cumplimiento de la Mega.

La auditoría observa que no se tiene implementado la medición de la Mega institucional para el año 2027, para asegurar el cumplimiento de duplicar el nivel de complejidad del Hospital.

b. Criterios.


Manual de indicadores de gestión.

c. Riesgo.

Probable incumplimiento de indicadores de gestión.

d. Recomendación.

- Definir el indicador de medición de la mega para determinar el nivel de crecimiento de la complejidad en la institución.
- Realizar seguimiento al Plan Estratégico 2016 – 2027 del HGM, para determinar su nivel de cumplimiento y realizar los ajustes necesarios.
- Definir indicadores de complejidad que permiten medir el cumplimiento de la mega, y poder evidenciar el cumplimiento de ésta.
- Realizar seguimiento a través de indicadores de gestión del cumplimiento de la Visión Institucional.

 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

- Analizar la pertinencia de revisar el diagnóstico estratégico de una manera periódica.
- Continuar proponiendo relacionamiento y alianzas público privada para impulsar los objetivos organizacionales en desarrollo, investigación e innovación y consecución de recursos locales, nacionales y/o internacionales, fortalecer capacidades en práctica clínica, investigación y desarrollo a través de convenios e intercambios académicos con universidades nacionales y/o internacionales.
- Tener en cuenta en la actualización del diagnóstico estratégico las alianzas estratégicas, consideración de capitales endógenos y exógenos del territorio (Ej: alianza pública privadas o vínculos con universidad-industria y Estado, relacionamiento con la Agencia de Cooperación Internacional, ACI, entre otras) para potencializar los procesos de planeación.
- El proceso planificador deberá asegurar un referenciación periódico con un modelo exitoso de gestión en otras instituciones del nivel local, nacional y/o internacional, ya sea con entidades públicas o privadas de cualquier sector de la economía para garantizar su desarrollo potencial y mejoramiento permanente.
- Evaluar la posibilidad de crear la unidad de conocimiento, investigación y análisis liderada desde la Oficina de Calidad y Planeación.
- Implementar metodologías de prospectiva para determinar posibles escenarios futuros, de mediano y largo plazo al año 2050

e. Posición del auditado.


Por el equipo auditor existe una indicación precisa para definir el indicador de medición de la mega para determinar el nivel de crecimiento de la complejidad en la institución, cuáles podrían ser los indicadores de complejidad.

Las otras recomendaciones no son del proceso, son de nivel estratégico de la organización.

f. Plan de mejoramiento.

IV. CONCLUSIONES.

- 5.1 El proceso de gestión de planeación cumple el objetivo de definir, ejecutar, monitorear y evaluar el direccionamiento estratégico que oriente al Hospital General de Medellín al cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos definidos en el corto, mediano y largo plazo.
- 5.2 El proceso cumple con la formulación del diagnóstico estratégico, partiendo del análisis de la situación institucional, del sector salud y del entorno en general, a través de un proceso participativo.
- 5.3 La institución deberá en el corto plazo diseñar, aprobar y socializar las siguientes políticas del modelo integrado de planeación y gestión que aún están pendientes por definir. Las políticas de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, Compras y Contratación pública, Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, Racionalización de Trámites, Gestión Estadística, Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.


 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

- 5.4 La institución monitorea y hace seguimiento de manera periódica a la ejecución de los planes, programas y proyectos específicos, identificando los ajustes y modificaciones que se requieran para verificar el cumplimiento de los mismos y su contribución con el logro de los objetivos institucionales.
- 5.5 La institución consolida los resultados de la ejecución de los planes, programas y proyectos generados en el direccionamiento estratégico, con el fin de establecer su eficiencia y eficacia.
- 5.6 La institución cumple con la dimensión del Direccionamiento estratégico y planeación del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), ya que se tiene claridad en el propósito fundamental la que se constituye en toda la plataforma estratégico de la misión, visión, mega, valor organizacional y objetivos estratégicos y todo dentro del plan estratégico, plan de desarrollo y planes de acción de la entidad.
- 5.7 La institución cumple para la formulación del plan de acción institucional de acuerdo con lo previsto en la Ley 152 de 1994 y el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011 en el que se establece que se debe especificar los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, el plan de adquisiciones y la distribución presupuestal de los proyectos de inversión, aunque no se visualiza la asignación de recursos financieros a cada uno de los proyectos definidos en el plan de desarrollo.
- 5.8 El hospital cumple con lo relacionado en el decreto 612 de 2018, referente a la elaboración de los planes de: Institucional de archivos (PINAR), anual de adquisiciones, anual de vacantes, plan de previsión de recursos humanos, el estratégico de recursos humanos, institucional de capacitación, plan de incentivos, de seguridad y salud en el trabajo, anticorrupción y atención al ciudadano, plan estratégico de tecnologías de la información (PETI), seguridad y privacidad de la información, los cuales han sido publicados de manera oportuna al 31 de enero de cada vigencia.
- 5.9 Se recomienda considerar dentro de la estrategia organizacional de mediano y largo plazo, todo el tema del hospital del futuro y del centenario, con visión en el desarrollo de la robótica en cirugía, el negocio del cáncer, de los trasplantes, el fortalecimiento de Ginecobstetricia de alta complejidad, desarrollo del laboratorio clínico de tercer y cuarto nivel.
- 5.10 Generar grupos de trabajo para evaluar el logro de los objetivos de desarrollo sostenible de la Organización mundial de la salud, trabajar diferentes modelos de pago por resultados, revisión de los costos y el valor, temas de equidad, enfoque diferencial y gestión clínica en general. Todo dentro de un enfoque de unidades estratégicas de negocio.

V. 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 semestral del Plan de Mejoramiento a la segunda línea y presentará el Informe correspondiente; además se realizará una labor de acompañamiento del proceso auditado.

 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

VI. 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.

Documento elaborado y revisado por:
Equipo Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna:**

José Heriberto Vargas Lema
Profesional de Auditoría Interna
Karina Marina Ruiz De la Hoz
Profesional de Auditoría Interna
María Janneth Agudelo Arango
Profesional de Auditoría Interna
Julio E. Suescún Montoya
Técnico Auditoría



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

Elaboró: **José Heriberto Vargas Lema**
Profesional de Auditoría Interna

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

Medellín, 14 de marzo de 2023