

INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN LA E.S.E HOSPITAL DE NAZARETH



**PERIODO AUDITADO
DE ENERO A AGOSTO DEL 2022**

OFICINA DE CONTROL INTERNO



Fecha de realización de la auditoría: del 2022

Objetivo de la Auditoria

Generar en los servidores públicos una actitud de mejoramiento continuo en la realización de sus labores, evaluando periódicamente sus actividades, para hacer un análisis de las fortalezas y debilidades del control aplicado en sus labores, detectar los desvíos en las acciones que dificultan el cumplimiento de las metas y los objetivos trazados por la administración

Alcance de la Auditoria

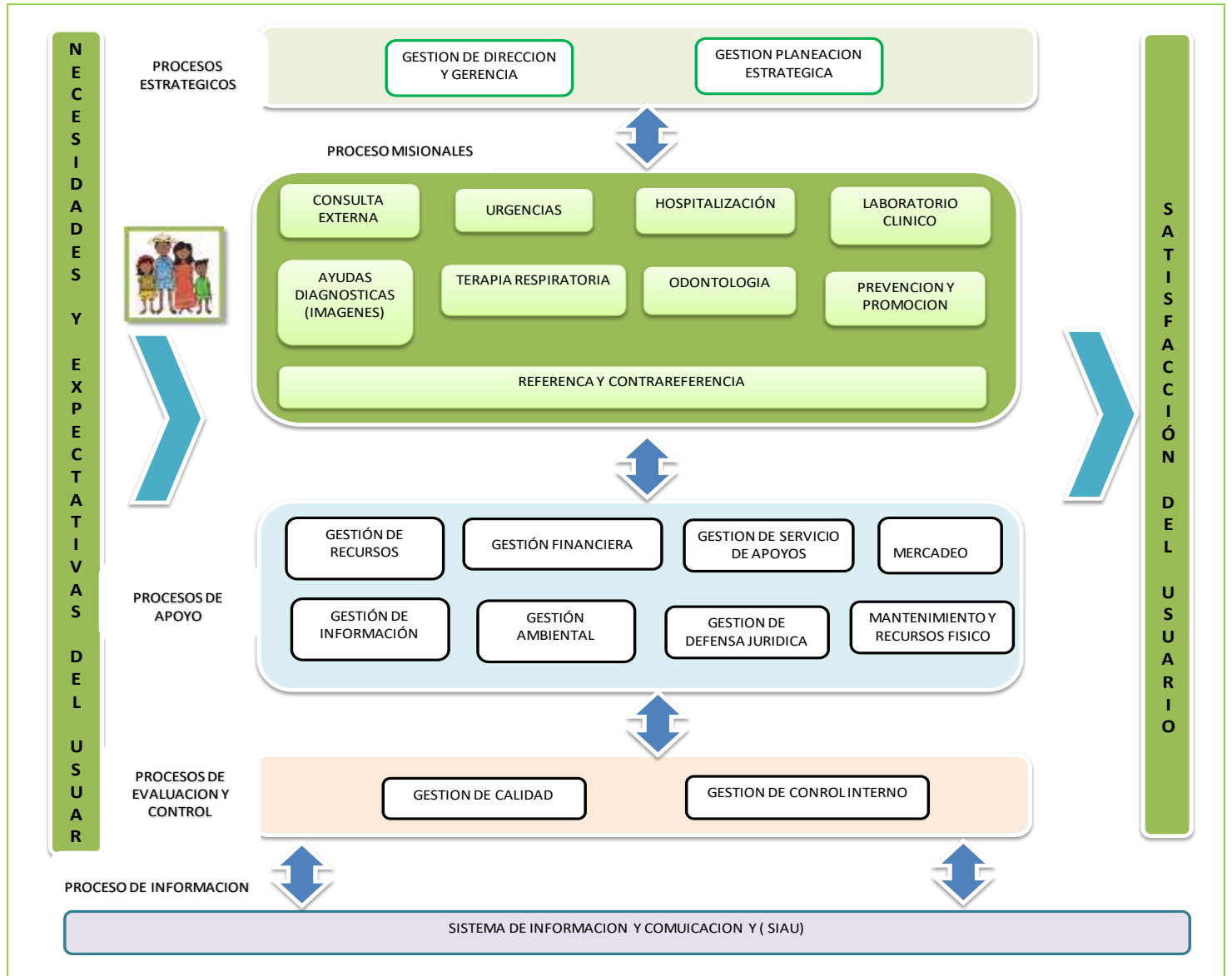
Se Auditaron los procesos administrativos de la ESE Hospital de Nazareth que están documentados en los manuales de procesos y procedimientos elaborados en la institución desde el 2015, y cuyo objetivo principal es evaluar el cumplimiento en las labores a realizar en cada área de trabajo y sus resultados, considerados como los aspectos básicos de la Auditoria Interna.

Criterios de la Auditoria

Aplicación del marco normativo en lo referente al Control Interno y la Auditoria Interna de las Instituciones. Ley 87 de 1993 - Decreto 1826 de 1994 - Directiva presidencial 01 /1997 - Decreto 2145 /1999 - Decreto 1537 / 2001 - Ley 909 /2004 art 39 - Resolución 048 del 2004 contaduría General de la Nación - Decreto 1599 / 2005 - Circular 03 del 2005, Auto diagnósticos MIPG y otras disposiciones normativas aplicables a la auditoria.

Campo de Aplicación

El programa de auditoría interna se desarrolló de acuerdo con el mapa de proceso de la ESE Hospital de Nazareth actualizado en el 2020, matriz de priorización del universo de auditoria basado en riesgos y algunas áreas específicas de los procesos Estratégicos y de Apoyo.





Informe de Hallazgos Encontrados

Teniendo en cuenta que el objetivo central de una auditoría interna es identificar hallazgos y facilitar las herramientas para que la Institución alcance sus objetivos, la oficina de control interno ejecutando plenamente el rol que debe asumir y en la cual la auditoría constituye un elemento importante dentro de la estructura del Modelo Estándar de Control Interno con la que se busca analizar y evaluar los riesgos, y la efectividad en los controles para el correcto funcionamiento de los procesos en la entidad, la Oficina de control interno elabora y presenta a la Gerencia y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno este informe de resultados; enunciando los Hallazgos en la auditoría a los procesos administrativos del hospital, en la que se tomó como criterio de auditoría **las Actividades del Manual Especifico de Funciones**, actualizado en la vigencia anterior 2020, **las Acciones Evaluadas y Auditadas por entes Externos**, **las evaluadas en los Auto diagnósticos del MIPG** que en la encuesta del FURAG II realizada y presentada al Departamento Administrativo de la Función Pública el año pasado, además de otras evaluaciones realizadas por entes de control externos, como la contaduría General de la Nación, en su encuesta de **Evaluación del Sistema de Control Interno Contable** y la **Revisoría Fiscal** de esta institución.

Las áreas a las cuales se les programo la auditoría interna fueron las siguientes:

1. Compras. ✓
2. Saneamiento Ambiental. ✓
3. Facturación. ✓

Como resultado de las auditorías efectuadas a estos procesos administrativos, se pudo evidenciar un Alto porcentaje de Incumplimiento en la realización de actividades o funciones asignadas a los funcionarios y contratistas del Hospital, actividades que fueron asignadas en el manual específico de funciones, y en los planes operativos institucionales, lo que impacta negativamente la operatividad y el cumplimiento de los objetivos trazados por la administración, omitiendo los procesos documentados por el Hospital, con los que pretende ejercer un orden y control coherente en cada uno de ellos, por lo que es necesario implementar de manera urgente, las acciones de mejora que corrijan o encaminen los procesos al correcto actuar según lo documentado por la entidad.

En este informe se detallan las **No Conformidades** (incumplimientos) encontradas en el ejercicio de la auditoría interna realizada a los procesos administrativos de la institución, con el propósito de que la Gerencia, el comité coordinador de control interno y demás interesados, conozcan las actividades que no se están cumpliendo conforme a los procedimientos adoptados por la entidad, lo ordenado por la

administración con sus manuales, los planes operativos y las normas expedidas por los entes de vigilancia, supervisión y control.

Tabla #1. CONSOLIDADO DE CUMPLIMIENTO DE LA AUDITORIA POR PROCESO

RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA - 2022					
ITEM	PROCESOS	CUMPLIMIENTO		INCUMPLIMIENTO	
		N° Actividades	% Porcentaje	N° Actividades	% Porcentaje
1	Compras	13	65%	7	35%
2	Facturación	11	55%	9	45%
3	Gestión Ambiental	2	20%	8	80%
RESULTADO GLOBAL		26	52%	24	48%

Fuente: Lista Chequeo Auditoría Interna Control Interno, 2022.

En este nuevo ciclo de auditoría interna 2022, fue realizada aplicando las técnicas de Auditoría que les permitiera a los auditados, cumplir con la labor de una manera simple y con las facilidades que brindan las nuevas tecnologías de la comunicación, (Correos Electrónicos, Whatsapp, Archivos en la nube Drive, Video conferencias, etc.) es por ello que la oficina de control interno, propuso la auditoría remota, virtual y la presencial como las opciones o alternativas de evaluación, "Una auditoría on-line o en remoto es una auditoría que se realiza a una empresa u organización mediante el uso de herramientas TIC (tecnología de la información y la comunicación) y que no cuenta con la presencia del auditor en el emplazamiento físico auditado, eso es, en la propia empresa u organización"¹. Sin embargo se les realizó de manera presencial.

En este periodo fueron auditadas **50 Actividades**, de las cuales **26 se están cumpliendo adecuadamente**, representando el 52% de las actividades auditadas y **24 de ellas No se están Cumpliendo de conformidad** con los lineamientos normativos o los procesos internos documentados por el hospital, lo que representaría por su parte el 56% de las actividades auditadas.

ACTIVIDADES EVALUADAS	CUMPLIDAS	INCUMPLIDAS
50	26	24

Paso seguido al desarrollo de esta auditoría, los líderes de procesos auditados deberán formular y enviar a la Oficina de Control Interno, con copia a Gerencia

¹ <https://eqmconsulting.com/como-realizamos-las-auditorias-en-remoto/>



los planes de mejoramiento con las No Conformidades reportadas, en los cuales se detallaran las acciones que consideren pertinentes para mejorar o corregir totalmente las actividades que no se estén cumpliendo; y deberán adquirir un compromiso formal y responsable con la institución, para que estos hallazgos sean subsanados en el menor tiempo posible; atendiendo lo establecido por el Hospital con la expedición de la Resolución número 083 del 6 de febrero del 2018.

Hallazgos en la Auditoria por Área de Servicio:

1) **Compras:** En este proceso se pudieron evidenciar 7 hallazgos

- a) No se adelantó y Coordinó el Inventario físico de bienes e insumos de la institución.
- b) En la compra de los elementos de protección personal que requieren los funcionarios del hospital, NO se solicitan las recomendaciones al comité COPASST y/o al coordinador de seguridad y salud en trabajo, en lo referente a las especificaciones técnicas y de calidad de los EPP que se necesitan para la seguridad de los funcionarios de primera línea de atención.
- c) Para el proceso de contratación del proveedor de medicamentos, NO fue publicado en la página web institucional esta necesidad de compra.
- d) NO se tiene documentado en el hospital, ni el funcionario de compras tiene conocimiento de cómo se deben legalizar los elementos recibidos en Donación.
- e) **NO** Existe un procedimiento documentado para realizar la devolución de materiales, equipos, medicamentos e insumos que no cumplen con los requerimientos realizados al proveedor.
- f) NO se cuenta con Formato de inventarios bienes muebles y equipos, actas de traslado, actas de entrega, actas de baja.
- g) NO se ha terminado de parametrizar el módulo de Compras en el Software Krystalos para realizar las gestiones de adquisición de los elementos que se requieren en la ESE Hospital de Nazareth.

2) **Facturación:** En este proceso se evidenciaron 9 hallazgos

- a) El coordinador de facturación refiere que los manuales de procesos y procedimientos correspondientes al área de facturación fueron ajustados, sin embargo NO se observa evidencia Documental que demuestre lo afirmado, porque no se ha documentado el nuevo proceso.
- b) El coordinador de facturación refiere que con la actualización del proceso y procedimiento de facturación, se incluyeron las labores de admisiones, sin embargo y al igual que en el punto anterior está pendiente de Documentar.
- c) NO se socializa, ni se hace entrega de los manuales de procesos y procedimientos del área, a los facturadores y admisionistas del hospital. En los procesos de inducción solo se les explica el manejo del software y las normas relacionadas con el desarrollo de la labor de facturación.

- d) NO se ha realizado en lo corrido del primer semestre del 2021, los arquezos de caja a los admisionistas para verificar el valor recaudado en efectivo por la atención a particulares o copagos.
 - e) NO hace el seguimiento y verifica que los admisionistas realicen diariamente el proceso de cierre y traslado a la caja principal de tesorería, para la entrega del efectivo recaudado por venta de servicios a particulares, copagos.
 - f) NO se generan informes de facturación con el que se pueda realizar análisis comparativos de venta por servicio o centros de costos.
 - g) NO se están registrando oportunamente todas las facturas en los meses en que se presta el servicio, porque las EPS se tardan en autorizar los servicios, un caso puntual CLINICA GENERAL DEL NORTE, lo que genera retrasos en la entrega de cuentas a la coordinadora de cartera para su radicación
 - h) Con la implementación del software Krystalos, el proceso de facturación ha venido mejorando progresivamente, sin embargo se tiene dificultad con la información de los centros y puestos de Salud donde NO se hace el registro en sistema Krystalos en tiempo real, ya que es digitada por los facturadores y coordinación de PYM.
 - i) NO se tiene definido y documentado un proceso para respuestas a las Glosas realizadas por las ERP.
- 3) Gestión Ambiental:** En este proceso se evidenciaron 8 hallazgos
- a) NO se han realizado las evaluaciones a los vertimientos líquidos al sistema de alcantarillado de la ESE Hospital de Nazareth, actividad que está formulada como una acción de mejora en el plan de mejoramiento suscrito con la contraloría general del departamento de la Guajira desde el 2020.
 - b) El área de gestión de Ambiental NO tiene documentado todos los procesos que se realizan en esa área de servicios.
 - c) NO se articulan las labores de gestión ambiental con el área de mantenimiento y salud ocupacional para lograr cumplir con algunas de las actividades formuladas en los planes institucionales del hospital que requieren la participación de esas áreas.
 - d) En lo corrido de la presente vigencia NO se han realizado actividades para el control de plagas y vectores en la sede principal, en los centros y puestos de salud de la ESE Hospital de Nazareth
 - e) NO se ha realizado la auditoria a la gestión integral de los procesos de disposición final de residuos hospitalarios, visitando las instalaciones o la zona donde la empresa contratista realiza esta actividad.
 - f) NO se tienen establecidos los mecanismos necesarios para la identificación y evaluación de los riesgos ambientales en los diferentes servicios del hospital, incluyendo sus centros y puestos de salud.
 - g) NO tiene Identificado y tampoco ha reportado los riesgos de contaminación ambiental que se pudieran producir en el hospital y sus diferentes sedes, con el fin de implementar acciones que eviten la ocurrencia de estos hechos,
 - h) NO se está cumpliendo con las acciones de mejora suscritas en el plan de mejoramiento presentado a la Contraloría General del Departamento y lo



requerido en la Resolución Reglamentaria 008 del 2020. Por la cual se reglamenta la rendición de cuentas e informes, su revisión y presentación al ente de control.

En consecuencia a estos hallazgos, cada uno de los procesos auditados deberá formular los planes de mejoramiento con el fin de programar las acciones que restablecerán los procesos en lo que resta de esta vigencia.

Es de recordar, que la formulación de los planes de mejoramiento son obligatorios en la ESE Hospital de Nazareth, cumpliendo con lo dispuesto en el Artículo 2 de la Resolución número 083 del 6 de Febrero del 2018.

Anexo Resolución n° 083 del 2018

ORIGINAL FIRMADO

Jaqueline Meza Fajardo

Jefe de Oficina de Control Interno.