

**OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION  
ESE IMSALUD.**

**INFORME FINAL AUDITORIA  
PROCESO SIAU**

**IPS O AREA ADMINISTRATIVA  
UBA PUENTE BARCO LEONES**

**SAN JOSE DE CUCUTA  
ABRIL DE 2016**

***OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION  
ESE IMSALUD.***

***OSCAR MARIO PALACIOS***

***PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARTICIPACION COMUNITARIA***

***FUNCIONARIOS***

***MARIA DILA FERNANDEZ BECERRA  
EUDES WILSON LEAL SALAZAR***

	<b>PROCESO GESTIÓN DE CONTROL INTERNO</b> <b>INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA</b> <b>RESOLUCIÓN 499/2014</b>	<b>CODIGO:</b> <b>PV-CI-FO-05</b>	<b>F. A: 19-12-14</b>
		<b>VERSION: 1</b>	<b>Página 3 de 8</b>

## **JUSTIFICACION**

La Oficina de Control Interno de Gestión tiene como propósito fundamental dar cumplimiento al plan anual de auditorías, lograr la eficacia, eficiencia, economía y transparencia en el ejercicio de las funciones de cada una de las IPS de la red ESE ImSalud, atendiendo a los principios constitucionales que deben caracterizar la administración pública, motivando hacia la cultura del autocontrol y por ende contribuyendo a la productividad de la ESE ImSalud; recomendando y sugiriendo a las áreas involucradas en la solución de los hallazgos, la ejecución de las acciones necesarias con el fin de lograr mejoramiento continuo.

## **FUNDAMENTO LEGAL**

La presente auditoria se fundamenta en los Artículos 209 y 269 de la Constitución Política, Ley 87 de 1.993, Decreto 2145 y en las funciones inherentes al cargo de Jefe de Oficina de Control Interno de gestión.

## **ALCANCE**

La auditoría comprende:

- Verificar la aplicación de procedimientos aprobados para el servicio de SIAU en la Unidad Básica Puente Barco Leones.
- Identificar el diligenciamiento de los formatos aprobados del servicio auditado.

## **OBJETIVOS.**

- Velar por el cumplimiento de los principios de la función administrativa del Estado Art. 209 Constitución Política de Colombia, tales como igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad.
- Verificar la pertinencia del caracterizador, procedimiento e indicadores en el proceso auditivo.
- Enunciar los hallazgos evidenciados, con las respectivas recomendaciones al líder del proceso auditado.
- Realizar seguimiento a la realización e implementación del plan de mejoramiento realizado por el responsable de la oficina SIAU.

	<b>PROCESO GESTIÓN DE CONTROL INTERNO</b> <b>INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA</b> <b>RESOLUCIÓN 499/2014</b>	<b>CODIGO:</b> <b>PV-CI-FO-05</b>	<b>F. A: 19-12-14</b>
		<b>VERSION: 1</b>	<b>Página 4 de 8</b>

## **DESARROLLO DE LA AUDITORIA**

- Se solicitó ante el representante de la gerencia del MECI los procedimientos y caracterizador del SIAU.
- Preparación de la auditoria.
- Reunión de apertura para concertación de fecha de inicio de auditoría.
- Ejecución de la auditoria
- Revisión de los hallazgos evidenciados
- Reunión de cierre, dando lectura a los hallazgos evidenciados (informe preliminar).
- Entrega de informe final a la UBA y responsables de proceso auditado.

## **ASPECTOS POSITIVOS DE LA IPS**

- Apoyo en el desarrollo de la auditoria por parte de los auditados.
- Sentido de pertenencia e interés de mejoramiento continuo del personal del servicio auditado.

## **❖ PROCESO GESTION DE INFORMACION Y ATENCIÓN AL USUARIO**

<b>CARACTERIZADOR:</b>	
<b>HALLAZGOS</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
El objetivo del caracterizador no es claro frente al QUE, COMO y PARA QUE, lo cual no facilita la construcción de los indicadores y las características de este (claros, sencillos, medibles y realizables).	Revisión y ajuste.
Se evidencio indicadores de eficacia mal formulados.	Revisión y ajuste.
En la actividad del verificar “gestión de la autoevaluación. En cuanto a la salida interna el producto seria informe o acta de avaluación y no aplica la salida que está registrada actualmente “hallazgos de auditoria”	Se sugiere incluir el formato de autoevaluación que se está implementando en la autoevaluación de las metas a los promotores en este procedimiento y agregar la autoevaluación de los procedimientos de la oficina SIAU.

### **OBSERVACIONES CARACTERIZADOR:**

Se sugiere revisar el procedimiento del verificar y actuar el cual fue enviado por el Dr. Vesga con el fin de realizar ajustes en caso de ser necesario.

#### **1. PLANEACION DE ACTIVIDADES**


<b>HALLAZGOS</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
El propósito no es claro en el que como y para que, respecto al proceso de planeación de las actividades.	Actualizar el procedimiento de acuerdo a la planeación de la oficina SIAU, solicitar apoyo del equipo MECI.
El alcance del procedimiento no involucra el inicio y final de la planeación de las actividades propias de esta oficina.	
En la acción del procedimiento se evidencia que se incluyó la evaluación del desempeño, la cual no hace parte de la planeación de actividades de la oficina SIAU y no tiene relación con las salidas de esta actividad (plan de acción, plan operativo y plan indicativo de gestión).	
El procedimiento actual de planeación de actividades no se ajusta a la realidad, se recomienda ajustarlo de acuerdo a lo sugerido por el equipo MECI y en caso de ser necesario ajustarlo e informar al MECI.	

### **OBSERVACIONES:**

No se aplicó lista de chequeo debido a que el procedimiento no está fundamentado a las actividades propias de planeación de la oficina SIAU.

#### **2. ORIENTACIÓN Y ASESORÍA AL USUARIO.**

Las actividades definidas en el procedimiento no son coherentes con el propósito y alcance definido en este. Así mismo en este no se detallan las acciones de orientación y asesoría al usuario desde	Actualizar el procedimiento con el apoyo de los promotores SIAU, de acuerdo al alcance definido en el procedimiento, solicitar apoyo del equipo MECI.
---	---

	<b>PROCESO GESTIÓN DE CONTROL INTERNO</b> <b>INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA</b> <b>RESOLUCIÓN 499/2014</b>	<b>CODIGO:</b> PV-CI-FO-05	<b>F. A:</b> 19-12-14
		<b>VERSION:</b> 1	<b>Página</b> 6 de 8

que llega a la Ips hasta que se le apoya de acuerdo a su necesidad, por lo tanto no facilita a los promotores SIAU ubicarse en el desarrollo de esta actividad.	
<b>3. GESTIÓN PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:</b>	
<b>HALLAZGOS</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
El procedimiento no define la actividad de archivo.	Incluir la actividad de archivo.
<b>4. ACTIVIDAD DE RECEPCION Y TRAMITE PQR:</b>	
El propósito no es claro en cuanto al PARA QUE.	Ajustar el propósito incluyendo el PARA QUE se realiza la recepción y tramite de PQR.
Se evidencio formato de queja no aprobados en la UBA Puente Barco Leones.	Se sugiere ajustar el procedimiento incluyendo el diligenciamiento y los formatos que diligencia el promotor e incluir el trámite que actualmente realizan los profesionales de apoyo de las UBAS respecto a las PQR.
La respuesta de queja en algunas ocasiones llegan al coordinar de la UBA y el promotor no se entera de estas respuestas, debido a que no esta estipulado en el procedimiento el seguimiento de los tiempos de respuesta por parte del promotor.	Incluir esta actividad en el procedimiento en mención
El procedimiento no establece los tiempos de entrega de quejas por parte de las Ips a la oficina SIAU sede administrativa, actualmente de acuerdo a lo indagado las entrgan a fin de mes con las cuentas.	Revisar el tema con el fin de realizar los ajustes pertinentes y dar respuestas de acuerdo a la Normatividad Vigente.
No se evidencio procedimiento del manejo que se le da a las PQR de la página Web de la ESE Imsalud	Realizar procedimiento de las actividades a desarrollar para este trámite.

	<b>PROCESO GESTIÓN DE CONTROL INTERNO</b> <b>INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA</b> <b>RESOLUCIÓN 499/2014</b>	<b>CODIGO:</b> PV-CI-FO-05	<b>F. A:</b> 19-12-14
		<b>VERSION:</b> 1	<b>Página</b> 7 de 8

<b>5. BUZON DE SUGERENCIAS</b>	
<b>HALLAZGOS</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
El procedimiento no establece los tiempos de entrega de las actas de apertura del buzón de las IPS a la oficina SIAU sede administrativa.	Incluir esta actividad en el procedimiento.
<b>6. DIAGNOSTICO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO</b>	
El propósito del procedimiento carece del COMO y del PARA QUE	Ajustar el propósito incluyendo el COMO y PARA QUE se realiza el diagnostico de satisfacción del cliente externo.
El alcance del procedimiento va hasta determinar las debilidades y fortalezas generadas por los procesos realizados. (se supone hay error de digitación y hace referencia a procesos ofertados de acuerdo al proposito definido)	Se recomienda que finalice con el seguimiento a los planes de mejoramiento implementados por los lideres de procesos involucrados en el hallazgo.
El procedimiento define “Diseñar el formato de las diferentes encuestas, en compañía de los jefes y/o auditores de cada área donde se aplicaran las encuestas” No se da cumplimiento debido a que actualmente las encuesta ya estan estipulados por servicios y son las que estan aplicando.	Revisión del tema con el fin de replantear o actualizar procedimiento.
El procedimiento define “Realizar el calculo estadistico para determinar el numero de población a encuestar” No se da cumplimiento debido a que actualmente no se aplica Formula Estadistica y se hace por aplicación de 30 encuestas mensuales por cada servicio para las UBAS y para las IPS 20.	Revisión del tema con el fin de replantear o actualizar procedimiento.
El procedimiento define “Entregar indicadores de satisfacción e insatisfacción a Gerencia, Subgerencia de atención en salud y Calidad los tres primeros días de cada mes”. Se da cumplimiento parcialmente debido a que Actualmente a gerencia no se esta enviando informe.	Revisión del tema con el fin de replantear o actualizar procedimiento.

	<b>PROCESO GESTIÓN DE CONTROL INTERNO</b> <b>INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA</b> <b>RESOLUCIÓN 499/2014</b>	<b>CODIGO:</b> <b>PV-CI-FO-05</b>	<b>F. A: 19-12-14</b>
		<b>VERSION: 1</b>	<b>Página 8 de 8</b>

El procedimiento define “Socializar informe con las Directivas de la empresa y Coordinadores de las diferentes I.P.S. encuestadas semestrales” Se da cumplimiento parcialmente debido a que Se evidenciaron acta de socialización trimestralmente.	Revisión del tema con el fin de replantear o actualizar procedimiento.
Se evidencio procedimiento desactualizado de acuerdo a la forma como se está realizando actualmente	Revisión del tema con el fin de replantear o actualizar procedimiento.

-----  
**JESUS ENRIQUE ARIAS LIZCANO**  
 Jefe Control Interno de Gestión

-----  
**MARIA DILA FERNANDEZ B.**  
 Auditora CIG

-----  
**EUDES WILSON LEAL S.**  
 Auditor CIG