

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

**DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA**

LUGAR DE REALIZACION DE LA AUDITORIA:		<b>Sede Administrativa</b>	
AUDITORIA No.	07 de 2023	FECHA DEL INFORME	23 de octubre de 2023
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADO		GESTION DEL AMBIENTE FISICO – GESTION DE LA TECNOLOGIA – RESPONSABILIDAD SOCIAL	
LIDER DEL PROCESO/ RESPONSABLE		SECRETARIA GENERAL	
PERIODO DE REALIZACION DE LA AUDITORIA		VIGENCIA 2023	

**OBJETIVO**

Realizar auditoría interna a la gestión administrativa, financiera y presupuestal a (Mantenimiento Hospitalario, Mantenimiento de la Infraestructura, combustible, adquisición de bienes, baja de elementos, mantenimiento preventivo y correctivo de equipo tecnológico, manejo de residuos hospitalarios).

**JUSTIFICACION**


La oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones de seguimiento, control y de acuerdo a las Auditorias programadas para la vigencia 2023, requiere efectuar una auditoría interna a la gestión administrativa, a las actuaciones administrativas y de gestión del Proceso de Gestión del Ambiente Físico – Gestión de la Tecnología y Política de Responsabilidad Social durante la vigencia 2023, bajo los principios de eficacia, eficiencia, atención optima y mejoramiento continuo con el objeto de verificar su correcto acatamiento al ordenamiento jurídico.

**PRODUCTO**

1. Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario
2. Procedimiento de Esterilización
3. Consumo de Combustible
4. Adquisición de bienes
5. Baja de elementos
6. Ejecución del plan de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo tecnológico
7. Ejecución del plan de gestión ambiental
8. Manejo de inventarios
9. Implementación política responsabilidad social empresarial
10. Procesos y procedimientos con enfoque a riesgos, riesgos materializados y tratamiento.

**ALCANCE**

La presente auditoria se llevó a cabo en las instalaciones de la Secretaria General, Oficina de Gestión de la Tecnología y en la Oficina de Control Interno de la Sede Administrativa, revisando la información relacionada con los productos a auditar y que son correspondientes a la vigencia 2022 y primer semestre 2023.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO / SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

## HECHOS

Mediante comunicación Oficial 202305200054983 del 25 de agosto de 2023 la Oficina de Control Interno informo a la Secretaria General sobre la apertura de la Auditoria de Gestión No. 07 de 2023, la cual se llevó a cabo en la Secretaria General el día 28 de septiembre de 2023.

De manera paralela a esta auditoria se efectuaron Auditorias Internas ISO a los procesos de Gestión del Ambiente Físico (por parte de la Contratista de Control Interno – Deysy Lasso) y al proceso de Gestión de la Tecnología (por parte del Profesional Universitario – Luis Aguirre), información que alimenta de manera completa esta auditoria de gestión a esos 2 procesos y cuyos resultados se describen a continuación:

### GESTION DEL AMBIENTE FISICO

Esta auditoria fue adelantada por la Ingeniera Deysy Lasso (Contratista de Control Interno), el Ingeniero Mario Naranjo (Profesional Universitario – Biomédico) y el Ingeniero Cristian Muñoz (Profesional Universitario – Comunicaciones y Sistemas).

El objetivo de esta auditoría aparte de verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, también estaba en identificar oportunidades de mejora del sistema de gestión de calidad y su desempeño, la capacidad del auditado para determinar los riesgos y oportunidades y para identificar e implementar acciones eficaces para tratarlos.

Los documentos objeto de esta auditoria fueron:


- Caracterización del proceso.
- Procedimientos (
- Listado maestro de documentos internos y externos
- Listado maestro de formatos
- Matriz de riesgos
- Sistema de Información Infomedic y SIOS
- Plan de Mantenimiento Hospitalario
- Planes de mejoramiento de auditorias previas internas y externas.

Esta auditoria se realizo el 23 de agosto de 2023.

Los principales resultados de la mencionada auditoria son los siguientes:

### FORTALEZAS

**1.** La digitalización de los reportes de mantenimientos preventivos de infraestructura hospitalaria, permite el acceso fácil y rápido a los registros, minimizando tiempo en la búsqueda física, permitiendo proteger y conservar la información de manera segura y adecuada.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO / SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

2. La base de datos en drive de los resultados de la ejecución de actividades establecidas en planes de mejoramiento del proceso, permite que el equipo de trabajo acceda de manera oportuna a la información y se actualice de manera permanente.

3. Rufus la imagen institucional como guardián de ambiente físico en la búsqueda de generar conciencia sobre la importancia de mantener y generar espacios seguros que influyan en la salud física y mental de los colaboradores.

## OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Es importante controlar la información documentada del proceso, respecto a su revisión, actualización y uso, permitirá tener criterios estándares de la forma como se deben llevar a cabo actividades procedimentales y registrarlas de una manera más adecuada, lo anterior de acuerdo a los siguiente:

- La guía de recepción almacenamiento, control, custodia y disposición final de bienes GU\_RAC versión 06, no es aplicable en su totalidad, además en la guía se menciona documentos sin codificación los cuales se mencionan en el numeral 4.4.1, numeral 5.7.1.
- Formato GAF- LII 235 levantamiento individual de inventario del ambiente No. 2017-0214, realizado el 22 de diciembre de 2022 con campos sin diligenciar (No de ambiente, red, IPS, nombre del responsable, identificación y cargo).


2. Es importante tener un registro disponible que permita evidenciar el control de las condiciones ambientales de conservación de bienes e insumos en bodegas y subbodegas de la Empresa (temperatura y humedad) para prevenir el riesgo de deterioro de los elementos que se encuentran almacenados.

## NO CONFORMIDADES

1. Al revisar las recepción de ingreso de bienes e insumos del contrato de compraventa No. 440 de 2022 de equipos de comunicaciones y sistemas, celebrado con Green Services and solutions SAS, el día 18 de octubre de 2022, se encontró que se ingresó al sistema de información tres servidores, sin previa certificación técnica por parte del responsable de la aceptación de características, especificaciones, cantidad, unidad de medida, marca, incumpliendo criterios establecidos la actividad No 3 del procedimiento de recepción e ingreso de bienes e insumos GAF-PD 131, versión 06.

### *Evidencia:*

Registro de entrada a almacén, se realizó el día 24 de noviembre de 2022 y la verificación técnica el día 28 de noviembre 2022 posterior a la entrada al sistema de almacén.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO / SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Cantidad	Descripción				Valor
1	Servidor	Power	EDGE	R750	62.935.228.92
	JJ7LYS3				
1	Servidor	Power	EDGE	R750	62.935.228.92
	JJ7LYS3				
1	Servidor	Power	EDGE	R350	22.797.353
	JJ7LYS3				
Total					148,657,810.84

2. No se evidencia resultados de medición de las actividades a través de los indicadores establecidos en los procedimientos: Disposición final de bienes GAF-PD 133, versión 06, Recepción e ingreso de bienes e insumos GAF-PD 131 versión 06, Control de inventarios GAF-PD 132, versión 06, lo cual no permitan evidenciar los resultados provistos por el proceso, incumpliendo el requisito 9.1 de la NTC ISO 9001:2015.

Indicadores:

Bajas de inventario, periodicidad anual

Ingreso de bienes, periodicidad semestral

Revisión de inventario, periodicidad anual

Inventario a satisfacción, periodicidad anual

Arqueos de inventarios en bodega de almacenes de las sedes, periodicidad bimensual

No se evidencia la medición de indicador oportunidad en la entrega de compras planificadas, correspondiente al segundo trimestre de 2023, establecido en el sistema de información INFOMEDIC.


## GESTION DE LA TECNOLOGIA

Esta auditoria fue adelantada por Luis Eduardo Aguirre Ortiz (Profesional Universitario - Control Interno), el Ingeniero Felipe Freyre (Profesional Universitario – Ambiental) y German Linares (Técnico Operativo – Comunicaciones y Sistemas).

El objetivo de esta auditoría aparte de verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, también estaba en identificar oportunidades de mejora del sistema de gestión de calidad y su desempeño, la capacidad del auditado para determinar los riesgos y oportunidades y para identificar e implementar acciones eficaces para tratarlos.

Los documentos objeto de esta auditoria fueron:

- Control de documentos (listado maestro de documentos)
- PGIRASA
- Plan empresarial de emergencias

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO / SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

- Matriz de identificación de peligros, evaluación de los riesgos SST
- Modelo de mejoramiento institucional.
- Normograma del proceso.
- Cronograma de calibraciones
- Cronograma de mantenimiento preventivo
- Cronograma de validaciones
- Reportes OS TICKET
- Planes de mejoramiento

Esta auditoria se realizó el 01 de septiembre de 2023.


Los principales resultados de la mencionada auditoria son los siguientes:

## **FORTALEZAS**

1. Levantamiento de inventarios alternos para optimizar los procedimientos de mantenimiento correctivo y preventivo de equipos biomédicos y de cómputo.
2. Desarrollo de herramientas informáticas para digitalizar la información de los mantenimientos y calibraciones, que incluso permiten visualizar los resultados con evidencia fotográfica y reportes PDF.
3. El manejo de la información centralizada que permite verificar mantenimientos y calibraciones de cualquier sede.

## **OPORTUNIDADES DE MEJORA**


1. Se recomienda reevaluar la asignación de roles en la caracterización del proceso, por cuanto en todas las actividades solo relacionan al Líder del Proceso, sin que se pueda visualizar las responsabilidades para cada rol, por ejemplo, la disposición final de elementos que debería estar a cargo de Secretaria General – Almacén General, entre otros.
2. Se recomienda que el líder del proceso ambiente físico apoye permanentemente las decisiones del proceso gestión de la tecnología, con el fin de no verse obstaculizado las diferentes actividades y que sean incluido en los diferentes comités institucionales de toma de decisiones como puede ser los de gestión y desempeño institucional y de coordinación de control interno.
3. Se recomienda que en la actualización del mapa de riesgos que se va a realizar este proceso bajo metodología AMFE, se incluyan los riesgos del proceso que ya estaban identificados y controlados bajo metodología DAFP para el cumplimiento del objeto establecido en la caracterización (y no dejar descubierto el riesgo asociado a la no actualización de inventarios de equipos biomédicos y de computo, entre otros).

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO / SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

4. Se recomienda actualizar el normograma del proceso, el cual tiene como última fecha de actualización el 23 de noviembre de 2020.
5. Se recomienda que los elementos de cómputo, biomédicos que se encuentran en la bodega de almacén y que se catalogan como bodega temporal San Vicente sean reubicados según necesidad del servicio.

## NO CONFORMIDADES

1. Se evidencia que los resultados del indicador de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos no se ajustan a la planeación establecida, por cuanto aquellos equipos que no se encuentran en sitio al momento de ejecutar los mantenimientos son retirados del denominador, incidiendo directamente en la medición de la efectividad del mantenimiento programado y logrando cumplimientos del 100% sin que se ajuste a la realidad, incumpliendo el requisito 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015.
2. Se evidencia inconsistencias en la ubicación y control de algunos recursos de la institución (equipos biomédicos y de computo) incumplimiento del requisito 7.1 de la norma ISO 9001:2015 por cuanto se evidencio lo siguiente:
  - Falta de actualización del inventario general que impide el cumplimiento a cabalidad de los mantenimientos preventivos y calibración de equipos, por cuanto algunos elementos no se encuentran en el consultorio asignado.
  - Duplicidad de placa en el equipo de computo 218766 que existe tanto en el Centro de Salud Santa Mónica como en el Centro de Salud de Cabrera. Y en la trazabilidad solo hay un reporte de mantenimiento.
  - Elementos a cargo de funcionarios que ya no pertenecen a la institución desde hace varios años (ejemplo: Aire Acondicionado con placa 237372 asignado a la fecha al sr Henry Cardenas).
  - Diferencias en los reportes que genera el sistema SIOS entre los módulos de Consulta por Placa y Consulta por Movimiento por Placa (generan responsables actuales diferentes).
3. No se evidencia la ejecución de la actividad “Realizar la disposición final de equipos biomédicos, industriales, comunicaciones y sistemas” definida en la caracterización del proceso, lo anterior por cuanto se observan elementos con más de un año que están en la bodega de inservibles (ejemplo: tensiómetro placa 218171, tensiómetro 217942), incumpliendo una de las actividades (incluyendo entradas y salidas) del proceso “GESTION DE LA TECNOLOGIA” versión 9.0

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO / SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

## POLITICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

Se evidencia que la Política de Responsabilidad Social Empresarial se encuentra incluida en el Plan de Desarrollo 2021-2024 y determina lo siguiente:

“Pasto Salud ESE propenderá por la generación y mantenimiento de relaciones mutuamente beneficiosas en lo social, ambiental y económico con todos los grupos de interés, a través de la adopción de medidas para satisfacer sus necesidades y expectativas, enmarcadas dentro de la misionalidad de la entidad”.

La resolución 547 del 14 de julio de 2022 establece como responsable del eje de acreditación de Responsabilidad Social Empresarial al Secretario General, responsabilidad que es ratificada nuevamente mediante Resolución 283 del 4 de abril de 2023 en su artículo sexto.

La identificación de necesidades de cada uno de los 7 grupos de interés está determinada desde el plan de desarrollo.

La empresa ha adoptado como guía para la responsabilidad social empresarial la GTC ISO 180.

Cuenta con el programa de responsabilidad social estandarizado con código PG-RSE versión 6.0 del año 2022.

Se realizó un autodiagnóstico del estado de la Responsabilidad Social Empresarial basado en los requisitos de la GTC 180, cuyas oportunidades de mejora en la vigencia 2022 fueron abordadas por cada una de los componentes que se asociaban, ya para la vigencia 2023-2024 se tiene establecido el plan estratégico por cada una de las dimensiones.

La ejecución del plan estratégico de RSE contempla las siguientes actividades:

- Creación del modelo de Responsabilidad Social:


Se evidencia el modelo establecido en el programa de responsabilidad social, en el numeral 6.1.3.3

- Despliegue de actividades realizadas en responsabilidad social mediante actividades lúdicas en articulación con la semana de la Calidad encaminadas a mejorar la calidad de vida y desarrollo de los grupos de interés de acuerdo a las dimensiones identificadas

En la vigencia 2022 se participó en la semana de la calidad realizada entre los días 2 al 9 de septiembre, en la cual se desarrollaron actividades lúdicas con los diferentes grupos de interés.

Para la vigencia 2023 se han desarrollado las siguientes jornadas de sensibilización:

- Febrero: 6 de febrero: Junta Directiva, 24 de febrero: Seguridad del Sur y Diez SAS
- Marzo: 1 marzo: Servinariño, Bioelectromedical e Instituto Radiológico del Sur, 17 de marzo: sede administrativa, 29 de marzo: proveedores,
- 30 de marzo: estudiantes
- Mayo: 5 de mayo: estudiantes
- Junio: 9 de junio: estudiantes
- Julio: 5 de julio: estudiantes

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

- Agosto: 8 de agosto: estudiantes
  - Banner informativo y/o espacio en página web institucional en la cual se presente las actividades que Pasto Salud ESE realiza por Responsabilidad Social en sus diferentes dimensiones

Esta actividad se encuentra en ejecución, se evidencian reuniones y correos electrónicos definiendo alternativas para la inclusión de esa temática en la página web institucional, el banner ya está definido y el link quedara incluido en la pestaña de “Servicios Ciudadanos”.

- Jornadas de Voluntariado corporativo “Sirviendo con amor para la comunidad”: donde se ofrece a los colaboradores, alternativas de participación en la realización de trabajo comunitario construyendo así puentes con organizaciones sociales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, apoyar en la reactivación económica y brindar impactos positivos a través del trabajo voluntario y/o la donación de tiempo, capacidades y talentos, en diferentes organizaciones sociales. Nuestro propósito es ir fortaleciendo el programa de voluntariado e ir ampliando la esfera de actuación en RSE para la construcción de un mejor municipio, mejor región y país.

Esta actividad aun esta incipiente, se van a realizar reuniones con funcionarios del área financiera con el fin de articular la forma de consecución de recursos, así como su asignación, sin que estos aportes o donaciones afecten el presupuesto de la empresa.

Se han adelantado gestiones con la secretaria ambiental del municipio de Pasto para hacer censo animal de las mascotas que tienen los funcionarios de la empresa, actividad que se desarrollara en el tercer trimestre de la vigencia 2023.

Indicadores:

Se han establecido los siguientes indicadores para el programa de Responsabilidad Social Empresarial.

1. Relacionado con el consumo de energía (se evidencia comparativo mes a mes de costo en dinero y consumo en Kw)
2. Relacionado con el consumo de agua (se evidencia comparativo mes a mes de costo en dinero y consumo en M3).
3. Relacionado con capacitaciones al talento humano (se evidencian 3 capacitaciones efectuadas).
4. Relacionado con la entrega de elementos de protección personal (
5. Relacionado con el desarrollo de competencias (en ejecución, ejemplo lenguaje de señas, gastronomía, ofimática, entre otros).
6. Publicación de los informes de sostenibilidad (1 balance social elaborado 2017-2022 y esta publicado).



7. Relacionado con gestión de PQRS (el mismo que maneja SIAU)
8. Relacionado con la contratación de PYMES (aún no se desarrolla este indicador).
9. Relacionado con la resolución de conflicto de interés (no se han presentado)
10. Relacionado con las sanciones impuestas a la empresa (no se han presentado).

## HALLAZGOS

Se evidencia los siguientes hallazgos en la presente auditoria (de acuerdo a los hechos mencionados en este informe):

### AMBIENTE FISICO

1. Se evidencia que hay recepción de ingreso de bienes al almacén sin previa certificación técnica por parte del responsable (ingreso de 3 servidores asociados al contrato 440 de 2022).
2. No se evidencia la medición de los indicadores establecidos para el proceso (ejemplo: bajas de inventario, ingreso de bienes, revisión de inventario, inventario a satisfacción, arqueos de inventario en bodega de almacenes de las sedes, y oportunidad en la entrega de compras planificadas).

### GESTION DE LA TECNOLOGIA

3. Se evidencia distorsión en la medición del indicador de “Mantenimiento preventivo de Equipos”, por cuanto al denominador le restan aquellos equipos que no se encuentran en su sitio. Afectando directamente el resultado del indicador.
4. Se evidencia inconsistencias en la ubicación y control de algunos equipos de la empresa, observado en la falta de actualización del inventario general, duplicidad en algunas placas de cómputo, elementos que siguen a cargo de funcionarios que ya no trabajan en la empresa hace varios años, y diferencias entre los informes que se generan en los módulos SIOS (Consulta por Placa vs Consulta por Movimiento de Placa).
5. No se evidencia la ejecución de la actividad “realizar la disposición final de equipos biomédicos, industriales, comunicaciones y sistemas”, por cuanto en bodega de inservibles se observan elementos con mas de un año que cumplen esas condiciones.

## RECOMENDACIONES

Una vez efectuada la auditoria, se pueden establecer las siguientes recomendaciones

1. Algunas de las No Conformidades identificadas en el proceso de Gestión de la Tecnología (hallazgo 4 y 5) corresponden a actividades de Gestión del Ambiente Físico, por tal motivo se recomienda que el plan de mejora se haga en conjunto entre las 2 dependencias y este en cabeza de la Secretaria General.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

2. Revisar y establecer medidas para las oportunidades de mejora identificadas en el desarrollo de las Auditorías Internas ISO.
  
3. Continuar con las actividades establecidas en el Plan de Acción de la Política de Responsabilidad Social Empresarial.

**FORTALEZAS**

<b>ELABORO:</b>	<b>LUIS EDUARDO AGUIRRE ORTIZ</b>	<b>FECHA</b>	<b>23 de octubre de 2023</b>
<b>REVISADO PÓR:</b>	<b>JAIME ALBERTO SANTACRUZ S.</b>	<b>FECHA</b>	<b>23 de octubre de 2023</b>