

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.	04 de 2025	FECHA DEL INFORME	27 de marzo de 2025
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADO		GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	
LIDER DEL PROCESO/ RESPONSABLE		JEFE OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES Y SISTEMAS	
PERIODO DE REALIZACION DE LA AUDITORIA		VIGENCIA 2024	

**OBJETIVO**

Verificar el nivel de cumplimiento de:

- Plan de Comunicaciones
- Plan de Seguridad Informática
- Políticas de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
- Política de gestión documental.
- Política de Gobierno Digital.
- Estado de las Tablas de Retención Documental, Tablas de Valoración Documental, y demás documentos requeridos por la Ley General de Archivos.
- Estado de licenciamiento del Software SIOS
- Actualización Módulos SIOS
- Matriz de riesgos del proceso

**JUSTIFICACION**

La oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones de seguimiento, control y de acuerdo a las Auditorias programadas para la vigencia 2025, requiere efectuar una auditoría al proceso Gestión de Sistemas de Información, durante la vigencia 2024, bajo los principios de eficacia, eficiencia, atención optima y mejoramiento continuo con el objeto de verificar su correcto acatamiento al ordenamiento jurídico.

**PRODUCTO**

- Plan de Comunicaciones
- Plan de Seguridad Informática
- Políticas de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
- Política de gestión documental.
- Política de Gobierno Digital.
- Estado de las Tablas de Retención Documental, Tablas de Valoración Documental, y demás documentos requeridos por la Ley General de Archivos.
- Estado de licenciamiento del Software SIOS
- Actualización Módulos SIOS
- Matriz de riesgos del proceso.

**ALCANCE**

La presente auditoria se llevó a cabo en las instalaciones de la Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas y en la Oficina de Control Interno en la Sede Administrativa, revisando la información relacionada con los productos a auditar y que son correspondientes a la vigencia 2024.

	<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 202505200011643 del 21 de febrero de 2025 la Oficina de Control Interno informo a la Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas sobre la apertura de la Auditoria de Gestión No. 04 de 2025, la cual se llevó a cabo en la Oficina de Comunicaciones y Sistemas el día 25 de febrero de 2025.

Se procedió a analizar, revisar y evaluar los documentos producto de esta auditoría, dentro de los cuales se encontró lo siguiente:

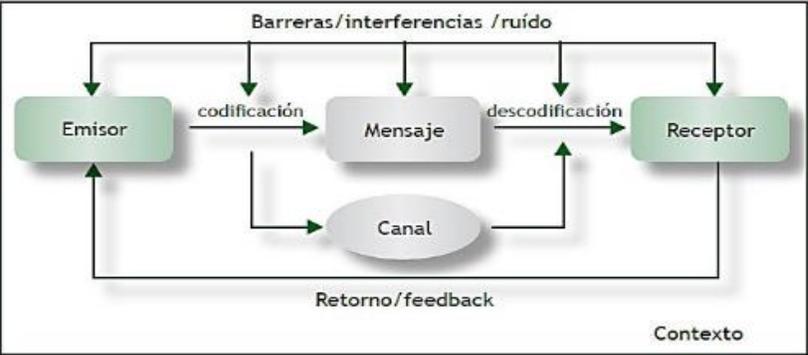
**PLAN DE COMUNICACIONES**

La Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E., aborda el componente comunicacional y educativo desde una perspectiva transversal, implementando estrategias internas y externas que respondan a las necesidades de los grupos de interés, a través de la formulación del Plan de Comunicación que incorpora metodologías basadas en conceptos organizacionales y comunitarios que beneficien a los actores del sistema de salud, enmarcadas en la participación, el diálogo y la calidad humana de sus colaboradores y la comunidad.

Se evidencia que el 20 de febrero de 2024 se dio tramite de actualización al “Plan de Comunicaciones” de PASTO SALUD ESE versión 11.0 para la vigencia 2023, el cual determina su objetivo general, objetivos específicos y alcance.

El Objetivo es, Responder a las necesidades de comunicación e información que se presentan en la organización, para garantizar procesos comunicativos asertivos, claros y eficaces que aporten en los procesos de transformación cultural.

Dentro del documento encontramos el establecimiento del Modelo de Comunicación para la empresa, basado en la participación de 3 elementos claves (emisor, mensaje, receptor y canales), como se observa en la siguiente imagen.



Fuente: Documento “Como elaborar el plan de comunicación”

	<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

En el numeral 4.4 denominado Modelo De Las Seis Dimensiones De La Comunicación Institucional M6D

El M6D que se presenta a continuación, no es un modelo único o inflexible, y de igual manera que cada empresa tiene su propio organigrama según sus necesidades; en la comunicación, las áreas o dimensiones de comunicación pueden organizarse de tantas maneras como sea necesario, agrupando o desagrupando áreas o sub-áreas, según las necesidades.

#### **“4.4. MODELO DE LAS SEIS DIMENSIONES DE LA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL M6D**



Fuente: Documento “Como elaborar el plan de comunicación”

En el numeral 7 denominado ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN se definen las estrategias y productos para:

- COMUNICACIÓN EXTERNA
- COMUNICACIÓN CORPORATIVA
- COMUNICACIÓN INTERNA
- RELACIONES PÚBLICAS
- PARTICIPACION CIUDADANA
- COMUNICACIÓN DIGITAL
- COMUNICACIÓN DE CRISIS

Boletines de prensa

- Boletines informativo
- Capsulas radiales

	<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

- Post
- Cuñas radiales
- Podcast
- Programas de radio
- Programas de tv
- Notas página web
- Videos
- Registros fotográficos

Para las cuales se establecieron un total de 177 actividades, las cuales según el informe semestral relaciona un nivel de cumplimiento del 100%

El Plan de Comunicaciones en el numeral 8 establece cuales son los indicadores para hacer la medición a este plan, los cuales una vez revisado el informe de Ejecución del Plan de Comunicaciones se puede determinar que el mismo tuvo un 100% de ejecución.

Los indicadores plasmados en el Plan de Comunicaciones tienen la siguiente tendencia en la vigencia 2023:

INDICADOR	META	RESULTADO I SEM	RESULTADO II SEM
Nivel de satisfacción con las comunicaciones internas	90%	96.06%	93.71
Nivel de satisfacción con las comunicaciones externas	70%	92.24%	0%
Nivel de apropiación de la información desplegada para cada estrategia (Corporativa, externa y ciudadana)	80%	0%	0%
Porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción de Comunicaciones	100%	100%	

El informe también contiene resultados de diferentes encuestas realizadas midiendo aparte de la satisfacción, la oportunidad y la comprensión.

La oficina de Comunicaciones y Sistemas realiza la medición de los canales de comunicación, la satisfacción de la información recibida y el impacto o apropiación de los temas desplegados de manera semestral, en esta ocasión realiza el despliegue del instrumento de medición (Encuesta) a través de la circular 202405500091863 del 04 de diciembre de 2024, a todo el personal de Pasto Salud ESE y a los integrantes de la Junta Directiva.

Con corte al 20 de diciembre de 2024 se logra la participación de 143 personas de todas las redes operativas Norte, Sur, Oriente, Occidente y sede administrativa, siendo el más representativa La Sede Administrativa con el 33,6% y los Centros de Salud Genoy y La Laguna en menor proporción con el 0,7%.

#### CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA

¿Qué medio de comunicación utiliza con mayor frecuencia para revisar información de la Entidad?

El canal principal utilizado para revisar información es el correo electrónico, con un 83,9% de preferencia, lo que lo posiciona como el medio más eficaz y accesible para los colaboradores. Otros medios importantes

	<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

incluyen reuniones (36,4%) y la página institucional (30,1%), que complementan la comunicación formal, aunque con un alcance significativamente menor. Los boletines informativos (24,5%) y aplicaciones de mensajería, como Spark (10,5%) y Google Chat (4,9%), tienen un uso limitado, indicando áreas de oportunidad para diversificar y mejorar la comunicación multicanal.

Se recomienda fortalecer el uso del correo electrónico, manteniéndolo como el medio prioritario, pero optimizando su uso con mensajes claros, organizados y periódicos, potenciar la página institucional y reuniones como medios complementarios, asegurando que la información relevante esté siempre actualizada y accesible, promover el uso de boletines informativos con diseño atractivo y contenido condensado para captar mayor interés entre los colaboradores, revisar el bajo uso de aplicaciones de mensajería (Spark y Google Chat), considerando capacitación o campañas de sensibilización para fomentar su adopción como herramientas rápidas y accesibles e integrar estrategias de comunicación multicanal, combinando medios tradicionales con digitales para alcanzar a todos los empleados según sus preferencias y necesidades.

Se muestra también la medición de los canales de comunicación, como youtube, Facebook e instragram.

## **PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN**

La Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas, siguiendo las directrices en materia de seguridad digital y de la información de acuerdo al Decreto 1078 de 2015 modificado por el Decreto 1008 de 2018, en el artículo 2.2.9.1.1.3. Principios. Define la seguridad de la información como principio de la Política de Gobierno Digital, de igual manera en el artículo 2.2.9.1.2.1 define la estructura de los Elementos de la Política de Gobierno Digital a través de componentes y habilitadores transversales los cuales son los elementos fundamentales de Seguridad de la Información, Arquitectura y Servicios Ciudadanos Digitales.

Teniendo en cuenta lo anterior, mediante Resolución 079 del 26 de enero de 2024, se adopta el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información de Pasto Salud ESE para la vigencia 2024. Cuyo objetivo principal es: Proteger los activos de información, así como el uso adecuado de los recursos y gestión del riesgo, con el fin de preservar la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información.

Y un alcance que aplica a todas las sedes de Pasto Salud E.S.E, a todos sus grupos de interés y aquellas personas o terceros que en razón del cumplimiento de sus funciones y las de Pasto Salud E.S.E generen, compartan, utilicen, recolecten, procesen, intercambien o consulten su información, sin importar el medio, formato o presentación o lugar en el cual se encuentre.

Cuenta con una Política De Seguridad De La Información, La Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E, mediante la adopción e implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información enmarcado en el Sistema de Gestión de Seguridad de la información, administra, protege, preserva la confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad y no repudio de la información en todos los procesos organizacionales, mediante una gestión integral de riesgos y la implementación de controles físicos y digitales previniendo así incidentes y dando cumplimiento a los requisitos legales y reglamentarios, orientados a la mejora continua y al alto desempeño del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

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

Se evidencia la definición de un MODELO Y OPERACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION – SGCI como se puede observar en la siguiente imagen.

En este modelo, adopta el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información enmarcado en el Sistema de Gestión de Seguridad de la información, el cual protege, preserva y administra la confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad, privacidad y no repudio de la información que circula en el mapa de operación por procesos, mediante una gestión integral de riesgos y la implementación de controles físicos y digitales para prevenir incidentes, propender por la continuidad de la operación de los servicios y dar cumplimiento a los requisitos legales, reglamentarios y regulatorios, orientados a la mejora continua y al alto desempeño del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.



Dentro del mismo documento se formuló un Plan de Implementación del Modelo de Seguridad y privacidad de la Información, para su adecuada implementación en la empresa, el cual consta con los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar, clasificar, y gestionar los activos de la información de la empresa
2. Apropiar al talento humano de la política de seguridad y privacidad de la información y su aplicación.
3. Fortalecer los mecanismos de respaldo de la información física como digital para su preservación y conservación.

	<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

Cada uno de los objetivos cuenta con actividades en el ciclo de Planear, Hacer, Verificar y Actuar para su ejecución, determinando la meta, evidencias, plazo de ejecución, responsable y presupuesto (solo para el 3er objetivo).

Una vez revisados las actividades dispuestas para cada uno de los objetivos, encontramos lo siguiente:

- Se evidencia cumplimiento de la identificación, clasificación y gestión de los activos de información, por cuanto en la página web institucional están relacionados la vigencia 2021 al 2024, tal como se puede corroborar en el link <https://pastosaludese.gov.co/site/nuestra-entidad/estructura-administrativa/comunicaciones-y-sistemas/135-activos-de-la-informacion-y-clasificacion/1646-activos-de-la-informacion-y-clasificacion-de-documentos-2024>
- En lo relacionado a la apropiación del talento humano de la política de seguridad y privacidad de la información, se evidencia que se realizaron las siguientes capacitaciones en la vigencia 2024:
  - Política de Seguridad de la Información: Cobertura 87.3% Aprobación 96.8% (9na PIC).
  - Plan de Contingencia Seguridad de la Información: Cobertura 87.7% Aprobación 96.04% (6ta PIC)
- En lo relacionado con la realización de auditorías de seguridad de la información en las IPS priorizadas, se evidencia que se priorizaron el 60% del total de las sedes de Pasto Salud ESE, el porcentaje de cumplimiento 63.6% (14 IPS / 22 IPS totales), se realizaron en la red norte 60 equipos, en la red sur 62 equipos, en la red oriente 52 equipos y en la red occidente 61 equipos, se observan los resultados en cuanto al cumplimiento de requisitos según la lista de chequeo por sede.
  - Ejecución de las actividades de respaldo de la información (Backups). Se cuenta con el procedimiento Copias de Copias de Seguridad GSI-PD 119, el cual tiene como objetivo respaldar la información de los procesos de la organización mediante la utilización de herramientas tecnológicas asegurando la confidencialidad, integridad, disponibilidad de la información. El seguimiento y control se realiza con el indicador "Copias de seguridad" y el formato "Realización de backups de bases de datos del servidor GSI-BDS 255" en el cual se registran la cantidad de backups de base de datos realizados sobre programados. Para la vigencia 2024 el cumplimiento fue del 100% el cual se puede se observo en la plataforma de MiIPS.

También se puede observar que desde el administrador de base de datos para SQL Server, se programan las tareas para la ejecución automática de los backups en los horarios establecidos, al cual se debe ingresar con usuario y contraseña.

- Presentación de resultados de los indicadores en MiIPS.

Presentan un informe de la vigencia 2024 de resultados de indicadores de seguridad de la información proceso gestión de la información, cuyo objetivo medir y analizar los resultados de los indicadores de seguridad de la información durante la vigencia 2024, en el marco del Proceso de Gestión de la Información. A través de este análisis, se busca identificar el nivel de cumplimiento de los estándares de

	<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

seguridad, detectar posibles brechas o vulnerabilidades, y proponer acciones de mejora que contribuyan a fortalecer la protección de los activos de información.

Análisis del Indicador: Tiempo de Cierre de Tickets

Meta establecida: 48 horas

Definición del Indicador:

Se mide el tiempo entre la apertura y el cierre de los tickets para evaluar la eficiencia en su resolución.

Resultados Claves:

1. Cumplimiento de la Meta:

- Todos los meses cumplen la meta, excepto agosto, que tuvo 56 horas, superando en 8 horas el tiempo límite.
- En febrero no hubo reporte de este indicador (0 horas).
- Mes con mayor tiempo de cierre: agosto (56 horas).

2. Mes Crítico: Agosto

El porcentaje % de Disponibilidad del Servicio de Conectividad: La meta establecida para el porcentaje de disponibilidad del servicio de conectividad es del 99%. Los resultados muestran niveles superiores al 99% en todos los años, indicando un desempeño consistente y cumplimiento de la meta.

RED	MINUTOS DE DISPONIBILIDAD	MINUTOS DE NO DISPONIBILIDAD DURANTE EL SERVICIO	DIFERENCIA	PORCENTAJE
SUBTOTAL NORTE	915,840	1,077	914,763	99.882403
SUBTOTAL SUR	1,100,160	1,388	1,098,772	99.8738365
SUBTOTAL OCCIDENTE	1,042,560	1,155	1,041,405	99.889215
SUBTOTAL ORIENTE	820,800	1,708	819,092	99.7919103
TOTAL	3,879,360	5,328	3,874,032	99.86

RED	PORCENTAJE	NO DISPONIBILIDAD
SUBTOTAL NORTE	99.88240304	0.117597
SUBTOTAL SUR	99.87383653	0.1261635
SUBTOTAL ORIENTE	99.88921501	0.110785
SUBTOTAL OCCIDENTE	99.79191033	0.2080897
TOTAL	99.85934123	0.1373422

## MIPG – POLITICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA

	<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

## Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION

Se evidencia que en el mes de marzo de 2024 se diligencio por parte del Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas el Autodiagnóstico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondiente a la Política de Transparencia y Acceso a la Información, dando como resultado del ejercicio una calificación total de 95 sobre 100.

Esa política se divide en 8 componentes, los cuales tuvieron los siguientes resultados así:

COMPONENTE	RESULTADO
Transparencia pasiva	91
Transparencia activa	96
Seguimiento a la información publica	93
Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales	100
Gestión documental para acceso a la información	98
Instrumentos gestión de la información	100
Criterios diferenciales de accesibilidad a la información publica	94
Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información publica	87

De las 97 actividades de gestión que se relacionan y evalúan en esta política, se observa que se plantearon 2 acciones de mejora para ejecutarse en la vigencia 2024. Las cuales fueron ejecutadas en su totalidad según informe de seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno presentado al Comité Coordinador de Control Interno el día 5 de marzo de 2025.

Se resalta que la realización del autodiagnóstico y formulación de Plan de Mejora es sistemática y deberá volverse a evaluar en la presente vigencia.

## MIPG – POLITICA DE GOBIERNO DIGITAL

Se evidencia que en el mes de abril de 2024 se diligencio por parte del Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas el Autodiagnóstico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondiente a la Política de Gobierno Digital, dando como resultado del ejercicio una calificación total de 80.69 sobre 100.

Esa política se divide en 3 habilitadores de la Política de Gobierno Digital, los cuales tuvieron los siguientes resultados así:

REQUISITO INCUMPLIDO / ASPECTO A MEJORAR	Puntaje
Criterios de Accesibilidad nivel AA, AAA de acuerdo a la NT5854	82.8

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

Criterios de usabilidad en formularios electrónicos página web	80
Realizó la documentación y transferencia de conocimiento a proveedores, contratistas y/o responsables de TI, sobre entregables o resultados de proyectos de tecnología	80
Realizar campañas de difusión y estrategias que busquen la apropiación de las mejoras de los tramites en los servidores públicos de la entidad responsables de su implementación	80

De los 16 ítems que se relacionan y evalúan en esta política, se observa que se plantearon 16 acciones de mejora para ejecutarse en la vigencia 2024. De las cuales se ejecutaron 16 parcialmente, según informe de seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno presentado al Comité Coordinador de Control Interno el día 5 de marzo de 2025.

Se resalta que la realización del autodiagnóstico y formulación de Plan de Mejora es sistemática y deberá volverse a evaluar en la presente vigencia.

### MIPG – POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL

Se evidencia que en el mes de marzo de 2024 se diligenció por parte de la dependencia de Archivo y Correspondencia el Autodiagnóstico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondiente a la Política de Gestión Documental, el formato establecido por el Departamento Administrativo de la Gestión Publica no determina un porcentaje o nivel de avance número, sin embargo, podemos encontrar los siguientes avances cualitativos:

Inicial: 25 de 54 (46.3%)  
 Básico: 5 de 54 (9.3%)  
 Intermedio: 12 de 54 (22.2%)  
 Avanzado 1: 12 de 54 (22.2%)  
 Avanzado 2: 0 de 54 (0%)

Si se establece porcentajes de 100% al nivel avanzado 2, y bajamos 20% en cada nivel hasta llegar al nivel inicial con 20%, de manera superficial podríamos establecer que el nivel de avance de esta política es del 61.5%. Lo cual significa que deberá tener una intervención importante en la vigencia 2025 en su respectivo plan de acción del MIPG.

El cumplimiento del plan de mejora de esta política en la vigencia 2024 fue del 61.54% que corresponde a la ejecución de 39 actividades, de las cuales 15 actividades no se ejecutaron y que se plantearon para esa vigencia.

Se resalta que la realización del autodiagnóstico y formulación de Plan de Mejora es sistemática.

	<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

## **ESTADO DE LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL Y TABLAS DE VALORACION DOCUMENTAL**

Se evidencia que las tablas de retención documental fueron aprobadas en primera instancia por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, del cual se emite posteriormente la Resolución No. 420 del 1 de junio de 2022, por medio de la cual se aprueban las Tablas de Retención Documental de Pasto Salud ESE.

Se evidencia el envío de la documentación necesaria para la convalidación de las Tablas de Retención Documental al Consejo Departamental de Archivo de Nariño mediante oficio 202205610021001 radicado el 24 de junio de 2022, del cual a la fecha de auditoria no se ha recibido contestación. Igualmente se evidencia oficio 202305610021261 radicado el 25 de abril, sin que haya tenido respuesta alguna. Posteriormente se envía por parte de Pasto Salud ESE un derecho de petición al Consejo Departamental de Archivo de Nariño solicitando agilizar el trámite, sin que tenga respuesta alguna.

Una vez revisada la normatividad aplicable, se observa que según el Acuerdo 04 de 2019 del Archivo General de la Nación en el artículo 13 establece que el concepto técnico debió emitirse dentro de los 90 días hábiles siguientes a la presentación a la instancia competente.

Revisado y analizado lo contenido en el Acuerdo 04 de 2019 del Archivo General de la Nación, se podría asumir que las Tablas de Retención Documental no están convalidadas y no se podrían implementar en Pasto Salud ESE, por lo que se requiere gestiones inmediatas por parte de la Secretaria General y del responsable del área de gestión documental de la empresa.

Por otro lado, no se evidencia avance en la preparación, elaboración y formulación de las Tablas de Valoración Documental, sin embargo, se evidencia acta de Reunión del 24 de octubre de 2023 entre Pasto Salud ESE y el Archivo General de la Nación, en la cual se determina que a la empresa no le aplica las Tablas de Valoración Documental por cuanto no se tiene fondos acumulados en la empresa.

La instancia asesora para estos temas es el Comité de Archivos, cuya función es asesorar a la alta dirección de la entidad en materia archivística y de gestión documental, definir las políticas, los programas de trabajo y los planes relativos a la función archivística institucional, de conformidad con la Ley 594 de 2000 y demás normas reglamentarias, teniendo en cuenta que el Comité Institucional de Gestión y Desempeño absorbe las funciones de ese comité, deberá este ultimo determinar las actuaciones de la entidad en esta materia y por lo tanto, se les deberá poner en conocimiento la demora injustificada del ente territorial en la aprobación de las Tablas de Retención Documental.

## **LICENCIAMIENTO DEL SOFTWARE SIOS – MANTENIMIENTO**

Se observa que la Empresa tiene LICENCIA de uso vitalicia del Sistema de Información para Operaciones en Salud SIOS, para una cantidad ilimitada de instalaciones de computadores que se encuentren dentro de la red de la empresa. Contando con módulos asistenciales, financieros y de talento humano.

	<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

Se evidencia la suscripción del Contrato de Prestación de Servicios No. 143 del 8 de abril de 2024, el cual tiene como objeto “Prestación del servicio de soporte técnico, actualizaciones y mantenimiento para el sistema de información de operaciones en salud SIOS”, el cual dentro de la cláusula segunda establece unas fases y unas actividades.

El contrato se realiza por una suma total de CIENTO TREINTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$133.800.000), en el cual se estipula la forma de pago.

Adicional tuvo una adición por valor de TREINTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS PESOS (\$35.710.600), del 4 de septiembre de 2024, para un total del contrato de (\$169.510.600)

Se establece como plazo para la ejecución del contrato hasta el día 31 de diciembre de 2024.

Una vez revisado el contrato, se observa que existen criterios puntuales para la actualización de los módulos de administración estadística, servicios ambulatorios, facturación y rips, contratación, historia clínica, seguridad del paciente, programación de servicios y módulo de nómina, el cual fue recibido a satisfacción por cada líder de servicio, según actas.

### **MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO**

Se evidencia la definición de una matriz de riesgos – Seguridad de la información (formato GSI-RSI 411), en el cual se identificaron 6 riesgos aplicables a este proceso. De los cuales 1 está catalogado como MODERADO después de controles, y 5 están catalogados como ALTOS después de controles.

De acuerdo a informe de auditoría de riesgos, se materializo un riesgo en el II semestre de la vigencia 2024.

. Pérdida de la confidencialidad y disponibilidad de la información

1. Se evidencia la materialización del riesgo relacionado con “**pérdida de la confidencialidad y disponibilidad de la información**” por falla en el servidor 229 PowerEdge R740XD - Placa 240899 toda vez que en la realización de mantenimiento preventivo el día 26 de diciembre del 2024 el servidor no inicia el sistema operativo y no reconoce los discos duros impidiendo su funcionamiento, generando pérdida de bases de datos de información institucional como por ejemplo (ALFRESCO, ORFEO, SIVIGILA entre otros)

Evidencia que soporta la pérdida de información, Software Orfeo desde el 27 de diciembre de 2024 hasta el 10 de enero de 2025, se presenta falla en la consulta de la imagen principal y documento en PDF de los radicados en Orfeo, al consultar información del año 2022, 2023 y parte del año 2024 no se evidencian las imágenes principales, ni el documento en pdf, lo anterior se realiza mediante reporte oficial No. 202505610010743 del día 18 de febrero de 2025 por la técnica administrativa gestión documental

### **Desviación de controles**

	<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

Se evidencia falla en la efectividad del control relacionado con “mantenimientos” toda vez que para el segundo semestre de 2024 no se logra la meta programada respecto a la ejecución de mantenimiento preventivo de los equipos informáticos

Evidencias de incumplimiento:

Segundo semestre 2024

Formula: (mantenimientos preventivos realizados/mantenimientos preventivos programados) \*100

Meta: 95%

Julio:  $135/195=69,23\%$  Centro hospital la Rosa

Agosto:  $69/107=64,49\%$ : Hospital santa Mónica

Septiembre:  $111/140=79,29\%$  CS San Vicente

Octubre:  $106/125=84,80\%$  Hospital Local Civil

Diciembre:  $4/7=57,14\%$  CS San Vicente

$6/7=85,76\%$  Centro hospital la Rosa

## CONCLUSIONES

En el desarrollo de la presente auditoria se puede concluir que el Proceso GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION cumple con los objetivos de la presente auditoria, por cuanto hay un cumplimiento óptimo según lo definido en sus Planes de Comunicación y Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

De igual manera se evidencian un nivel de cumplimiento no tan satisfactorio de los Planes de Mejora definido para las políticas del MIPG asociadas a transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (95%), gobierno digital (80.7%) y gestión documental (61.5%).

Se hace necesario analizar y abordar el nivel de cumplimiento de la Ley General de Archivos (Ley 594 de 2000 y reglamentarias) desde el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

No se evidencia inconsistencias en la ejecución del contrato 143 de 2024 y la respectiva adición, respecto al mantenimiento y actualización de algunos módulos en SIOS, la cual cuanta con recibido a satisfacción mediante acta por los líderes o responsables de los diferentes módulos.

En la gestión del riesgo se materializa un riesgo, “Pérdida de la confidencialidad y disponibilidad de la información”, el cual debe realizar el plan de mejora en la auditoria de riesgos

HALLAZGOS
-----------

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

1. Se evidencia que no se está cumpliendo con la meta propuesta 95%, de los mantenimientos preventivos, según el cronograma del II semestre de 2024 en las sedes del Hospital de La Rosa, Santa Mónica, San Vicente, Hospital Civil.
2. Se evidencia un nivel bajo de avance en la implementación de la política de Gestión Documental, lo anterior por cuanto el 61.5% de los ítems evaluados se encuentran entre Inicial, Bajo o Intermedio, y solo el 22.2% está en Avanzado 1.

**RECOMENDACIONES**

1. Continuar aplicando los controles y ejecución de los procedimientos establecidos en el proceso.
2. Diligenciar los autodiagnósticos vigencia 2025 de las políticas establecidas para esta dependencia y establecer planes para su mejora continua.
3. Continuar con las gestiones necesarias ante el ente territorial para la correcta aprobación de las Tablas de Retención Documental.
4. Coordinar entre Secretaria General (líder de la política de Gestión Documental) y Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas (líder del proceso Sistemas de Información) la forma de abordar y desarrollar los hallazgos presentados en esta auditoría.

**FORTALEZAS**

<b>ELABORO:</b>	<b>JAIME ALBERTO SANTACRUZ S</b>	<b>FECHA</b>	<b>27 de marzo de 2025</b>
<b>REVISADO PÓR:</b>	<b>JAIME ALBERTO SANTACRUZ S.</b>	<b>FECHA</b>	<b>27 de marzo de 2025</b>