



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE GESTIÓN

CÓDIGO: FOR-CIN-CIN-005
FECHA DE EMISIÓN: 16/02/2021
VERSIÓN: 01
PAGINA:

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	28	Mes:	julio	Año:	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	-------	-------------	------

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	18	Mes	05	Año	2021	Desde	18/05/2021	Hasta	18/06/2021	Día	28	Mes	07	Año	2021
							D/M/A		D/M/A						

RESUMEN EJECUTIVO

AUDITORÍA AL PROCESO:	Área de Epidemiología Hospitalaria
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:	Verificar el cumplimiento institucional del área, la efectividad de la gestión, socialización y control, así como también, la oportunidad en las actividades encaminadas al mejoramiento continuo.
ALCANCE DE LA AUDITORÍA:	La auditoría se realizó con el fin de verificar el cumplimiento normativo del área, la gestión para el cierre efectivo de los Planes de Mejoramiento producto de los ejercicios de auditoría, control y seguimiento que a nivel institucional se realizaron desde el área hasta el seguimiento al cumplimiento del Plan de Contingencia por COVID-19.
RESUMEN DE LOS HALLAZGOS/ OBSERVACIONES:	
▪ Componente de Planeación Estratégica	
Observación No. 1.	
Riesgo materializado “La información relacionada con Vigilancia Epidemiológica y Hechos Vitales no sea oportuna y de calidad” : Las actividades de control se han llevado a cabo para mitigar este riesgo, sin embargo, se han reportado notificaciones al Ente de Control en forma extemporánea.	

9

▪ **Componente Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)**

Observación No. 2

- El área no cuenta con instrumentos que faciliten los procesos de verificación durante las visitas de Prevención y Control de las IAAS, impidiendo generar trazabilidad y registro *in situ* de lo observado, situación que dificulta la oportunidad de identificar objetivamente las desviaciones, falta de adherencia y posibles incumplimientos a las Guías y Procedimientos que, de acuerdo con los reportado por parte del área, evalúan durante estos ejercicios, lo anterior, no es concordante con una de las acciones definidas en el POA para la vigencia del 2021 "*Actividad: VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS Y LINEAMIENTOS DE EPIDEMIOLOGÍA.*
Subactividades: En los recorridos de vigilancia se realiza una actividad denominada FACTORES DE RIESGO, donde, cada funcionario ubicado en diferentes áreas, diligencia utilizando el equipo celular y en tiempo real una encuesta a través de formulario Google, el cual es alimentado en archivo Google Drive.", por lo tanto, la falta de registros en tiempo real que generen evidencia, trazabilidad y, ante la ausencia de datos que no permiten el procesamiento de la información, se genera falta de oportunidad y eficiencia para la formulación de las acciones de mejora, actividad de Control esencial para la gestión Institucional efectiva.
- Se observó falta de correspondencia en los datos diligenciados en el formato, puesto que, en el encabezado registra: "Nombre de la Guía Auditada: FACTORES DE RIESGOS EN SALA" y, en los campos de resultado de la adherencia se registra la Evaluación de la Guía: Infarto Agudo al Miocardio, razón por la cual, no puede establecerse cuál fue la Guía objeto de evaluación. Respecto de los criterios de evaluación aplicados, estos no guardan relación con la Guía objeto para aplicar la evaluación de medición de adherencia.
- La calificación cualitativa y cuantitativa se asigna de manera general por Sala observada, por lo tanto, no se individualizan aquellos casos en donde los colaboradores evaluados presentan falta de cumplimiento y/o debilidades en la aplicación de las Normas de Bioseguridad y todas las conductas orientadas hacia la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), situación que no permite establecer el alcance de los Planes de Mejoramiento que se derivan al ejecutar las visitas a cada Sala.
- En la calificación asignada a las condiciones generales de la Sala se incluyen dentro del Universo de criterios para la calificación de lo observado: I. Cualitativos: d, e, f, g, h, j, k, m, n, ñ, s, t, u, v, w, x, y (citados anteriormente en esta descripción) condición que no constituye un parámetro para establecer la adherencia del Servicio visitado, siendo riesgo para sesgo en el resultado de la evaluación.

3. Componente Seguimiento a Planes de Mejoramiento

Observación No. 3

Fallas en el uso y diligenciamiento correcto de la herramienta de control y seguimiento a Planes de Mejoramiento Institucional "Matriz de hallazgos y seguimientos a Planes de Mejoramiento", código DARUMA: FOR-GCM-CAL-005.

Observación No. 4

El área de Epidemiología participa en la formulación de las actividades de mejora, producto de las auditorias (ejercicios de verificación) que realizan en los diferentes Servicios/Salas, siendo éstos responsabilidad del área auditada.

Observación No. 5

Falta de adherencia a lineamientos institucionales, los cuales se encuentran incluidos en el documento: "Lineamientos para elaboración de Actas", código DARUMA: MOP-HUV-HUV-014 del 25/11/2020, como también, la elaboración de Actas en formato obsoleto, siendo el actual "Acta de reuniones", código DARUMA: FOR-HUV-HUV-025 del 26/10/2020.

Observación No. 6

El área no tiene identificados los porcentajes de colaboradores capacitados y el total de las evaluaciones de medición de adherencia realizadas.

CONCLUSIONES:

Conclusión No. 1

El equipo de Control Interno, como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión del área auditada es susceptible de mejoras, desde la perspectiva del Sistema de Control Interno, se aprecia la ejecución de actividades de verificación y seguimiento poco objetivas y organizadas, por lo tanto, resulta necesario fortalecer los procesos de capacitación que conlleven a la construcción de material de verificación objetivo, medible y que coadyuven a procesos efectivos de seguimiento. El líder del área debe planear y ejecutar las acciones de mejoramiento necesarias para subsanar las debilidades encontradas en el procedimiento auditor, las acciones de mejoramiento deben ser gestionadas a partir de procesos oportunos, prolijos y en completa articulación institucional.



**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
DE GESTIÓN**

CÓDIGO: FOR-CIN-CIN-005

FECHA DE EMISIÓN: 16/02/2021

VERSIÓN: 01

PAGINA:

Conclusión No. 2

Durante el ejercicio de auditoría el área demostró alto sentido de compromiso, disponibilidad, y oportunidad para la entrega suficiente de los soportes documentales, así como en la puntualidad para la atención de las visitas de verificación, siendo todo el equipo de trabajo receptivo y respetuoso ante las recomendaciones realizadas por el equipo auditor.

ERVIN UDECY RIZO TIGREROS
Líder de Auditoría

Proyectó: Angela María Giraldo Velasco – Profesional Administrativo AGESOC-