



Bogotá, Noviembre 11 de 2020

Doctor
EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES
Líder de Proyecto Oficina de Control Interno Disciplinario
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Informe Final Auditoria Procedimiento Procesos Disciplinarios 02DE30-V1 - Vigencia 2020

Cordial Saludo.

En atención al Plan de Auditorias 2020, se adjunta el Informe Final de la Auditoria al Procedimiento "Trámite de Procesos Disciplinarios" con Código del documento 02DE30-V1, el mismo deberá generar un plan de mejoramiento enviado a la oficina de Control interno y Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la calidad.

Atentamente,



YETICA HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora Control Interno

cc. Dr.. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS - Gerente



051



SC5520-1



OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

PROCEDIMIENTO: TRÁMITE DE PROCESOS DISCIPLINARIOS – 02DE30-V1

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, Noviembre de 2020

A handwritten signature in black ink is located in the bottom left corner of the page.

A handwritten signature in black ink is located in the bottom right corner of the page.

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

INDICE

	Página
1. ASPECTOS GENERALES	
1.1 Objetivo de la Auditoría	3
1.2 Alcance de la Auditoría	3
1.3 Técnicas de Auditoría	
1.4 Metodología	3
1.5. Identificación Criterios de Auditoría Interna	4
1.6 Marco Legal	4
2. DIAGNOSTICO DE LA GESTION POR PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS - OBSERVACIONES RELEVANTES	
2.1 Subsistema de Control de Gestión	5
2.1.1 Actividades de Control	5
2.1.1.1 Procedimiento - Trámite de Procesos Disciplinarios	5
2.1.1.2 Seguimiento a Recomendaciones	6
3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
3.1 Conclusiones	9
3.2 Recomendaciones	10



**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Objetivo de la Auditoría

La presente auditoría tiene como único objetivo realizar seguimiento a las acciones de mejoramiento adoptadas para atender las recomendaciones dejadas en la auditoría realizada en la vigencia 2019. Por lo anterior, se solicitó al Jefe de oficina de Control Disciplinario que allegara el plan de mejoramiento y los soportes en donde se evidencie el avance, esta solicitud se realizó el 03 de Noviembre de 2020 por parte de la Oficina de Control Interno y se dio respuesta a la misma por parte de la Oficina de Control Disciplinario el 05 de Noviembre de 2020. Con los datos y evidencias aportados por la Oficina de control Disciplinario se realizará la presente auditoría.

1.2. Alcance de la Auditoría

En atención al Plan Anual de Auditorías de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, vigencia 2020, la auditoría se realizó entre el 01 de Octubre de 2020 y el 06 de Noviembre, y se evaluó el Procedimiento: TRÁMITE DE PROCESOS DISCIPLINARIOS – Código del Documento O2DE30-V1 el cual se encuentra dentro del Procedo de Direcciónamiento Estratégico.

1.3. Técnicas de Auditoría

Los métodos y pruebas de Auditoría utilizados por la Oficina Asesora de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana para lograr la información y verificación necesaria y obtener la evidencia válida y suficiente en la emisión del informe de Control Interno, están contenidas documentalmente en el Plan Anual de Auditoría, vigencia 2020, firmado por el representante legal del hospital y la Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, el Estatuto de Auditoría y el Código de Ética de los Auditores Internos, adoptado mediante Resolución No.109 de Marzo de 2018 y la carta de Compromiso Ético del Auditor Interno al igual que los procedimientos del Proceso de Auditoría y Control. El desarrollo de la Auditoría Interna tuvo en consideración los siguientes criterios básicos de contenido Constitucional, Legal y Reglamentario.

1.4. Metodología

La evaluación del proceso auditado se realizó mediante muestra selectiva.

1. La evaluación al proceso se realizó con reunión de apertura de la auditoría en la que participó el Funcionario Responsable de la Oficina de Control Interno Disciplinario EDGAR HUMBERTO

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

RODRIGUEZ BENAVIDES y los funcionarios YETICA HERNANDEZ ARIZA, Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno y JOHN BONZA DUQUE Profesional Universitario de la Oficina Asesora de Control Interno.

2. El análisis del procedimiento se realizó mediante muestra selectiva

1.5 Identificación de Criterios de Auditoría Interna

El desarrollo de la auditoría interna tuvo en consideración los siguientes criterios básicos de contenido constitucional, legal y reglamentario:

1.6 Marco legal

- Constitución Política de Colombia
- Decreto 2591 de 1991 Reglamenta las Acciones de Tutela.
- Ley 100 de 1993 Reglamenta el Sistema General de Seguridad Social.
- Decreto 2240 de 1996 Condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Ley 734 de 2000 Código Disciplinario Único
- Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- Ley 164 de 2012 Código General de Proceso.
- Resolución 5185 de 2013 fija los lineamientos de los Estatutos de Contratación.
- Acuerdo 08 de 2014 Estatuto de Contratación de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
- Ley 1755 de 2015 "Por la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición".
- NTC ISO 9001:2015 4.4 5.1.2; 7.4; 7.5; 9.1; 10.2; 10.3.
- Acuerdo 016 de Octubre de 2017 "Por el cual se modifica, sustituye y adiciona el Estatuto de Contratación de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
- Decreto 1499 de 2017 Articulación MIPG
- Resolución 479 de Diciembre de 2017 "Por medio de la cual se deroga la Resolución 0345 de 2014 y se adopta y aprueba al Manual de Contratación, supervisión e interventoría y el Procedimiento para la Declaratoria de Incumplimiento, imposición de multas y demás sanciones en los contratos celebrados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
- Todas las demás disposiciones sobre la materia.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

2. DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

De acuerdo al Sistema Integrado de Gestión "ALMERA" integrado a Intranet de la E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana, contiene en el PROCESO: Direccionamiento Estratégico el PROCEDIMIENTO: "Trámite de Procesos Disciplinarios, identificado con Código 02DE30-V1, cuyo objetivo es "Garantizar que las investigaciones de carácter Disciplinario que se adelanten en esta institución, se ciñan a lo dispuesto el La Ley 734 de 2002 – Código Disciplinario Único y demás normas concordantes. El cual se consultó en la siguiente ruta: Almera / Mapa por procesos / Direccionamiento Estratégico / Documentos Asociados / Procedimiento / 02DE30-V1 "Trámite de Procesos Disciplinarios".

2.1. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

2.1.1. ACTIVIDADES DE CONTROL

2.1.1.1 Procedimiento – Trámite de Procesos Disciplinarios



Código del Documento 02DE30-V1, Aprobado en Diciembre de 2019

ALCANCE

Desde que se recibe y se radica la queja

Hasta que se archiva la carpeta de la investigación de la queja

Aplicación A todos los servidores públicos y/o particulares que cumplan funciones públicas que se encuentren vinculados a la institución.

	PROCEDIMIENTO			
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		
	NOMBRE:	TRAMITE DE PROCESOS DISCIPLINARIOS		
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02DE30-V1		05GC01-V2

1. APROBACIÓN				
	CARGO	NOMBRE	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	LIDER DE PROYECTO	EDGAR RODRIGUEZ BENAVIDES	5/12/2019	<i>E.R.B.</i>
APROBÓ	JEFE OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y CALIDAD	VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO	09/12/2019	<i>[Signature]</i>
	GERENTE	JAVIER MANCERA GARCIA	13/12/2019	<i>[Signature]</i>

2. OBJETIVO
Garantizar que las investigaciones de carácter disciplinario que se adelanten en el Hospital Universitario de la samaritana, se ciñan a lo dispuesto en la Ley 734 de 2002 "Código Disciplinario Único" y demás normas concordantes.

3. ALCANCE
3.1. DESDE: Que se recibe y se radica la queja y/o informe de entes de control por los medios oficiales existentes (verbal, de manera directa en la oficina de Control disciplinario y Crífeo)
3.2. HASTA: Que se archive la carpeta de la investigación de la queja y/o informe
3.3. APLICACIÓN: A todos los servidores públicos y/o particulares que cumplan funciones públicas que se encuentren vinculados a la institución

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

2.1.1.2 Seguimiento a Recomendaciones

De conformidad con el programa de Auditoría, a continuación se realiza un seguimiento y el cotejo de los documentos soporte a las acciones de mejora establecidas por el responsable, Líder de Proyecto, quien tiene las funciones de la Oficina de Control Interno Disciplinario.

Se verifico el Plan Único de Mejoramiento por Proceso – PUMP de Direccionamiento Estratégico, en donde no se identificaron los hallazgos correspondientes a la Auditoria.

En la tabla se establece a continuación el seguimiento, en donde se indica en la columna "OBSERVACIONES CONTROL INTERNO" el estado de cada una de las recomendaciones.

	RECOMENDACIÓN 2019	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORA	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO 2020
1	Se observa que el pump 2018 Anexado no se encuentra publicado en intranet	Publicar Anualmente el Plan Único de Mejoramiento por Procesos en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA". <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Se solicitó a la Oficina asesora de Planeación la inclusión del Plan de Mejoramiento realizado por la Oficina de Control Disciplinario	Incluir el Plan de Mejoramiento en el PUMP	En la revisión realizada en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" aún no se encuentra publicado Plan Único de Mejoramiento por Procesos. Se entrega soporte de solicitud de publicación a la fecha de cierre no se ha publicado el Plan de Mejoramiento.
2	Se observa que no tiene el mapa de Riesgos publicado en intranet	Publicar el Mapa de Riesgos en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA". <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación la inclusión del mapa de riesgos de la Oficina de Control Disciplinario	Incluir el mapa de riesgos de la Oficina de Control Disciplinario	En la revisión realizada en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" aún no se encuentra el Mapa de Riesgos. Se entrega soporte de solicitud de publicación a la fecha de cierre no se ha publicado el Plan de Mejoramiento.
3	Se observa que no cuenta con indicadores de la actividad de Gestión Disciplinaria	Elaborar los Indicadores necesarios para la Gestión Disciplinaria con su respectivo análisis en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA". <u>SE CUMPLE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Se solicitó a la Líder de Proyecto de Estadística se agende fecha y hora para la elaboración de los indicadores de gestión de la Oficina de Control Disciplinario	Crear los indicadores de gestión	En la revisión realizada se entrega soportes de solicitud, codificación y parametrización de dos indicadores (2155 y 2156)

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
--------------	---------------------	-----------------------

	RECOMENDACIÓN 2019	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORA	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO 2020
4	Se observa que no se presentó prescripción de procesos en la vigencia 2018	Presentar informe donde se evidencie si se presenta Prescripción de procesos en cada vigencia. <u>SE CUMPLE LA RECOMENDACIÓN.</u>	N/A	N/A	De acuerdo a información suministrada por el Jefe de Oficina de Control Disciplinario NO se ha presentado prescripción de procesos durante la vigencia de la Auditoría
5	Utilizar el procedimiento verbal en los casos que amerite con el fin de hacer más efectiva la función disciplinaria	Hacer uso del Procedimiento Verbal en casos que ameriten, cuyo fin es darle mayor efectividad a la función Disciplinaria. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Adelantar los procesos disciplinarios según lo consagrado en el artículo 175 de la Ley 734 de 2002, donde las causales están consagradas taxativamente.	Una vez recibida la queja se evaluará de acuerdo a los lineamientos del Artículo 175 de la Ley 734 de 2002, haciendo la adecuación respectiva.	De acuerdo a información suministrada por el Jefe de Oficina de Control Disciplinario NO se ha presentado quejas o circunstancias que permitan adelantar investigación disciplinaria en la cual se utilice el procedimiento verbal. Recomendación se mantiene hasta el 30 de junio de 2021, fecha en la cual entre en vigencia la nueva Ley.
6	Solicitar la adquisición de todos los elementos para grabación audiovisual y la adecuación del mobiliario a fin de adelantar cuando sea necesario los procesos verbales	Solicitar a la Dirección Administrativa, Subdirección de Compras y Suministros y Sistemas, la adquisición e instalación de los elementos necesarios para dar cumplimiento a la Ley 1952 de 2019 "Por medio del cual se expide el Código General Disciplinario, se deroga la Ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la Ley 1474 de 2011, relacionadas con el Derecho Disciplinario". <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Solicitar a la Subdirección de Compras Bienes y Servicios y al Subdirector de Sistemas la adquisición e instalación de un programa de audio y video que grabe las audiencias en el computador en tiempo real. Con el fin de dar cumplimiento a la Ley 1952 de 2019, la cual entra en vigencia el 1 de julio de 2021.	Adquirir por intermedio de la Subdirección de Compras Bienes y Servicios y la Subdirección de Sistemas el programa de audio y video que grabe las audiencias en el computador en tiempo real. Con el fin de dar cumplimiento a la Ley 1952 de 2019, la cual entra en vigencia el 1 de julio de 2021.	Se evidencio que se realiza la solicitud de los elementos para dar cumplimiento a la Ley 1952 de 2019. Mediante correo electrónico y oficio dirigido a la Subdirección Compras y Suministros y Sistemas y Almacén General. Se mantiene la recomendación hasta que se realicen las adecuaciones pertinentes.
7	Envío de la Gestión realizada al Gerente del Hospital	Enviar Informes de Gestión a la Gerencia del Hospital, indicando en el Plan Único de Mejoramiento por Procesos la frecuencia de envío. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Envío de la gestión realizada al gerente.	Envío periódico de informes de Gestión al Gerente	Se evidencio mediante correos electrónicos el envío mensual de los informes a la gerencia desde enero hasta Septiembre de 2020. Se mantiene para su seguimiento.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

RECOMENDACIÓN 2019	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORA	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO 2020
8 Se recomienda cumplir con el procedimiento que tiene documentado la entidad, actividad No.14, Auto de cierre de la investigación y cumplir con cada una de las etapas del proceso disciplinario. Es importante señalar que el procedimiento debe ampliarse en la actividad 14 e incluir en la descripción que el auto de cierre debe notificarse, artículo 160 CUD.	Dar cumplimiento con la actividad del numeral 14 "Cierre de Investigación" del Procedimiento con código 02DE30, y notificar el Auto de Cierre. Revisar la descripción de Acción de mejora del Plan Único de Mejoramiento por Procesos, el Código del procedimiento es incorrecto. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Cumplir con el numeral 14 del procedimiento 05GC01-V2	Proyectar auto de cierre de investigación contemplado en el Artículo 160A de la Ley 734 de 2002.	Se evidencio que se cumple con la actividad en el numeral 14 del Procedimiento con código 02DE30-V1, se actualizo la actividad en su descripción incluyendo "Notificar por estado el Auto de cierre de la Investigación". Revisar la descripción de Acción de mejora del Plan Único de Mejoramiento por Procesos, el Código del procedimiento es incorrecto. Se mantiene hasta tanto se corrija el error en código.
9 La entidad tendrá que establecer dentro del procedimiento el plazo para resolver los recursos de este tipo de decisiones (Ejlo. Auto que niega las pruebas) porque pese a que el funcionario manifiesta que CUD no contempla plazo para ello, la norma si contempla el plazo que se tiene en las etapas de investigación. En la actualización no se observa los plazos para resolver los recursos. Se observó dentro del proceso 001 de 2016 que en el Auto que niega las pruebas se concedió un plazo para interponer recurso de tres días de conformidad con los Artículos 113 y 115 de CUD.	Revisar la descripción de Acción de mejora del Plan Único de Mejoramiento por Procesos, el Código del procedimiento es incorrecto. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Dar trámite al recurso de apelación en los siguientes casos: el que niega las pruebas, la decisión de archivo y el fallo de primera instancia. Contenido en el numeral 20 del procedimiento 05GC01-V2	Cumplir con lo contenido en el numeral 20 del procedimiento 05GC01-V2	Se evidencio que en el procedimiento ya fue establecido el plazo para resolver los recursos. Revisar la descripción de Acción de mejora del Plan Único de Mejoramiento por Procesos, el Código del procedimiento es incorrecto. Se mantiene hasta tanto se corrija el error en código.
10 Se debe seguir tomando de manera permanente todos los controles que eviten: -Incumplimiento en los términos señalados para las etapas del Proceso Disciplinario. -Falta de notificación de Auto de cierre de la	Dar seguimiento de manera permanente a los controles para evitar; incumplimientos, Deficiencias en la comunicación, Falta o demoras en la Notificación. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Continuar con los controles dando estricto cumplimiento a la Ley 734 de 2002	Cumplir con los términos establecidos en la Ley 734 de 2002	Se evidencio seguimiento a los controles mediante un libro nombrado "Radicador de Procesos Disciplinarios" el cual se diligencia desde el año 2018 hasta la fecha, igualmente se lleva un registro en archivo Excel

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

RECOMENDACIÓN 2019	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORA	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO 2020
investigación. -Deficiencias en la comunicación a los sujetos procesales para que acudieran a notificarse de decisiones importantes. -Demora en la notificación a la Procuraduría de las investigaciones, no se realizó de manera expedita como lo ordena el Código Único Disciplinario.				con la siguiente ruta de acceso: Equipo AD4CIDOO1 / Disco duro D / Carpeta Oficina Control Disciplinario / Copia / Copia Control Disciplinario / Procesos Disciplinarios. Se mantiene para su seguimiento permanente.
11 Se recomienda escanear los procesos antes de enviarlos al Archivo Central.	Escanear de manera permanente los documentos de los procesos antes de ser enviados al Archivo Central del Hospital. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	Escanear los procesos disciplinarios cuando se vayan a trasladar al archivo central	Escanear los procesos disciplinarios cuando se vayan a trasladar al archivo central	Se evidencia escaneo de soportes desde el año 2019, durante el 2020 no se ha realizado la actividad. Se mantiene para su seguimiento permanente.
12	Eliminar del Mapa por Procesos el Procedimiento con Código del Documento 02GJ02-V2 el cual se encuentra en el Proceso de Gestión Jurídica, ya que el procedimiento de " Trámite de Procesos Disciplinarios " se debe encontrar en el Proceso de Direccionamiento Estratégico con el Código del Documento 02DE30-V1. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	N/A	N/A	Se evidencio que existen dos Procedimientos con el mismo nombre " Trámite de Procesos Disciplinarios " y en diferente Proceso en el Mapa por Procesos, Código del Documento 02GJ02-V2, aprobado en Septiembre de 2018 en el Proceso de Gestión Jurídica y Código del Documento 02DE30-V1 aprobado en Diciembre de 2019 en el Proceso de Direccionamiento Estratégico. Se mantiene hasta tanto se corrija eliminando el código del Mapa por Procesos.

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones

Se verifico el Plan Único de Mejoramiento por Procesos de Direccionamiento Estratégico y de Gestión

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Jurídica, donde se pudo evidenciar que NO hay hallazgos de las recomendaciones dada en la Auditoria de la Vigencia 2019 al Procedimiento "Trámite de Procesos disciplinarios". El Líder de Proyecto de la Oficina de Control Interno Disciplinario elaboró Plan Único de Mejoramiento por Procesos vigencia 2020.

Se verifico el Mapa de Riesgos Institucional de la vigencia en el Sistema Integrado de Gestión "ALMERA" y se observó que el seguimiento realizado a las recomendaciones dadas NO se encuentran asociadas a ningún riesgo y/o posible riesgo que pueda afectar o materializarse al procedimiento producto de la presente Auditoria.

En el Informe de Auditoría desarrollado al Procedimiento: "Trámite de Procesos Disciplinarios" del Proceso: "Direccionamiento Estratégico" del hospital, una vez realizado el seguimiento a las recomendaciones plasmadas en el anterior Informe de Auditoría y verificado el Plan Único de Mejoramiento por Procesos – PUMP de la vigencia 2020 se pudo evidenciar que presenta once (11) recomendaciones las cuales se encuentra en el mencionado Plan.

3.2 Recomendaciones

Hacer uso del Procedimiento Verbal en casos que ameriten, cuyo fin es darle mayor efectividad a la función Disciplinaria. Establecido en el Artículo 175 de la Ley 734 de 2002.

Solicitar a la Dirección Administrativa, Subdirección de Compras y Suministros y Sistemas, la adquisición e instalación de los elementos necesarios para dar cumplimiento a la Ley 1952 de 2019 "Por medio del cual se expide el Código General Disciplinario, se deroga la Ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la Ley 1474 de 2011, relacionadas con el Derecho Disciplinario".

Enviar Informes de Gestión a la Gerencia del Hospital, indicando en el Plan Único de Mejoramiento por Procesos la frecuencia de envío.

Dar cumplimiento con la actividad del numeral 14 "Cierre de Investigación" del Procedimiento con código 02DE30, y notificar el Auto de Cierre.

Revisar la descripción de Acción de mejora del Plan Único de Mejoramiento por Procesos, el Código del procedimiento es incorrecto.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
---------------------	----------------------------	------------------------------

14.	JEFE OFICINA CONTROL DISCIPLINARIO	CIERRE DE INVESTIGACIÓN				
		DESCRIPCIÓN <ul style="list-style-type: none"> En firme la providencia anterior, la evaluación de la investigación disciplinaria se verificará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles. Realizar auto de cierre de investigación Notificar por estado el auto de cierre de investigación 				
Estado de documento: VIGENTE		Fecha de próxima revisión:	Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	N°	Tabla de Retención: Página 7 de 12

	PROCEDIMIENTO		
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	
	NOMBRE:	TRAMITE DE PROCESOS DISCIPLINARIOS	
CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02DE30-V1	05GC01-V2	
7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES			
ID	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	
		<ul style="list-style-type: none"> Únicamente procede el recurso de reposición. 	
		NORMA <ul style="list-style-type: none"> Artículo 160A. Cuando se haya recaudado prueba que permita la formulación de cargos, o vencido el término de la investigación, el funcionario de conocimiento, mediante decisión de sustanciación notificable y que sólo admitirá el recurso de reposición, declarará cerrada la investigación. 	

Se actualiza en el procedimiento Código 02DE30, Numeral 20, el plazo que se requiere para resolver los recursos.

Revisar la descripción de Acción de mejora del Plan Único de Mejoramiento por Procesos, el Código del procedimiento es incorrecto.

20.	GERENTE	RECURSO DE APELACIÓN CONTRA AUTO DE PRUEBAS	
		DESCRIPCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Resolver el recurso de apelación en contra del auto de pruebas y suscribir el acto administrativo. El recurso de apelación se resuelve dentro de los 45 días siguientes al recibo del proceso. Si se considera necesario se decretan pruebas de oficio, en cuyo caso el término se ampliará hasta por otros 45 días. Devolver el expediente a la Oficina de Control Disciplinario 	
		NORMA <ul style="list-style-type: none"> Artículo 115. El recurso de apelación procede únicamente contra las siguientes decisiones: la que niega la práctica de pruebas solicitadas en los descargos; la decisión de archivo y el fallo de primera instancia. En el efecto suspensivo se concederá la apelación de la decisión de archivo, del fallo de primera instancia y de la decisión que niega totalmente la práctica de pruebas, cuando no se han decretado de oficio, caso en el cual se concederá en el efecto diferido; en el devolutivo, cuando la negativa es parcial. 	

Dar seguimiento de manera permanente a los controles para evitar; incumplimientos, Deficiencias en la comunicación, Falta o demoras en la Notificación.

Escanear de manera permanente los documentos de los procesos antes de ser enviados al Archivo Central del Hospital.

Eliminar del Mapa por Procesos el Procedimiento con Código del Documento 02GJ02-V2 el cual se encuentra en el Proceso de Gestión Jurídica, ya que el procedimiento de "Trámite de Procesos Disciplinarios" se debe encontrar en el Proceso de Direccionamiento Estratégico con el Código del Documento 02DE30-V1.

Se cumplieron siete (7) recomendaciones, dos (2) se mantienen, tres (3) se mantienen con condiciones externas.

El presente informe de Auditoria es de carácter institucional, la verificación fue realizada con base a la información mínima publicada en el sitio WEB, Sistema de Gestión Integral "ALMERA" de propiedad

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, si bien es cierto que la información es plasmada y de responsabilidad de cada uno de los servidores públicos responsables de procesos, estas NO son de carácter individual ni personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados, como los Planes Únicos de Mejoramiento por Procesos a que dé lugar, son netamente de carácter Institucional.

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the end.

YETICA JHANSVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

A handwritten signature in black ink, appearing to be "John Bonza Duque", written in a cursive style.

JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Noviembre 10 de 2020