SEÑORES
JUNTA DIRECTIVA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
Aten.: Dr. CESAR AUGUSTO CORTÉS AMAYA
Presidente de la Junta Directiva
Bogotá D.C.

INFORME DE REVISORÍA FISCAL
AUDITORÍA INTEGRAL
ENERO 2023

Bogotá D.C. Marzo 01 de 2023
File-SUBRS-374-2023

Señores
MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA
Aten. DR. CESAR AUGUSTO CORTÉS AMAYA
Presidente Junta Directiva
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL SUR E.S.E.
Bogotá D.C

Asunto: Informe Final Auditoría Integral Enero**-2023**

Respetados señores:

Me permito presentar el desarrollo de la revisión y análisis de la información asistencial y gestión realizada por la Administración de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL SUR E.S.E**., del mes de Enero de 2023, basada en la información suministrada por la Administración y relacionada con el objeto de la Auditoria aplicada por el Equipo Auditor de la Revisoría Fiscal.

INFORME SARLAFT: Es importante indicarles que en la Auditoria de Legalidad y Cumplimiento, presentamos el resultado de nuestra evaluación y seguimiento, al sistema de prevención y controles implementados por la Subred Sur para la Gestión del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT).

Lo resaltamos porque la Junta Directiva, dentro de sus funciones se incluye la de garantizar y controlar la implementación y operatividad de este Sistema de Información en la forma indicada por la Normatividad Vigente.

Es de anotar que la base documental fue la solicitada en el periodo establecido de auditoría, también se tuvo en cuenta la información escrita o del sistema de información, que nos suministraron los funcionarios responsables de atender al equipo auditor y que por supuesto atendimos a sus observaciones y/o aclaraciones en la medida que transcurría el análisis de la información y sus respectivos procesos; presentamos a cada uno de los funcionarios entrevistados los resultados de nuestras Auditorias con sus correspondientes evidencias documentadas y detectadas en sus áreas en el momento de la auditoria en campo.

Para mejor comprensión en cada Auditoria presentamos un listado de los hallazgos y observaciones más representativas, la norma relacionada con el tema y observaciones complementarias.

Este informe fue enviado a la Administración en forma preliminar y de acuerdo con el correo enviado el día 28 de Febrero de 2023 por la Dra. Martha Delegado, Coordinadora del Contrato de Revisoría Fiscal, nos indica que no se presentan observaciones sobre el Informe Preliminar en mención, por tanto, a continuación presentamos el Informe definitivo.

Atentamente,

PEDRO A. BARRETO ALFONSO
Revisor Fiscal; C.P.T. No. 23.617-T
CONSULCONTAF LTDA.
CR. 7ª Nº. 123 – 24 Of. 501

C.C. Dr. Luis Fernando Pineda /Gerente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
C.C Dr. Reyes Murillo Higuera/ Subgerente de prestación de Servicios de Salud
C.C Dra. Ruby Liliana Cabrera/ Subgerente Corporativo
C.C Dra. Martha Delgado/Asesora de Gerencia.

ITEM	CONTENIDO	PAGINA
	INFORME DE REVISORIA FISCAL AUDITORIA INTEGRAL ENERO 2023	**09**
	OBJETIVO	**10**
	ALCANCE	**10**
	ÁREAS AUDITADAS	**10**
1.	**AUDITORIA JURIDICA (SARLAFT)**	**11**
1.1.	CUMPLIMIENTO DE LAS ETAPAS Y ELEMENTOS SARLAFT	14
1.2.	ELEMENTOS DEL SARLAFT	19
1.2.1.	POLÍTICAS	19
1.2.2.	PROCEDIMIENTOS	20
1.2.3.	DOCUMENTACIÓN	21
1.2.4	ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL	22
1.2.5.	INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	22
1.2.6.	DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN	23
1.2.7.	CAPACITACIÓN	24
1.2.8.	REPORTES UIAF	24
1.3.	CONTRATO 6153 DE 2022	25
	CONCLUSIONES	27
	RECOMENDACIONES	27
2.	**AUDITORÍA ADMINISTRATIVA (GESTIÓN DOCUMENTAL)**	**28**
2.1.	RESPONSABLE, ORGANIGRAMA GESTIÓN DOCUMENTAL	30
2.2.	OBJETIVO DEL PROCESO	31
2.3.	SUBPROCESOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL	31
2.4.	ESTRATEGIAS, PLANES O PROYECTOS EN CURSO O POR EJECUTAR	33
2.4.1.	PINAR	33
2.4.2.	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 016 DE 2021	33
2.4.3.	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN (SIC)	34
2.4.	INDICADORES Y METAS DEL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL	35
2.5.	FORTALEZAS	37
2.6	HALLAZGOS	38
	CONCLUSIONES	39
	RECOMENDACIONES	39
3.	**AUDITORÍA CONTROL INTERNO (ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS)**	**40**
3.1.	PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN Y ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS	42
3.1.1.	MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA	42

3.1.2.	PROCEDIMIENTO ETAPA PRECONTRACTUAL	43
3.1.3.	PROCEDIMIENTOS ETAPA CONTRACTUAL	43
3.1.4.	PROCEDIMIENTO LIQUIDACIÓN ETAPA POST CONTRACTUAL	43
3.2.	EVALUACIÓN DE LA ACEPTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMINETOS POR PARTE DE LOS RESPONSABLES	43
3.2.1.	PROCEDIMIENTO ETAPA PRECONTRACTUAL	44
3.2.2.	PROCEDIMIENTO ETAPA CONTRACTUAL	44
3.2.3.	PROCEDIMIENTO LIQUIDACIÓN ETAPA POST CONTRACTUAL	44
3.2.4.	MANUAL DE CONTRATACIÓN	44
3.3.	CONTRATO 5471 DE 2020-CONSTRUCCIÓN CAPS DANUBIO	45
3.4.	CONTRATO 4865 DE 2022-ADECUACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN DE LA TORRE 1 DE LA USS DE MEISSEN	45
3.5.	CONTRATO 4342-2020-ADECUACIÓN DEL CAPS MANUELA BELTRÁN	46
3.5.1.	FORTALEZAS	46
3.5.2.	HALLAZGOS	46
3.6.	PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL	46
3.6.1.	MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS	46
3.6.2.	VENTANILLA	47
3.6.3.	RECONSTRUCCIÓN DOCUMENTAL	47
3.6.4.	DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS	47
3.6.5.	TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS	47
3.6.6.	CONSULTA Y PRESTAMO DE DOCUMENTOS	48
3.6.7.	MANEJO DE DOCUMENTACIÓN CON POSIBLE DETERIORO BIOLÓGICO	48
3.6.8.	ELABORACIÓN TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL	48
3.7.	EVALUACIÓN DE LA ACEPTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DE LOS RESPONSABLES	49
3.7.1.	PROCEDIMIENTO MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS	49
3.7.2.	PROCEDIMIENTO TRANSFERENCIA DE ARCHIVO	49
3.8.	FORTALEZAS	50
3.9	HALLAZGOS	51
	CONCLUSIONES	52
	RECOMENDACIONES	53
4.	**AUDITORÍA DE GESTIÓN (CUASAS ROTACIÓN DEL PERSONAL Y BAJA DE EQUIPOS)**	**54**
4.1.	AUDITORÍA DE GESTIÓN OCTUBRE-NOVIEMBRE 2022	55
4.1.1.	EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y GRADO DE SATISFACCIÓN	56
4.1.2.	EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE LAS BAJAS DE EQUIPOS Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN	57
4.2.	FORTALEZAS	58
4.3.	HALLAZGOS	58
4.4.	AUDITORÍA DE GESTIÓN DICIEMBRE-ENERO 2023	58
4.4.1.	EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y GRADO DE SATISFACCIÓN	59

4.4.2.	EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE LAS BAJAS DE EQUIPOS Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN	59
4.5.	FORTALEZAS	60
4.6.	HALLAZGOS	60
	CONCLUSIONES	61
	RECOMENDACIONES	61
5.	**AUDITORÍA ATENCIÓN AL USUARIO (PLAN CANGURO Y NEONATOS)**	**62**
5.1.	HALLAZGOS	64
	CONCLUSIONES	68
	RECOMENDACIONES	68
6.	**CUENTAS MÉDICAS SOAT**	**69**
6.1.	FACTURACIÓN MATRIZ DE CONTRATACIÓN /REGIMEN CONTRIBUTIVO	70
6.1.1.	FACTURACIÓN-CUENTAS MÉDICAS	70
6.1.2.	CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 441 DE MARZO DE 2022	72
6.1.2.1.	ACTUALIZACIÓN RELACIONADA CON EL DECRETO 441 DE 2022	72
6.2.	REQUISITOS PREVIOS A LA CONTRATACIÓN	72
6.2.1.	ETAPA EJECUCIÓN CONTRACTUAL	73
	CONCLUSIONES	74
	RECOMENDACIONES	74
7.	**AUDITORÍA DE CALIDAD, ACREDITACIÓN MEJORAMIENTO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD**	**76**
7.1.	AUDITORÍA DE PROCESOS Y AUDITORÍA DE REGISTROS	77
7.2.	CON RELACIÓN A LAS AUDITORÍAS SE CUENTA CON:	77
7.3.	PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS VIGENCIA 2022	78
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
8.	**AUDITORÍA ASISTENCIAL, MÉDICA Y GESTIÓN DEL RIESGO HOSPITALES NAZARETH Y SAN JUAN**	**81**
8.1.	CENTRO DE SALUD NAZARETH	82
8.1.1.	SERVICIOS AMBULATORIOS	83
8.1.1.1	MEDICINA GENERAL	83
8.1.1.2.	ODONTOLOGÍA GENERAL	83
8.1.1.3.	HOSPITALIZACIÓN	84
8.1.1.4.	ATENCIÓN INMEDIATA URGENCIAS	85
8.1.1.4.1.	URGENCIAS	85
8.1.1.4.2.	SALA DE PARTOS	85
8.1.1.5.	TRANSPORTE DE ATENCIÓN BÁSICA	87
8.1.1.6	APOYO DIAGNÓSTIVO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	87
8.1.1.6.1.	LABORATORIO CLÍNICO	87
8.2.	CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ	88

8.2.1.	SERVICIOS AMBULATORIOS	88
8.2.2.	ODONTOLOGIA GENERAL	89
8.2.3.	ATENCIÓN INMEDIATA	89
8.2.3.1.	URGENCIAS	89
8.2.4.	SALA DE PARTOS	90
8.2.5.	TRASPORTE ASISTENCIAL	91
8.3.	INDICADORES	92
8.4.	AVANCES DE ACREDITACIÓN	92
	CONCLUSIONES	94
	RECOMENDACIONES	94
9.	**AUDITORÍA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN (VALIDACIÓN DE EQUIPOS TUNAL Y EL CARMEN)**	**95**
9.1.	DESARROLLO DE LA AUDITORÍA	96
9.2.	CONCURRENCIA EN LA UNIDAD TUNAL Y EL CARMEN PARA VALIDACIÓN DE EQUIPOS	116
9.2.1.	TUNAL	116
9.2.2.	EL CARMEN	117
	CONCLUSIONES	130
	RECOMENDACIONES	130
10.	**AUDITORÍA AMBIENTAL (CENTROS DE SALUD MARICHUELA Y SANTA LIBRADA) Y LA GESTIÓN DOCUMENTAL PIGA**	**132**
10.1.	DESARROLLO AUDITORÍA MARICHUELA	134
10.1.1.	FORTALEZAS	135
10.1.1.1.	SEGUIMIENTO A LOS SERVICIOS	135
10.1.2.	CAPACITACIÓN	136
10.1.3.	RUTA SANITARIA	137
10.1.4.	SERVICIOS GENERALES	138
10.1.5.	INDICADORES DE DESTINACIÓN	138
10.1.6.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	139
10.1.6.1.	FORMATO RH1	139
10.1.7.	HALLAZGOS	140
10.1.7.1.	SEGREGACIÓN DE RESIDUOS	140
10.2.	DESARROLLO AUDITORÍA SANTA LIBRADA	142
10.2.1.	FORTALEZAS	142
10.2.1.1.	SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN	142
10.2.2.	CAPACITACIÓN	143
10.2.3.	RUTA SANITARIA	143
10.2.4.	SERVICIOS GENERALES	144
10.2.5.	INDICADORES DE DESTINACIÓN	144
10.2.6.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	145
10.2.6.1.	EQUIPOS AHORRADORES DE AGUA	145

10.2.7.	HALLAZGOS	146
10.2.7.1.	SEGREGACIÓN EN LA FUENTE	146
10.2.7.2.	RECIPIENTES PARA SEGREGACIÓN	147
10.2.7.3.	ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS	148
10.3.	AUDITORÍA DOCUMENTAL GESTIÓN AMBIENTAL	149
10.3.1.	FORTALEZAS	150
10.3.1.1.	DOCUMENTO PIGA	150
10.3.1.2.	UNIDADES CONCERTADAS EN EL PIGA	150
10.3.1.3.	POLÍTICA AMBIENTAL	150
10.3.1.4.	PLANIFICACIÓN	151
10.3.1.5.	IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES	153
10.3.1.6.	NORMATIVIDAD AMBIENTAL ESPECÍFICA	154
10.3.1.7	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DOCUMENTAL	154
10.3.1.8.	PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	155
10.3.1.9.	COMITÉ AMBIENTAL COGA-GAGAS	155
10.3.1.10.	ANÁLISIS DE CALDERAS	156
10.3.1.11.	PERMISO DE PUBLICIDAD EXTERIOR VISUAL	156
10.3.1.12.	LAVADO DE TANQUES	156
10.3.1.13.	MANTENIMIENTO DE CALDERAS	156
10.3.1.14.	PLANES DE MEJORA	157
10.3.2.	HALLAZGOS	157
10.3.2.1	VERTIMIENTOS	157
	CONCLUSIONES	159
	RECOMENDACIONES	159
11.	**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES**	**160**
11.1.	AUDITORIA JURIDICA (SARLAFT)	161
11.2.	AUDITORÍA ADMINISTRATIVA (GESTIÓN DOCUMENTAL)	162
11.3.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO (ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS)	162
11.4.	AUDITORÍA DE GESTIÓN (CUASAS ROTACIÓN DEL PERSONAL Y BAJA DE EQUIPOS)	164
11.5.	AUDITORÍA ATENCIÓN AL USUARIO (PLAN CANGURO Y NEONATOS)	165
11.6.	CUENTAS MÉDICAS SOAT	166
11.7.	AUDITORÍA DE CALIDAD, ACREDITACIÓN MEJORAMIENTO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD	167
11.8.	AUDITORÍA ASISTENCIAL, MÉDICA Y GESTIÓN DEL RIESGO HOSPITALES NAZARETH Y SAN JUAN	167
11.9.	AUDITORÍA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN (VALIDACIÓN DE EQUIPOS TUNAL Y EL CARMEN)	168
11.10.	AUDITORÍA AMBIENTAL (CENTROS DE SALUD MARICHUELA Y SANTA LIBRADA) Y LA GESTIÓN DOCUMENTAL PIGA	169

INFORME DE REVISORÍA FISCAL
AUDITORÍA INTEGRAL
ENERO 2023

OBJETIVO

Evaluar la Gestión Institucional de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SUR ESE mediante la implementación del Plan de Auditoría de Enero 2023, como herramienta en la toma de decisiones.

ALCANCE

Desde la evaluación documental y concurrente de los procesos de conformidad con el objeto, descritos en el Plan de Auditoría Enero 2023, hasta el análisis, evidencias de cumplimientos, oportunidades de mejora, conclusiones y recomendaciones.

ÁREAS AUDITADAS

Sarlaft.
Área Gestión Documental.
Plan Canguro.
Hospitales Marichuela y Santa Librada
Área Sistemas de Información.
Sistema Auditoría.
Soat
Área Control Interno.

1. AUDITORÍA JURIDICA (SARLAFT)

PLAN DE AUDITORÍA	**AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022**
PARTICIPANTES	**AUDITORA: Dra. Angela Ortiz**
	REVISOR FISCAL –Dr. Pedro A. Barreto A.
FUNCIONARIOS AUDITADOS EN LA SUBRED	**Dr. Jhon Alejandro Jaramillo /Director Financiero** **Dra. Constanza Marín/Apoyo Profesional Financiero**

Esta auditoría de cumplimiento consistió en verificar, por una parte, el sistema de prevención y controles implementados por la Subred Sur para la Gestión del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT) y por otra realizar recomendaciones según las observaciones presentadas.

De acuerdo con el objetivo establecido para el seguimiento del presente informe y atendiendo lo estipulado en las Circulares Externas número 009 de 2016 y 055 de 2021, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se concluye que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumple con las disposiciones contenidas en el SARLAFT evidenciando debilidades que deberán ser objeto de análisis por parte de la administración.

Debilidades en las etapas de implementación SARLAFT (la identificación del riesgo, evaluación, controles, en el oportuno seguimiento y monitoreo).

Debilidades en las acciones y recursos para el funcionamiento del sistema.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de evaluación y seguimiento es una actividad independiente y objetiva de control, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.; fortaleciendo el cumplimiento de sus objetivos aportando un enfoque sistemático para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

Actualmente, se ha regulado todo lo referente al tema de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, de tal modo que ha sido relevante y evidente la importancia que se ha logrado dentro de las Entidades realizar el control al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT), con el fin de que los funcionarios y en general toda la comunidad de la Entidad no se encuentre vinculados o relacionados con terroristas, narcotraficantes, financiadores del terrorismo, funcionarios corruptos, entre otros. En consecuencia, cada Entidad se encarga de la prevención de los delitos mencionados anteriormente, de acuerdo con sus características y teniendo en cuenta la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos.

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de las instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de acuerdo a las Circulares 009 de 2016 y 055 de 2021 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de constatar el diseño, implementación y funcionamiento de un sistema de autocontrol y gestión del riesgo de LA/FT en la y la Subred Sur.

ALCANCE

Período comprendido entre el 01 de Junio y el 31 de Diciembre 2022. Esta auditoría de cumplimiento consistió en verificar, el sistema de prevención y controles implementados por la Subred Sur para la Gestión del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT (LA/FT).

MARCO NORMATIVO

- Acuerdo 641 de abril 06 de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C., se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones, determinando las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual estableció la fusión de algunas entidades y la creación de otras.

- Acuerdo 010 del 2017 Por el cual se establece la estructura organizacional de la Subred.

- Acuerdo 074 de 2020 PDI en donde se aprueba el Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E Normativa aplicable en materia de Lavado de Activos

- Ley 526 de 1999, del Congreso de la República de Colombia, por medio de la cual se crea la Unidad de Información y Análisis Financiero, modificada por la Ley 1121 de 2006, del Congreso de la República de Colombia, por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones, Ley 1762 de 2015, expedida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de la cual se adoptan instrumentos para prevenir, controlar y sancionar el contrabando, el lavado de activos y la evasión fiscal.

- Ley 1474 de 2011, del Congreso de la República de Colombia, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. • Circular Externa No. 09 del 21 de abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se imparten instrucciones

relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

- Acuerdo 022 de 2016 por el cual se establece el Manual SARLAFT en la Subred Sur.

- Circular Externa No. 055 del 17 de septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se imparten instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

METODOLOGIA

De conformidad con el Plan Auditoria se presenta a la Administración el resultado del seguimiento al control al Sistema de Administración del Riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT). Para dar cumplimiento de lo anterior, se solicitó al responsable de cumplimiento información respecto a Política SARLAFT de la Subred Sur, los Reportes mensuales correspondientes al segundo semestre de la vigencia 2022 presentados a la Unidad de Información y Análisis Financiero UIAF para su correspondiente revisión. Se utilizaron métodos de entrevista y verificación documental.

1.1 CUMPLIMIENTO DE LAS ETAPAS Y ELEMENTOS DEL SARLAFT

En la verificación de las etapas y elementos del SARLAFT, de conformidad con los parámetros establecidos en las Circulares Externas 000009 de 2016 y 20211700000005-5 de 2021 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se obtuvieron los siguientes resultados:

La implementación del SARLAFT en la Subred Sur comprende las etapas que se relacionan a continuación:

a) Identificación.
b) Medición.
c) Control.
d) Monitoreo del riesgo.

a) IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: De conformidad con los parámetros establecidos en la circular externa No. 000009 de 21 de Abril de 2016 en donde se dan instrucciones y se crea el sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del SGSSS. Por la cual la Superintendencia Nacional de Salud definirá para sus sujetos vigilados, el conjunto de medidas preventivas para su control, así como los indicadores de alerta temprana y ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre la materia.

Fundamentados en lo que establece la Superintendencia Nacional de Salud, la Subred Sur E.S.E. de manera oportuna desarrollo el Procedimiento para el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, identificado con el código de DI – GRI – PR – 01 V1.

Establecido en el Procedimiento el objeto, que tiene como fin:

Definir y establecer las actividades a realizar en materia de administración de riesgos de Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo, para evitar que en el desarrollo de las actividades de los procesos identificados como fuentes de riesgos LA/FT, sean utilizados para darle apariencia de legalidad a los dineros y/o bienes de origen ilegal o para el financiamiento a grupos terroristas.

Consultados los mapas de riesgos de la E.S.E. publicados (Intranet, sitio WEB, carteleras, etc.), socializados y/o comunicados, con el fin de verificar que los riesgos LA/FT se encuentren debidamente identificados y documentados, se observan dos (2) riesgos así:

Proceso Contratación: Posibilidad de afectación reputacional y / o económica por utilizar a la entidad como instrumento para la canalización de recursos hacia la realización de actividades de financiamiento al terrorismo u ocultamiento de activos provenientes de actividades ilícitas

Gestión Financiera: Incumplimiento de los reportes solicitados ante la UIAF

Falta de supervisión para realizar seguimiento y reportes del SARLAFT

Adicionalmente la política de riesgos de la entidad toma como referencia los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en los procesos, así como los del Modelo Estándar de Control Interno, donde articula entre otros, los riegos legales, financieros y de corrupción en los diferentes procesos, en las fases de: identificación y análisis, evaluación y medición, seguimiento y monitoreo, tratamiento y control.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Además de lo registrado en el Manual para el SARLAFT, no se observa ninguna metodología para la segmentación de factores de riesgo y riesgos asociados. Esta oportunidad de mejora se viene trabajando por parte de la Administración a través de la contratación de la firma RISK CONSULTING. Se deberá incluir en la actualización del manual, guías y procedimiento las disposiciones relativas al conocimiento del cliente como: análisis de riesgo asociadas a bases de datos públicas o externas, conocimiento del cliente de manera no presencial, categorización del cliente de mayor riesgo etc.

RECOMENDACIONES:

- Conocer y entender el objetivo del SARLAFT y cada uno de sus procedimientos.
- Para identificar el riesgo de LA/FT, se deben establecer metodologías para la segmentación de los factores de riesgo.
- Identificación de las situaciones materializadas o que podrían materializarse, afectando el logro del objetivo del SARLAFT.
- "Realizar la solicitud de análisis de riesgos LA/FT y proliferación de armas de destrucción masivas, previo a:
  - Lanzamiento o uso de cualquier producto, al uso de nuevas prácticas comerciales, incluyendo nuevos canales de prestación de servicios, y el uso de nuevas tecnologías o tecnologías en desarrollo para productos nuevos o existentes.
  - La modificación de las características del producto.
  - La incursión en un nuevo mercado.
  - La apertura de operaciones en nuevas jurisdicciones.
- Lanzamiento o modificación de los canales de distribución.
- El equipo de apoyo y el Oficial de cumplimiento deben realizar el análisis y el Oficial de cumplimiento debe emitir concepto del riesgo LA/FT y proliferación de armas de destrucción masivas.
- Realizar análisis de causas aplicables a cada uno de los riesgos identificados.
- Establecer la periodicidad para la revisión y actualización de la matriz de riesgos.

B) MEDICIÓN DEL RIESGO: En esta etapa se deberá, aplicar la metodología establecida para la Medición del Riesgo de LAFT, la cual permite estimar la probabilidad de ocurrencia del riesgo inherente frente a cada uno de los factores de riesgo.

OBSERVACIONES: No se evidencia el modelo o metodología de segmentación de los factores de riesgo que más se adecua a las necesidades de la Subred, para con ello hacer ejercicios piloto que den como resultado mediciones de la probabilidad y el impacto del riesgo de LA/FT al que está permanentemente expuesta la entidad, y así continuar formulando nuevas políticas y medidas de mitigación.

RECOMENDACIONES:

- "Calificar la probabilidad de ocurrencia y el impacto de la materialización del riesgo a nivel inherente.

- "Realizar el análisis de la probabilidad de ocurrencia inherente de los riesgos a través de las escalas definidas para riesgo LA/FT y proliferación de armas de destrucción masivas."

- "Desarrollar las actividades relacionadas con la metodología de evaluación e identificación de riesgos y controles, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de medición y control del riesgo."

- "Solicitar al responsable del proceso la adición de los controles necesarios para mitigar la probabilidad de ocurrencia del riesgo, sí durante la etapa de identificación y/o medición del riesgo se identifica algún riesgo que no cuenta con control, o cuyo control tenga una eficacia baja; de lo contrario continuar con el flujo."

- "Documentar los controles necesarios para mitigar el riesgo e informar al Oficial de Cumplimiento."

C) CONTROLES: Como mecanismos de control para prevenir que se introduzcan al sistema financiero de la Subred Sur recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o de la financiación del terrorismo, se tiene establecido el Procedimiento SARLAFT, así como la divulgación de la Política de SARLAFT a los colaboradores de la entidad mediante el programa de inducción y reinducción.

Adicionalmente, previo a la suscripción del contrato con los proveedores y contratistas se realiza consulta de las listas restrictivas por medio de la herramienta tecnológica que ofrece el contratista seleccionado para tal fin.

La Entidad ha establecido los siguientes controles de acuerdo con los riesgos LAFT según proceso:

- La Dirección de contratación, debe solicitar dentro los requisitos el diligenciamiento del Formulario único de conocimiento de persona naturales y Jurídica SARLAFT.

- El profesional de desarrollo financiera asignado debe realizar el reporte de operaciones sospechosas y operaciones en efectivo ante la UIAF, previamente se solicita información al área de tesorería y posterior se realiza el reporte en el aplicativo, en caso de que se generen operaciones sospechosas se reportara al oficial de cumplimento.

- La Dirección de Gestión del talento Humano debe solicitar y verificar el diligenciamiento del formato único de SARLAFT al personal que se vincula a la planta de personal de la subred sur. En caso de encontrarse alguna coincidencia escalar la información a gestión de riesgos.

- La Dirección de Gestión Financiera realiza Seguimiento al respectivo diligenciamiento del formulario de la circular 009 de 2016 (formulario de pagos) en los tiempos establecidos.

La metodología de tratamiento de los riesgos (control) que se recomienda es la contenida en el numeral 3.6 de la Norma Técnica Colombiana NTC 5254 de ICONTEC.

RECOMENDACIONES:

Elaborar la matriz de riesgos, tener en cuenta, pero no limitarse a:

- Descripción de los riesgos identificados, junto con sus respectivas causas y el impacto de su materialización.

- La relación existente entre los riesgos identificados y cada uno de los segmentos de los factores de riesgo en los que se podrían materializar los mismos.

- La relación existente entre los riesgos identificados y cada uno de los riesgos asociados.

- Las mediciones de probabilidad e impactos, tanto inherentes como residuales, para cada uno de los riesgos identificados y a nivel consolidado.

- Los controles que mitigan cada uno de los riesgos identificados, junto con las variables consideradas para la medición de su efectividad.

- Indicadores que permitan efectuar permanente seguimiento al perfil de riesgo de LA/FT y proliferación de armas de destrucción masivas, de la entidad."

ESTIMAR EL NIVEL DE RIESGO CONTROLADO: El Nivel de riesgo inherente afectado por la eficacia del control(es) identificado(s) se denomina Nivel de Riesgo Controlado.

Se debe tener en cuenta la fórmula:

Nivel de riesgo controlado = Nivel de riesgo inherente - Eficacia de controles

Para calcular el nivel de riesgo controlado se tiene en cuenta el nivel de riesgo inherente y el resultado de la eficacia de los controles.

D) MONITOREO Y SEGUIMIENTO: Semestralmente, el Oficial Cumplimiento presenta un informe a la Gerencia y sus resultados son socializados a la Junta Directiva, sobre lo que se evidenció su ejecución en Acta N° 19 del 26 de agosto de 2022 de Junta Directiva.

OBSERVACIONES: El seguimiento y comparación del riesgo inherente y residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados se realiza mediante la matriz de riesgos, en la misma, se establecen indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien potenciales fuentes de riesgo de LA/FT; además, se debe establecer una meta para cada indicador. Actividad que no se encontró definida en la matriz de riesgos vigencia 2022.

RECOMENDACIONES:

Es necesario monitorear los riesgos, la efectividad del plan de tratamiento de los riesgos y el sistema de administración que se establece para controlar la implementación. Es decir, que a partir de la segmentación se deberán adelantar las acciones pertinentes para adelantar un monitoreo periódico como mecanismo de autoevaluación de los controles propuestos a través de señales de alerta, indicadores de probabilidad e impacto e identificación de fallas en el sistema etc.

Actualmente se realiza un monitoreo a unas actividades puntuales relacionadas con la adherencia al procedimiento de conocimiento de terceros, especialmente a lo relacionado con las consultas en las listas restrictivas. El monitoreo integral al sistema iniciará cuando se cuente con la Metodología de Gestión de Riesgos LAFT, la Metodología de Segmentación y la Versión actualizada de Manual Sarlaft, previa aprobación de la Junta Directiva y socializados con todas las Áreas.

1.2 ELEMENTOS DEL SARLAFT

1.2.1 POLÍTICAS

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa N° 00009 de 2016 "Por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT)", la Subred Sur desarrolló el Manual del Sistema de Administración del Riesgo Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (Código DE-PLA-01 V1)

OBSERVACIONES: La Entidad cuenta con la descripción de políticas generales adoptadas en su Manual de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo las cuales impulsan la cultura de administración de riesgos.

Sin embargo, se deberá actualizar en lo relativo a la reserva de la información comunicada a la Unidad de información y Análisis Financiero, la definición de los factores de riesgo en la Subred, conflicto de intereses, asignación de roles y responsabilidades, sanciones por incumplimiento, vinculación de personas de mayor riesgo etc.

1.2.2 PROCEDIMIENTOS

Para la adecuada implementación y funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT, así como la adopción de controles que permitan reducir y detectar posibles operaciones sospechosas, la Subred Sur ha establecido los siguientes Procedimientos y formatos:

- Manual del Sistema de Administración del Riesgo Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo Subred Sur E.S.E.
- La política del Sistema Gestión de Riesgos.
- Procedimiento SARLAFT.
- Reportes ante la Unidad de Información y Análisis Financiero.
- Formato para el conocimiento del cliente o contrapartida, los cuales están publicados en la intranet.

Procedimiento de Conocimiento del Cliente, Contratistas y Proveedores El conocimiento del cliente o contraparte se inicia con el adecuado diligenciamiento de los PM-GRI-FT 06 Formato para el conocimiento del cliente o contraparte - persona jurídica y Persona Natural DI -GRI-FT-07 V1 Formato para el conocimiento del cliente o contraparte - persona natural, según sea el caso, ya sea de manera física o virtual, con el cumplimiento de los requisitos de información y documentación definidos por la Subred para cada uno de los procesos que adelante.

OBSERVACIONES: En la revisión efectuada a estos procedimientos, se observa que de conformidad con los lineamientos establecidos en el numeral 5.2.2.2.1 de la Circular 0009 de 2016, no se incluyó en estos, la identificación de las situaciones que le generen riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., y es función del Oficial de Cumplimiento, elaborar una relación de dichas situaciones y dejar documentado el análisis de cada una, y de esta manera implementar los controles que sean necesarios. Respecto al procedimiento de Monitoreo al SARLAFT, se debe tener en cuenta que aún no se lleva a cabo este seguimiento en la etapa de seguimiento y monitoreo, ya la Subred Sur se encuentra en etapa de implementación de SARLAFT.

RECOMENDACIONES:

Estas situaciones de riesgo deben identificarse al momento de la realización de las matrices de riesgo por proceso. Se trata de un primer paso técnico-operativo para concluir con una matriz de riesgo que permita la gestión de los riesgos, en este caso Riesgos LA/TF y asociados, por parte de los responsables designados. Técnicamente, una vez identificadas las situaciones de riesgo, mediante metodologías especializadas se empiezan a agrupar en Riesgos, los cuales deben ser narrados de la forma más amplia y general posible, para contener varias situaciones o causas de situaciones en un sólo riesgo, a fin de lograr controles eficientes, no repetitivos y fáciles de aplicar y de monitorear.

Implementar las metodologías para la detección de operaciones inusuales y sospechosas, y el oportuno y eficiente reporte de éstas últimas a las autoridades competentes.

1.2.3 DOCUMENTACION

Dentro de la documentación requerida en el SARLAFT, se adicionan los siguientes:

- Las políticas para la administración del riesgo de LA/FT.
- Las metodologías para la segmentación, identificación, medición y control del riesgo de LA/FT.
- La estructura organizacional que garantice el desarrollo del SARLAFT.
- Los roles y responsabilidades de quienes participan en la administración del riesgo de LA/FT.
- Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas del SARLAFT.
- Los procedimientos para identificar, medir, controlar y monitorear el riesgo de LA/FT.
- Los procedimientos de control interno y revisión del SARLAFT.
- Las estrategias de capacitación y divulgación del SARLAFT.
- Los procesos y procedimientos establecidos en el numeral 5.2.2 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

1.2.4 ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL

OBSERVACIÓN: En el manual SARLAFT aprobado por la entidad no se evidencia la definición de los roles, funciones y responsabilidades de todos los actores y encargados del proceso con funciones de prevención y/o detección de lavado de activos.

RECOMENDACIONES: Se deben formalizar roles, funciones y responsabilidades frente a cada uno de los actores que intervienen en la administración del sistema. Los actores principales a los cuales se les deben definir dichos hitos son: Oficial del Cumplimiento (titular y suplente), Junta Directiva, Representante Legal y encargados de proceso con asignación de funciones de prevención y/o detección LA/FT.

1.2.5 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA:

El numeral 7 de la Circular Externa 00009 de 2016 (modificado por el numeral 5.1.10 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021) establece: Las entidades deben disponer y utilizar la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del SARLAFT, los cuales deben generar informes confiables inmodificables y que garanticen la consulta permanente sobre dicha labor y contar con un soporte tecnológico acorde con sus actividades, operaciones, riesgos asociados y tamaño.

Cuando no se cuente con dicha infraestructura, debe establecer un plan de acción para cubrir esta falencia en el menor tiempo posible. Las entidades deben propender porque sus sistemas cuenten con las siguientes características:

- Contar con la posibilidad de captura y actualización periódica de la información de los distintos factores de riesgo, garantizando que la estructura de datos definida para la captura de la información de los mismos contemple la totalidad de los campos necesarios para la adecuada administración del riesgo LA/FT.

- Consolidar las operaciones de los distintos factores de riesgo, de acuerdo con los criterios establecidos por la entidad.

- Generar en forma automática los reportes internos y externos, distintos de los relativos a operaciones sospechosas, sin perjuicio de que todos los reportes a la UIAF sean enviados en forma electrónica.

Adicionalmente, deben contar con procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, además de contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.

En cuanto a tecnología y sistemas de información, la Subred Sur cuenta con la posibilidad de actualizar mensualmente la información a través del aplicativo de la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF y mensualmente, el Oficial de Cumplimiento presenta reportes de la información obtenida a la Junta Directiva.

OBSERVACIÓN: En el momento de la Auditoria no fue posible evidenciar el soporte tecnológico o herramienta web para perfilar el nivel de riesgo de: clientes, proveedores y contratistas y trabajadores en cumplimiento de las características enunciadas en la norma, así como tampoco el plan de acción cuando no se cuenta con dicha infraestructura.

1.2.6 DIVULGACION DE LA INFORMACIÓN

Se encuentra en la Intranet el Manual de procedimientos para el SARLAFT, la Política de Administración del riesgo y el procedimiento administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT) DI -GRI-PR-01 V1.

En la página se evidencia un botón automatizado que incluye las generalidades del SARLAFT mediante una presentación.

1.2.7 CAPACITACIÓN

Los programas de capacitación construidos alrededor del SARLAFT deberán estar dirigidos a todos los colaboradores de entidad y a terceros, cuando se considere pertinente y procedente. En las inducciones y reinducciones realizadas en la E.S.E. a los servidores públicos y contratistas se presentan las políticas de la entidad en las que se incluye las políticas SARLAFT y de gestión de riesgo.

OBSERVACIONES: Para el periodo evaluado no fue posible determinar la realización de las capacitaciones, las cuales se encuentran establecidas en el plan institucional de capacitación 2022 para todos los meses. Agendar las capacitaciones para poder soportar la asistencia de los colaboradores que intervienen en el proceso y medir la adherencia del conocimiento como lo indica el Acuerdo 22 de 2016.

Se evidencian capacitación por parte de los proveedores RISK CONSULTING a la Junta Directiva (Junta Directiva No. 31 del mes Diciembre de 2022) sobre generalidades SARLAFT y demás temas relacionados.

RECOMENDACIÓN: Agendar las capacitaciones para poder soportar la asistencia de los colaboradores que intervienen en el proceso y medir la adherencia del conocimiento como lo indica el Acuerdo 22 de 2016.

1.2.8 REPORTES UIAF

PERIODO 2022	REPORTE DE PROCEDIMIENTOS	REPORTE DE PROVEEDORES	REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS	TIPO DE REPORTE
JUNIO	8/07/2022	8/07/2022	8/07/2022	NEGATIVO
JULIO	5/08/2022	5/08/2022	5/08/2022	NEGATIVO
AGOSTO	2/09/2022	2/09/2022	2/09/2022	NEGATIVO
SEPTIEMBRE	3/10/2022	3/10/2022	3/10/2022	NEGATIVO
OCTUBRE	8/11/2022	8/11/2022	8/11/2022	NEGATIVO
NOVIEMBRE	5/12/2022	5/12/2022	5/12/2022	NEGATIVO
DICIEMBRE	6/01/2023	6/01/2023	6/01/2023	NEGATIVO

Al respecto, se observó Certificado de reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF con número de radicación del 06 de Enero de 2022 de la Subred Sur correspondiente al periodo Diciembre de 2022, tipo de reporte negativo, estado exitoso.

Al respecto, se observó que esta información fue reportada mensualmente durante el periodo comprendido entre Junio y Diciembre de 2022 y no se evidenció materialización del riesgo por operaciones inusuales o sospechosas.

Los soportes de la operación reportada se debe organizar y conservar como mínimo por cinco (5) años, dado que pueden ser solicitados por las autoridades competentes.

1.3 CONTRATO 6153 DE 2022

Referente a las observaciones y recomendaciones del informe de Auditoría Jurídica de Sarlaft adelantado por la Revisoría Fiscal en el mes de Agosto de 2022, y con el fin de actualizar el Sistema SARLAFT, en el marco de la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021 expedida por la Supersalud, la Subred Sur suscribió el contrato de Prestación de Servicios: 6153 de 2022 con el Proveedor RISK CONSULTING COLOMBIA S.A.S.

Dentro de las obligaciones del contratista se contempló la entrega de los siguientes productos, según los parámetros establecidos en la Circular 055 de 2021:

- Las políticas, manuales, procesos y procedimientos para la actualización de SARLAFT y FPADM.

- Los procesos, procedimientos y formatos para realizar la segmentación de riesgos asociados a SARLAFT Y FPADM

- Matrices de segmentación en formato Excel para que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. continúe de forma autónoma con este proceso.

- Material de capacitación virtual para los procesos de inducción y reinducción del personal, que deberá ser entregado para uso y divulgación por parte de la Subred.

- Validación de la implementación.

OBSERVACIONES: De acuerdo con el seguimiento efectuado al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo-SARLAFT, se presentan debilidades, las cuales se no fueron superadas al culminar la etapa de ejecución del contrato No. 6153-2022 que tiene por objeto: "Brindar asesoría y acompañamiento especializado para evaluar, planificar y actualizar los procesos y procedimientos asociados a los sistemas de gestión LAFT y antisoborno a saber, matriz de riesgos, matriz de segmentación, manuales, políticas y procedimientos asociados a subred que permita con una gestión del sistema de riesgos LA/FT y antisoborno eficiente y fácilmente ejecutable". Debido a que los productos que deberá entregar el Contratista son el insumo para la consecución de resultados óptimos para cada etapa de SARLAFT, en los términos indicados en la Circular 0055 de 2021 y que no han sido posibles materializar por cuanto aún no se encuentra aprobada la etapa documental.

En la plataforma SECOP II no se evidencia la publicación de los informes de ejecución, del contrato que a la fecha se encuentra terminado en su totalidad.

RECOMENDACIÓN: De acuerdo con la designación de Supervisión al Oficial de Cumplimiento del contrato 6153/2022, realizar la Supervisión técnica, administrativa, financiera y jurídica dejando constancia de los entregables en los informes de supervisión que deben cargarse en la plataforma SECOP II en aras de dar cumplimiento al Manual de Supervisión e Interventoría recordando que el supervisor o interventor responden civil, fiscal, penal y disciplinariamente, en los términos de la Ley 80 de 1993, la Ley 734 de 2002, el Código Penal y la Ley 1474 de 2011.

CONCLUSIONES

- De acuerdo con el seguimiento efectuado al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo- SARLAFT, se observan avances en su implementación, sin perjuicio de lo anterior, se anota que subsiste el riesgo de ser objeto de sanciones por parte de la Superintendencia de Nacional de Salud, en tanto se logre consolidar la aprobación de la nueva versión del Manual SARLAFT en el cual se incorpora la Metodología de Gestión de Riesgos LA/FT y la Metodología de segmentación y se apruebe la actualización de la matriz de riesgos.

- Se presentan debilidades en las etapas de implementación SARLAFT (la identificación del riesgo, evaluación, controles, en el oportuno seguimiento y monitoreo.

- Respecto a los reportes que la Entidad realiza a la UIAF no se evidencia debilidad, puesto que se presentan en el plazo estipulado en la Ley.

- De igual manera, se recoge lo manifestado por el Oficial del Cumplimiento respecto de la necesidad de aprobar la etapa documental para su posterior ejecución de acuerdo con lo establecido en la norma.

RECOMENDACIONES

- Consolidar las actuaciones subsiguientes que permitan la consolidación, presentación y aprobación de la nueva versión del Manual SARLAFT en el cual se incorpora la Metodología de Gestión de Riesgos LA/FT y la Metodología de segmentación.

- Documentar las modificaciones que se lleven a cabo a los procedimientos de la Subred Sur y ajustándolos a los requerimientos del SARLAFT.

- Actualizar la matriz de riesgos y la herramienta tecnológica para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas.

- Realizar la capacitación relacionada con SARLAFT a los funcionarios y contratistas de la Subred Sur.

- Tener en cuenta las instrucciones impartidas en la Circular 009 de 2016 y 055 de 2021, emitidas por la SNS.

2. AUDITORÍA ADMINISTRATIVA (GESTIÓN DOCUMENTAL)

PLAN DE AUDITORÍA	**AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022**
PARTICIPANTES	**AUDITORES: Dra. Wendy Ropaín**
	REVISOR FISCAL - Pedro Barreto
FUNCIONARIOS AUDITADOS EN LA SUBRED	**Ing. Edna Blanco García / Profesional Especializado - Referente Gestión Documental Subred Sur**

INTRODUCCIÓN

En esta auditoría se revisó de manera concurrente la gestión del proceso de Gestión Documental para validar el desarrollo de las actividades y el soporte que brinda a la Entidad.

Lo anterior, para brindar apoyo a la Gerencia de la Subred Sur de Servicios de Salud sobre la gestión del proceso, el desempeño del mismo basado en la detección de oportunidades de mejora y el mantenimiento de las fortalezas identificadas. Esta base de información debe permitir articular el concepto administrativo sobre el desempeño de la Entidad, su alineación con los objetivos estratégicos y una entrada de información para la toma de decisiones.

METODOLOGÍA

Para la ejecución de la auditoría administrativa se implementó una metodología de entrevistas con los funcionarios y contratistas, observación de las actividades ejecutadas y revisión de los documentos asociados a los procesos con participación de los responsables.

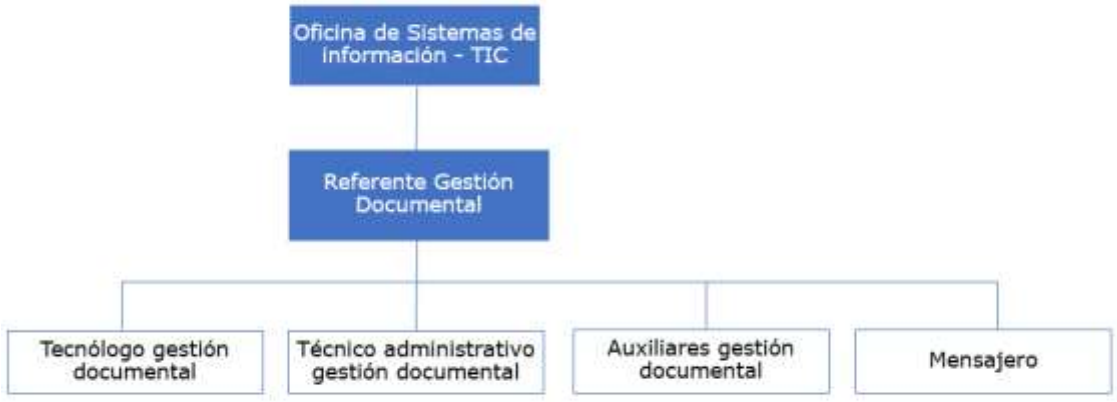
La evaluación de la concurrencia se validó mediante entrevistas, observación, análisis de la documentación y registros asociados.

Así mismo se tuvo en cuenta el siguiente marco de referencia:

- Resolución 887 de 2019
- Ley 594 de 2000
- Decreto 2609 2012 y demás normatividad asociada.
- Manuales y procedimientos establecidos por la Subred sur asociados al proceso de Gestión Documental.

2.1 RESPONSABLE, ORGANIGRAMA GESTIÓN DOCUMENTAL: En la estructura organizacional de la Subred Sur, el proceso de Gestión Documental se encuentra junto a la Oficina de Sistemas de Información TIC y se encuentra liderado por el Profesional especializado designado como Referente de Gestión Documental. Para el proceso se encuentran definidos los siguientes subprocesos: Archivo Central, Ventanilla Única de Correspondencia, Ventanilla entrega de Historias Clínicas y el Archivo de Gestión.

La conformación de la estructura del área según los tipos de perfiles es la siguiente:



La distribución de los perfiles asociados al proceso se encuentra discriminado de la siguiente manera:

PERFIL	CANTIDAD
OPS	**38**
AUXILIAR GESTION DOCUMENTAL	24
MENSAJERO CON MOTO	7
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V	1
TECNICO ADMINISTRATIVO I	4
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO I	2
PLANTA PROVISIONAL	**7**
AUXILIAR	6
TECNICO	1
Total general	**45**

Adicionalmente, bajo la administración del proceso y reportando actividades a la referente de Gestión Documental, desde el año 2022 se encuentra el personal vinculado por prestación de servicios a través del convenio 15 de 2021; cuyo objeto es aunar esfuerzos técnicos, financieros y administrativos para la implementación del sistema de gestión documental en las diferentes subredes del Distrito.

Los perfiles que se encuentran bajo el convenio en mención en su mayoría corresponden a auxiliares de gestión documental y tecnólogos, discriminados así:

PERFIL	CANTIDAD
AUXILIAR GESTION DOCUMENTAL	19
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO	3
Total general	**22**

Frente a la revisión de la concurrencia del proceso en lo que respecta al talento humano y al personal vinculado a través de prestación de servicios, no se han presentado/reportado situaciones representativas que comprometan la ejecución del proceso.

2.2 OBJETIVO DEL PROCESO

Acorde con la definición del proceso y según lo establecido en la caracterización del mismo, se encuentra como objetivo principal el siguiente:

Planear, organizar y controlar el manejo de la documentación e información física y electrónica producida y recibida en virtud de las funciones desarrolladas en la Subred Integrada de Servicios de salud Sur ESE, implementando las pautas, estándares, metodologías, procedimientos, para la creación, uso, mantenimiento, retención, acceso, disponibilidad para la consulta, preservación y conservación de la información, facilitando de esta manera la utilización y ubicación de la información para garantizar la protección del patrimonio documental de la entidad en cumplimiento de la normatividad archivística vigente.

2.3 SUBPROCESOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Acorde a lo descrito en el numeral 2.1., como componente integral del proceso de Gestión Documental, se encuentran relacionados los siguientes Subprocesos:

- Archivo central
- Archivo de gestión
- Correspondencia
- Entrega de historias clínicas

Para la ejecución de estos subprocesos, se cuentan con los respectivos procedimientos, instructivos, guías y formatos como registros de la ejecución de las actividades definidas en cada uno de ellos; los procedimientos asociados entre otra documentación asociada, son los siguientes:

- GD-ADA-PL-01 V7 PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS PINAR.
- GD-ADA-PP-01 V4 GESTION DOCUMENTAL PGD.
- GD-ADA-GES-PR-01 V4 TRAMITE DE ENTREGA COPIA HISTORIA CLINICA.
- GD-ADA-GES-PR-02 V3 VENTANILLA.
- GD-ADA-PR-01 V8 MANEJO HISTORIAS CLINICAS.
- GI-GDO-PR-03 V2 RECONSTRUCCION DOCUMENTAL.
- GI-GDO-PR-04 V3 DISPOSICION FINAL DE DOCUMENTOS.
- GI-GDO-PR-05 V2 TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS.
- GI-GDO-PR-07 V2 CONSULTA Y PRESTAMOS DE DOCUMENTOS.
- GI-GDO-PR-09 V1 MANEJO DOCUMENTACION CON POSIBLE DETERIORO BIOLOGICO.
- GI-GDO-PR-10 V1 ELABORACION TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL.
- GD-ADA-GES-IN-01 V5 ORGANIZACIÓN ARCHIVOS DE GESTION.
- GI-GDO-INS-02 V1 REGLAMENTO DE ARCHIVO.
- GD-ADA-GES-OD-01 V1 BANCO TERMINOLOGICO.
- GD-ADA-OD-01 V1 SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACION.
- GI-GDO-OD-01 V1 MODELO DE REQUISITOS ELECTRONICOS DE ARCHIVO.
- GI-GDO-OD-02 V1 TABLA DE CONTROL DE ACCESO.
- GD-ADA-FT-04 V2 INDICE DE INFORMACION CLASIFICADA Y RESERVADA SUBRED SUR 2022.

El detalle de la revisión concurrente de la implementación de los procedimientos se encuentra registrado en el informe de Control Interno del presente periodo, por parte de esta Revisoría Fiscal.

2.4 ESTRATEGIAS, PLANES O PROYECTOS EN CURSO O POR EJECUTAR.

Dentro de los planes en proceso de ejecución y con avances en el fortalecimiento de la gestión documental de la Subred Sur, se encontró como principal y base de implementación el Plan Institucional de archivo, (PINAR) para la vigencia 2022. Así mismo también se ejecuta el Convenio 015 de 2021.

2.4.1 PINAR: Para el desarrollo del Plan Institucional de Archivo de la Entidad – PINAR, se toman como punto de partida los riesgos identificados y debidamente evaluados por el Sistema Integral de Administración del Riego para la Gestión Documental institucional, adicional se tomaron las necesidades que se identificaron en el diagnóstico integral de archivo y las actividades señaladas como oportunidades de mejora según visitas de seguimiento del Archivo Distrital.

La ejecución del Plan Institucional de Archivo - PINAR ha permitido fortalecer prácticas para preservar el Patrimonio Documental Institucional, a través de estrategias que permiten consolidar las capacidades para el adecuado manejo y tratamiento de los archivos.

2.4.2 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 015 DE 2021: Con el fin de garantizar contar con un adecuado flujo de información se ha gestionado el enfoque de gestión documental para facilitar la operación de la entidad, el desarrollo de la política de Gestión Documental y el cumplimiento de sus lineamientos; se desarrolla con la ejecución del PINAR donde se ejecutan los planes de trabajo identificados en el Diagnóstico integral de archivos realizado a partir de la fusión de las entidades de la Subred Sur. Esto se genera en el marco del convenio liderado por el Fondo Financiero Distrital de Salud y cobija a las demás Subredes Integradas de Salud del Distrito.

Para la vigencia 2022 se logra validar la ejecución de los planes de trabajo definidos en el PINAR para el mantenimiento de los instrumentos aprobados y convalidados en las vigencias anteriores, el avance del plan de trabajo en inventarios es la herramienta que permite la proyección de la elaboración del instrumento archivístico TVD (tablas de valoración documental) y la implementación de los programas definidos en el SIC – Sistema Integrado de Conservación.

2.4.3 SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN (SIC): Este instrumento lo implementa la Subred Sur como una herramienta técnica para la implementación de medidas encaminadas a lograr la preservación de la memoria institucional en el corto, mediano y largo plazo; tomando como base la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos), el Decreto 1080 de 2015 y el Acuerdo 006 de 2014 del Archivo General de la Nación (AGN), además de tener en cuenta las directrices derivadas de la Política de Gestión Documental y PGD (Programa de Gestión Documental).

En la validación de las concurrencia de la auditoria al proceso, se logró evidenciar el desarrollo del Programa de Capacitación y sensibilización en organización documental, de forma transversal para toda la entidad; conforme así mismo con las diferentes iniciativas que propenden por el adecuado manejo, administración y custodia de la gestión documental como el Programa de monitoreo y control de Condiciones Ambientales se registra mediante el monitoreo en las planillas de la temperatura EA-TER-FT-04-V1 y humedad EA-TER-FT-02-V1.

Así mismo dentro del SIC, en lo relacionado a preservación digital, desde la oficina de sistemas de información TIC a través del gestor documental de la entidad se verifica y controla la autenticidad de la información que se va a conservar. Las versiones en los documentos electrónicos son cambios o modificaciones que se han realizado a un documento, cada versión se debe preservar como parte del expediente electrónico que refleja un trámite, y en lo posible debe manejarse una homogeneidad en los formatos de los documentos digitales (Orfeo y dinámica) para los procesos y actividades de producción, recepción y conversión, el formato recomendado es el pdf.

OBSERVACIÓN 1: A pesar de las diferentes capacitaciones realizadas por parte del proceso gestión documental y de las cuales se cuentan con los registros de asistencia de un porcentaje significativo de la población objetivo, aún se presentan desviaciones, específicamente por parte de los funcionarios y contratistas de los procesos asistenciales de la entidad teniendo en cuenta 2 aspectos, fundamentalmente derivados de falta de adherencia a los procesos de los cuales se ha recibido el entrenamiento y por la disponibilidad de los sistemas de información. Es importante mencionar que acorde con los informes de auditoría de sistemas, la auditoría administrativa y los conceptos emitidos por esta Revisoría Fiscal; es fundamental considerar que se tomen acciones desde el nivel directivo de la entidad frente a la disponibilidad y acceso a los sistemas de información como es el caso de Orfeo y Dinámica Gerencial, a fin de evitar reprocesos para la adecuada gestión del archivo de la entidad y en especial en el adecuado registro y conservación de la historia clínica de los pacientes.

2.4 INDICADORES Y METAS DEL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

En el marco del desarrollo del Plan Institucional de Archivo (PINAR) se desarrollan los planes de trabajo para la vigencia 2022 clasificados en 6 estrategias con 8 actividades; las estrategias se resumen de la siguiente manera:

- **ESTRATEGIA 1:** Implementación de tablas de retención documental.

Meta	Lograr el 90% de la implementación de las tablas de retención documental en las 21 oficinas de la Subred Sur en cuanto a la organización de los archivos físicos de la entidad.
Alcance	21 oficinas de la estructura organizacional de la entidad Subred Sur
Responsable del plan	Líder gestión documental. Jefe Oficina de Sistemas de Información TIC
Indicador	**Indicadores de apoyo:** • Número de capacitaciones realizadas /capacitaciones programadas • Número de colaboradores capacitados con conocimiento de la política mayor a 80%/colaboradores capacitados • No. de oficinas con implementación de TRD en documento físico (lista de chequeo) / No. de oficinas programados

- **ESTRATEGIA 2:** Elaboración de Tablas de valoración documental.

Meta	Presentar las Tablas de valoración documental al Archivo Distrital
Alcance	Abarcando la metodología para la elaboración hasta la presentación ante el ente regulador. Vigencia 2022 Vista hermosa y Usme Vigencia 2023 Tunjuelito
Responsable del plan	Líder gestión documental. Jefe Oficina de Sistemas de Información TIC
Indicador	Vigencia 2022 tablas de valoración documental Vista hermosa y Usme Vigencia 2023 tablas de valoración documental Tunjuelito

- **ESTRATEGIA 3:** Implementación del gestor documental Orfeo

Meta	Lograr la implementación del aplicativo Orfeo .
Alcance	Lineamientos para uso de documento electrónico en la Subred Sur.
Responsable del plan	Líder gestión documental. Jefe Oficina de Sistemas de Información TIC
Indicador	Medición y uso del aplicativo Orfeo Número total de proceso institucional con implementación de Orfeo en el periodo / total de procesos institucionales programados en el mismo periodo (lista de chequeo)

- **ESTRATEGIA 4:** Inventarios de fondo acumulado y archivos de gestión de historia clínica como insumo para tabla de valoración documental.

Meta	Inventario de historias clínicas al 100%
Alcance	Inventarios documentales Vigencia 2022 Vista hermosa, Usme y Tunjuelito
Responsable del plan	Líder gestión documental. Auxiliar gestión documental
Indicador	No. Actividades realizadas / No. Actividades que se planeen

- **ESTRATEGIA 5:** Actualización y medición de Sistema de Conservación y Plan de preservación a largo plazo.

Meta	Lograr implementar los programas definidos en el SIC sistema integrado de conservación
Alcance	Actualizar y medir el desempeño de los programas definidos en el sistema integrado de conservación
Responsable del plan	Líder gestión documental. Jefe Oficina de Sistemas de Información TIC
Indicador	No. Programas gestionados / No. Programas planteados en el sic

- **ESTRATEGIA 6** Seguimiento al Proyecto Implementación SGDEA expedientes electrónico y firma electrónica.

Meta	Integrar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo
Alcance	Abarcando la metodología para la elaboración del sistema de Gestión de Gestión de Documento de Documentos Electrónicos de Archivo
Responsable del plan	Jefe Oficina de Sistemas de Información TIC Líder gestión documental.
Indicador	No. Actividades realizadas / No. Actividades programadas

OBSERVACIÓN 2: Respecto a las actividades asociadas a la estrategia 3 relacionada con el número total de proceso institucional con implementación de Orfeo en el periodo acorde con la revisión de los resultados del POA, se puede identificar que existe una desviación importante frente al cumplimiento del indicador en el segundo y tercer trimestre del 2022. En relación de un trimestre a otro disminuyó del 65% al 47% al trimestre 3 de dicha vigencia. Lo cual evidencia que el 53% de los documentos gestionados a nivel de la entidad, no se encuentran debidamente registrados en el aplicativo Orfeo, generando riesgos importantes en el manejo de los documentos generados por la Subred Sur y el tratamiento pertinente que cada registro requiere. Por lo anterior, se requiere desde el nivel directivo de la entidad un apoyo participativo para que los procesos de la entidad puedan adherirse a los procesos establecidos por Gestión Documental en el marco del cumplimiento normativo y como resultado de los distintos procesos de capacitación.

2.5 FORTALEZAS:

- Se resalta la organización del proceso desde el jefe Referente y en general de todo el personal de Gestión Documental, pues las actividades están debidamente asignadas y monitoreadas con el apoyo de los tecnólogos y técnicos del área.

- Los procesos propios de la gestión documental se encuentran controlados por diferentes procedimientos y se evidencia el cumplimiento de las actividades inherentes que dependen de la gestión del equipo.

- La disposición frente al proceso de auditoría, denotando apertura y recepción a los comentarios de Revisoría Fiscal, en aras de mejorar continuamente el proceso.

2.6 HALLAZGOS: Acorde con lo indicado en el desarrollo de la auditoría y considerando las observaciones 1 y 2, se requiere; Reforzar y fortalecer a nivel transversal los lineamientos establecidos por el proceso de Gestión Documental con el apoyo del nivel directivo de la entidad, para que se brinde estricto cumplimiento a la adherencia a los procedimientos especialmente en lo relacionado con el registro en las Historias Clínicas y en la documentación recibida, producida y gestionada por la Entidad.

CONCLUSIONES

En lo concerniente a la concurrencia de la evaluación de la comprensión y aceptación los procesos de gestión documental, y que permiten brindar un soporte técnico legal y de preservación de los registros relacionados a la producción, recepción, tramitación y preservación de los documentos recibidos y generados por la Entidad, según las observaciones establecidas es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- A nivel directivo se debe reforzar la transversalidad en la adopción de los lineamientos del proceso de gestión documental, en aras de proteger a la Entidad frente a potenciales procesos de tipo Jurídico y/o Administrativos que se puedan generar; así como potenciales incumplimientos frente a las Leyes y Decretos en materia de gestión documental de las Entidades Públicas.

- Finalmente, bajo los procedimientos definidos por el área de Gestión Documental, se puede evidenciar que se identifican desviaciones que están asociadas al control y cumplimiento de las demás áreas de la entidad, por lo cual se recomienda realizar los escalamientos a nivel directivo y definir acciones concretas para alinear a los responsables de proceso en el registro y conservación de la información en los sistemas correspondientes.

RECOMENDACIONES

- Definir acciones concretas frente al cumplimiento de los lineamientos de gestión documental, para que tengan un impacto transversal en la Entidad y se refleje en el indicador e implementación de la estrategia encaminada al 100% de la implementación del aplicativo gestor documental.

- Revisar la viabilidad de establecer medidas que permitan incentivar el cumplimiento del proceso, de forma preventiva o correctiva tanto para funcionarios de la Entidad como para el personal vinculado a través de prestación de servicios, a fin de garantizar el cumplimiento de las políticas y objetivos de gestión documental establecidos por la Entidad.

3. AUDITORÍA CONTROL INTERNO (ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS)

PLAN DE AUDITORÍA	**AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022**
PARTICIPANTES	**AUDITORES: Dra. Wendy Ropaín**
	REVISOR FISCAL - Pedro Barreto
FUNCIONARIOS AUDITADOS EN LA SUBRED	**Dr. Luis Chaparro / Profesional Especializado Bienes y Servicios** **Dra. Diana Núñez / Profesional Universitario** **Ing. Edna Blanco / García Profesional Especializado - Referente Gestión Documental Subred Sur**

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo establecido en el contrato 6251 de 2022 cuyo objeto está relacionado con la ejecución de las actividades de la Revisoría fiscal, a fin de mantener la verificación de los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y sistemas de información de la entidad, así como velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la entidad y recomendar los ajustes necesarios.

Así mismo, como apoyo a la Oficina de Control Interno, se presenta informe sobre la implementación del control interno; actuando como parte de las líneas de defensa dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, la auditoría al proceso de Adquisición de Bienes y servicios por medio de la evaluación de la gestión del proceso y sus controles, con el fin de proponer recomendaciones que fortalezcan el Control Interno de la entidad.

Para el análisis y evaluación de la aplicación e implementación por la administración de acuerdo con la normatividad vigente en la revisión de los procesos administrativos y financieros se tiene en cuenta los procedimientos planteados por el área de Adquisición de bienes y servicios acorde a los normalizados en conjunto con la Oficina de Calidad.

METODOLOGÍA

Para la ejecución de la auditoria de gestión se implementó una metodología de entrevistas con los funcionarios y contratistas, observación de las actividades ejecutadas y revisión de los documentos asociados a los procesos con participación de los responsables.

La evaluación de la concurrencia se validó mediante entrevistas, observación, análisis de la documentación y registros asociados.

Así mismo se tuvo en cuenta el siguiente marco de referencia:

- Resolución 887 de 2019.

- Manual de Contratación Subred Sur.
- Manuales y procedimientos establecidos por la Subred Sur asociados a los procesos de Contratación y Adquisiciones de Bienes y Servicios.
- Manual de Control Interno.
- Manual de Supervisión e Interventoría.
- Ley 594 de 2000
- Decreto 2609 2012 y demás normatividad asociada.

3.1 PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN Y ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS

3.1.1 MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CONTRATACIÓN RESOLUCIÓN 702 DE 2022	CO-CBS-MA-01 V3

Componente administrativo: para llevar a cabo un proceso de contratación se debe contar con la documentación que soporta la publicación del mismo en el portal del SECOP II y en adelante la debida diligencia de la contratación. Dicha documentación consta de: estudios previos, aviso de la convocatoria, pliegos de condiciones o la invitación, las adendas, la oferta, el informe de evaluación y el contrato.

Componente financiero: Cada contrato de bienes y servicios debe estar soportado por el correspondiente Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) y el Registro de Compromiso Presupuestal o RCP, documento mediante el cual se compromete la destinación de los recursos para la ejecución del contrato a celebrar entre el proveedor/contratista del bien o servicio según corresponda. A través de este soporte el área Financiera de la Subred sur registra los recursos comprometidos en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF. Adicional a esta actividad, una vez finalizado el contrato en cuestión se ejecuta el proceso de liquidación financiera del mismo.

El Manual de contratación vigente de la Subred Sur, se encuentra controlado bajo código CO-CBS-MA en su versión 3 del 19 de Julio de 2022.

3.1.2 PROCEDIMIENTO ETAPA PRECONTRACTUAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	ETAPA PRECONTRACTUAL BIENES Y SERVICIOS	CO-CBS-PR-08 V4

Como punto de control definido en el procedimiento de Etapa precontractual, se encuentra el planteamiento de los estudios previos y de mercado y la definición de ejecución del cronograma para el desarrollo de las actividades establecidas en el contrato por las partes. El documento se encuentra vigente en su versión 4 del 30 de Noviembre de 2022.

3.1.3 PROCEDIMIENTO ETAPA CONTRACTUAL:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	ETAPA CONTRACTUAL BIENES Y SERVICIOS	CO-CBS-PR-09 V3

En la etapa contractual, se define como actividad relevante y de control es establecimiento de las garantías o pólizas que respaldan la debida ejecución del contrato, así como la certificación de las actividades ejecutadas según lo programado por parte del proveedor/contratista en el curdo de la vigencia de las obligaciones contractuales. El procedimiento se encuentra vigente del 18 de Diciembre de 2020 en su versión 3.

3.1.4 PROCEDIMIENTO LIQUIDACIÓN ETAPA POSTCONTRACTUAL:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	LIQUIDACIÓN ETAPA POST CONTRACTUAL	CO-CBS-PR-10 V2

El desarrollo de este momento de la ejecución contractual se considera principalmente la emisión del informe final del supervisor del contrato el cual se cuenta con tiempo mínimo de 2 meses para elaborarse una vez se finalizan las actividades y obligaciones establecidas en el objeto. Además, se requiere contar con el reporte de pagos emitidos al proveedor para solicitar al área Financiera la liquidación del contrato correspondiente.

3.2 EVALUACIÓN DE LA ACEPTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DE LOS RESPONSABLES

Para la evaluación concurrente de la implementación de los procedimientos asociados a las etapas contractuales (Precontractual, Contractual y Pos

Contractual), se revisó el detalle de las actividades que se constituyen como puntos de control en los procedimientos y los registros asociados a cada uno de los documentos mencionados y de los cuales se presentan las siguientes observaciones:

3.2.1 PROCEDIMIENTO ETAPA PRECONTRACTUAL

OBSERVACIÓN 1: El procedimiento de etapa precontractual (CO-CBS-PR-08-V4) indica que se debe citar a Comité de contratación como una de las actividades a desarrollar, sin embargo, el procedimiento no especifica cuáles son las condiciones de la contratación bajo las que se debe elevar la aprobación a la instancia antes mencionada. Es importante definir el detalle de estas especificaciones con el propósito que no se omita la revisión o concepto del comité de contratos que, por su impacto en los objetivos, monto a comprometer, entre otros factores; puedan requerir la validación del Comité.

3.2.2 PROCEDIMIENTO ETAPA CONTRACTUAL

OBSERVACIÓN 2: En el procedimiento de Etapa contractual (CO-CBS-PR-09-V3) no registra como actividad o disposición general, que se contemple el seguimiento definido en la etapa contractual el cual se realiza a través de cronograma de trabajo establecido con el proveedor previo a la ejecución del contrato. El cronograma se constituye como entrada para la certificación mensual de actividades, según la ejecución del cronograma.

Respecto a las Observaciones 1 y 2, los auditados refieren que los procedimientos se encuentran en proceso de actualización, por lo tanto, se desplegará y notificará a las áreas intervinientes, teniendo en cuenta que ambas actividades asociadas a las observaciones son responsabilidad de ejecutarse por parte de los supervisores de contratos, por lo cual tendrá un impacto transversal en la modificación del proceso y se tendrán en cuenta las consideraciones de este informe de Revisoría Fiscal.

3.2.3 PROCEDIMIENTO LIQUIDACIÓN ETAPA POST CONTRACTUAL

En la revisión detallada de la descripción de las actividades, controles y registros del procedimiento Liquidación Etapa Pos contractual, no se observaron hallazgos u observaciones que constituyan una oportunidad de mejora para el proceso.

3.2.4 MANUAL DE CONTRATACIÓN

Para la validación de la concurrencia frente al Manual de contratación, el componente administrativo, financiero; se seleccionó como muestra del listado suministrado por los auditados los siguientes contratos:

- Contrato 5471 de 2020 – Construcción CAPS Danubio.

- Contrato 4865 de 2022 - Adecuación Torre 1 Unidad de Servicios de Salud Meissen.

- Contrato 4342-2020 - Adecuación del CAPS Manuela Beltrán.

Dicha validación se ejecutó revisando cada uno de los soportes cargados en la plataforma SECOP I Y II, analizando la consistencia del registro, es decir que corresponda al archivo relacionado en el proceso, y la oportunidad en el cargue de la documentación, teniendo en cuenta la etapa contractual del proceso a la fecha. A continuación, los aspectos relacionados a la revisión y las respectivas observaciones.

3.3 CONTRATO 5471 DE 2020 – CONSTRUCCIÓN CAPS DANUBIO

OBSERVACIÓN 3: Respecto al contrato 5471 de 2020 para la construcción de la adecuación del CAPS Danubio, se cuenta con el CDP N° 2045 del 11 de Diciembre de 2019 por valor de $12.653.870.036, sin embargo, no se encuentra en la trazabilidad del proceso cargado en la plataforma SECOP.

En lo referente al componente administrativo, se pudo verificar que se mantiene la trazabilidad del proceso en sus diferentes etapas contractuales de cada uno de los contratos en la plataforma SECOP I y II, no obstante, están sujetos a oportunidades de mejora en cuanto a la oportunidad del cargue de la información, tal como se menciona en el *Informe de Auditoría Administrativa consolidado en el informe de Revisoría Fiscal de Noviembre.*

En lo relacionado a la etapa de liquidación – pos contractual, el contrato aún se encuentra prorrogado y en curso teniendo en cuenta las validaciones internas realizada por el supervisor designado por la subred sur, a la fecha no se ha dado la finalización, entretanto no se otorgue el cierre a conformidad de las actividades/obligaciones contractuales.

3.4 CONTRATO 4865 DE 2022 - ADECUACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN DE LA TORRE 1 DE LA USS DE MEISSEN.

En cuanto al componente administrativo, se logra verificar el cargue del respectivo Certificado de Disponibilidad Presupuestal N° 41 por valor de $11.416.058.897 millones de pesos, expedido el 2 de Enero de 2022 para el caso del contrato 4865 de 2022 sobre la adecuación y reestructuración de la Torre 1 de la USS de Meissen.

De igual manera se cuenta con los soportes de la trazabilidad del proceso cargados en la plataforma del SECOP, incluyendo los soportes asociados a la asignación de supervisor del contrato**.** Este contrato fue suscrito en el año en curso, por lo tanto, requerirá de revisiones concurrentes por parte de la auditoría Jurídica y Administrativa de la Revisoría Fiscal, para validar el curso de la ejecución del proceso contractual desde estos ámbitos.

3.5 CONTRATO 4342-2020 - ADECUACIÓN DEL CAPS MANUELA BELTRÁN

En lo que concierne a las etapas precontractuales y contractuales, se encuentra la trazabilidad del proceso en la plataforma SECOP. Se evidencia el cargue extemporáneo de las pólizas de garantías para la ejecución del contrato. Adicionalmente, el CAPS se encuentra en funcionamiento desde el mes de febrero de 2022 y a la fecha no se cuenta con la documentación oficial de la finalización del contrato.

3.5.1 FORTALEZAS:

- Se destaca el apoyo y respaldo que se observa entre las áreas de contratación de bienes y servicios y de contratación de personal por orden de prestación de servicios, a fin de engranar los procesos de contratación de forma integral.
- El interés de cada miembro del equipo de bienes y servicios por asegurar el proceso, a pesar de la limitación de recursos humanos, tecnológicos y financieros.

- La disposición frente al proceso de auditoría, denotando apertura y recepción a los comentarios de Revisoría Fiscal, en aras de mejorar continuamente el proceso.

3.5.2 HALLAZGOS:

Acorde con lo indicado en el desarrollo de la auditoría previamente se tendrán en cuenta las observaciones 1, 2 y 3 para los siguientes hallazgos:

1. Revisar y actualizar el procedimiento etapa precontractual y contractual, acorde con las actividades ejecutadas actualmente en el proceso, las áreas involucradas y la información de entrada relevante para el desarrollo de la gestión.

2. Fortalecer el control de la entrega de documentación de garantías y pólizas para la ejecución de los contratos y el oportuno cargue en la plataforma SECOP.

3.6 PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL

3.6.1 MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El proceso pretende normalizar y garantizar la elaboración, diligenciamiento, conservación, préstamo y entrega de copia, de manera eficiente las historias clínicas.

3.6.2 VENTANILLA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	VENTANILLA	GD-ADA-GES-PR-02 V3

El proceso busca garantizar la preservación e integridad de los documentos y archivos de la Subred Sur mediante la implementación de técnicas de conservación.

3.6.3 RECONSTRUCCIÓN DOCUMENTAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	RECONSTRUCCIÓN DOCUMENTAL	GI-GDO-PR-03 V2

Establece los lineamientos que permitan la identificación de pérdida documental (hurto, extravío y deterioro físico o biológico) y trámite para la reconstrucción de los mismos, por parte de las dependencias de la Subred Integridad de Servicios de Salud Sur.

3.6.4 DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS	GI-GDO-PR-04 V3

Referente a la disposición final de la documentación de los archivos de gestión y central, que han perdido su valor administrativo, legal, fiscal o histórico o que carezcan de relevancia para la Subred Sur.

3.6.5 TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS	GI-GDO-PR-05 V2

Busca garantizar la transferencia documental de los documentos, cumpliendo con los lineamientos técnicos de la información sujeta a transferencias primarias al Archivo Central de la entidad.

3.6.6. CONSULTA Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CONSULTA Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS	GI-GDO-PR-07 V2

Facilita y suministra de manera oportuna y precisa, la información documentada que reposa en Archivo Central de la Subred Sur, a los usuarios internos y externos que hagan uso efectivo del servicio.

3.6.7 MANEJO DE DOCUMENTACIÓN CON POSIBLE DETERIORO BIOLÓGICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MANEJO DOCUMENTACIÓN CON POSIBLE DETERIORO BIOLÓGICO	GI-GDO-PR-09 V1

Garantizar la preservación e integridad de los documentos y archivos de la Subred Sur, mediante la implementación de técnicas de conservación documental preventiva

3.6.8. ELABORACIÓN TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	ELABORACIÓN TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL	GI-GDO-PR-10 V1

Mediante este proceso se procura administrar y controlar los registros de los documentos que elabora la entidad, mediante la construcción de las tablas de retención documental que permitan realizar la identificación, protección, recuperación, retención y disposición de los registros a mediano plazo.

3.7 EVALUACIÓN DE LA ACEPTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DE LOS RESPONSABLES

Para la evaluación concurrente de la implementación de los procedimientos asociados a la gestión documental, se seleccionaron puntualmente los relacionados a: Manejo de historias clínicas, Transferencia de documentos y Elaboración de Tablas de retención documental. Se revisó el detalle de las actividades que se constituyen como puntos de control en los procedimientos y se solicitaron los soportes de la ejecución o los registros correspondientes y de los cuales se presentan las siguientes observaciones:

3.7.1 PROCEDIMIENTO MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS

El procedimiento cuenta con una revisión de menos de 6 meses de vigencia por lo cual se puede evidenciar que por parte del proceso de gestión documental, el documento se encuentra debidamente revisado, actualizado y divulgado. Sin embargo, se requiere el consolido del *Informe y matriz de solicitud de historia clínica* con corte a diciembre de 2022, evidenciándose lo siguiente:

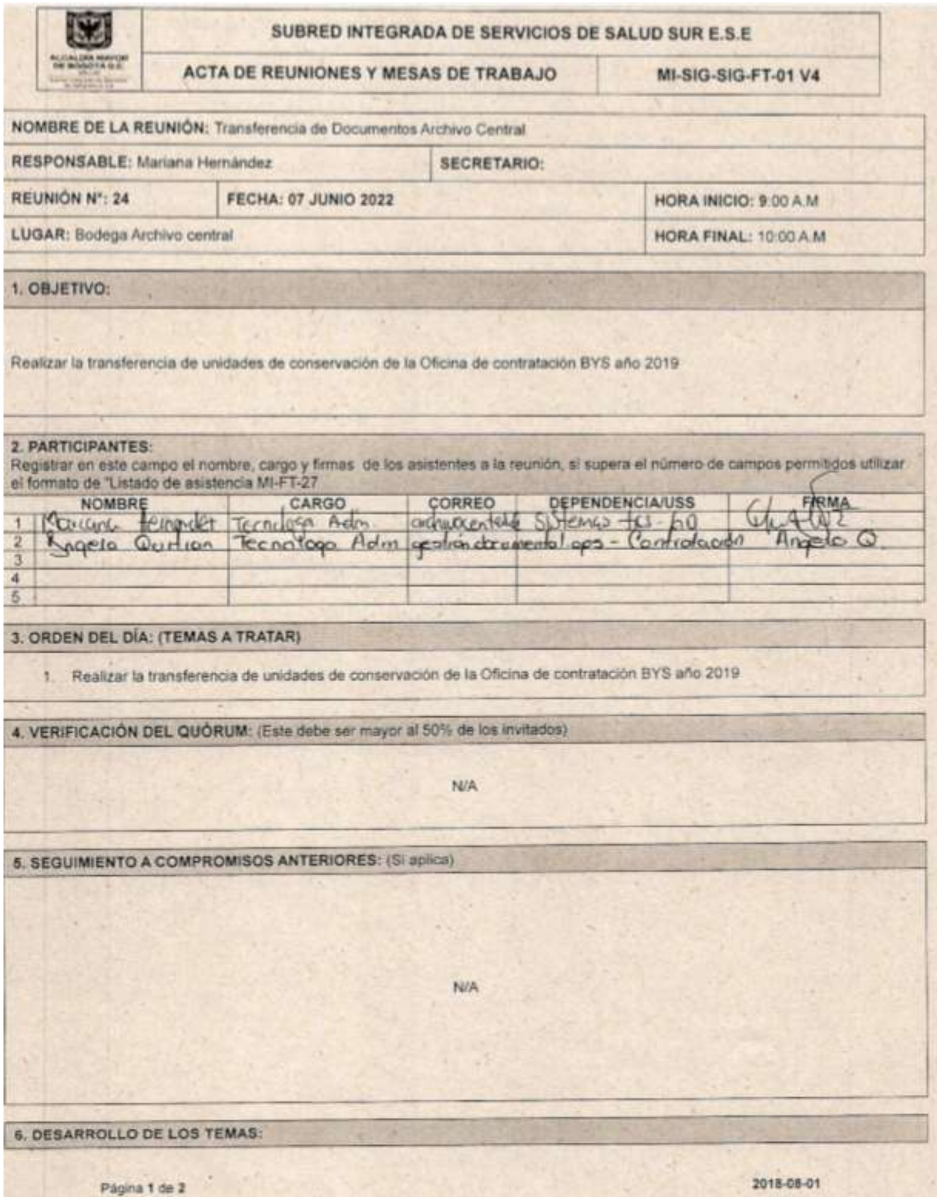
OBSERVACIÓN 1: De las 9.505 solicitudes de copia de historias clínicas remitidas a las diferentes unidades de servicios de salud de la Subred Sur, se evidencia que el 14% de las solicitudes fueron respuestas generadas sin registros; por lo cual se ratifica la falta de adherencia al adecuado registro de la historia clínica en los sistemas de información dispuestos para tal fin y dicha situación podría generar riesgos legales/reputacionales a la entidad frente al manejo de este documento de relevancia como soporte de la atención en salud, así como un incumplimiento en la Ley 594 de 2000 entre otras normas relacionadas.

3.7.2 PROCEDIMIENTO TRANSFERENCIA DE ARCHIVO

Frente a las actividades definidas en el proceso, durante el 2022 se ejecutaron un total de 45 transferencias del archivo de gestión al archivo central lo que evidencia el interés de las áreas por apoyar el proceso y la adecuada gestión de los documentos relacionados. Las áreas que lideran el ranking de las transferencias ejecutadas durante este periodo son: La Dirección de contratación con un total de 153 unidades correspondientes a un 41.9% de las unidades transferidas, seguido por la Dirección de Urgencias con un 11.5% representados en 42 unidades y por último la Oficina Asesora Jurídica con un 10.4% equivalentes a 38 unidades del total de las transferidas. El 36.2% de las unidades representadas en 132 transferencias fueron ejecutadas por otras áreas de la Subred Sur.

Las transferencias realizadas en forma conjunta entre las áreas y recibidas por el área de Gestión Documental se encuentran debidamente documentas y soportadas en su totalidad, acorde a al anexo: Imagen 1. Muestra de acta de transferencia de archivo.

Anexo 1: Muestra de Acta de Transferencia de Archivo.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	MI-SIG-SIG-FT-01 V4

NOMBRE DE LA REUNIÓN: Transferencia de Documentos Archivo Central		
RESPONSABLE: Mariana Hernández	SECRETARIO:	
REUNIÓN N°: 24	FECHA: 07 JUNIO 2022	HORA INICIO: 9:00 A.M
LUGAR: Bodega Archivo central		HORA FINAL: 10:00 A.M

1. OBJETIVO:

Realizar la transferencia de unidades de conservación de la Oficina de contratación BYS año 2019

2. PARTICIPANTES:
Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de "Listado de asistencia MI-FT-27

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	Mariana [illegible]	Tecnóloga Adm	archivocentral[illegible]	Sistemas [illegible]	[illegible]
2	Angelo [illegible]	Tecnólogo Adm	gestióndocumental	ops - Contratación	Angelo Q.
3					
4					
5					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

1. Realizar la transferencia de unidades de conservación de la Oficina de contratación BYS año 2019

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

N/A

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

N/A

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

Página 1 de 2 2018-08-01

3.8 FORTALEZAS

- Se resalta el esquema de organización manejado por el equipo de Gestión Documental de la Subred Sur, toda vez que la entrega de la información y los soportes que evidencian la gestión propia del proceso, se encuentran debidamente etiquetada cronológicamente y fue de fácil acceso para efecto de la presente auditoría.

- La disposición frente al proceso de auditoría, denotando apertura y recepción a los comentarios de Revisoría Fiscal, en aras de mejorar continuamente el proceso.

- El interés de los miembros del equipo por asegurar el proceso y el cumplimiento de las actividades, a pesar de la limitación de recursos humanos, tecnológicos y financieros.

3.9 HALLAZGOS

- Acorde el desarrollo de la auditoría y según lo descrito previamente en la observación 1, se establece el siguiente hallazgo:

- Garantizar el adecuado registro de las Historias Clínicas, a fin de atender de manera clara y oportuna las solicitudes de usuarios y entidades para efectos jurídicos, técnicos o de atención en salud. Lo anterior, en razón al estricto cumplimiento de la Ley 594 de 2000 y las normas asociadas.

- Este hallazgo podrá abordarse de manera integral, respecto a lo identificado en el Informe de auditoría administrativa del mes de Enero de 2023 presentado por la Revisoría Fiscal.

CONCLUSIONES

En lo concerniente a la concurrencia de la evaluación de la comprensión y aceptación los procesos de contratación de Bienes y Servicios, que permitan brindar un soporte técnico legal y de preservación de los registros relacionados a los procesos de contratación; según las observaciones establecidas es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- En cuanto a la verificación del cargue del respectivo Certificado de Disponibilidad Presupuestal asociado al contrato 5471 de 2020, se debe rectificar el soporte correspondiente a la adjudicación del contrato marco, así como los certificados de disponibilidad presupuestal de las correspondientes adiciones y mantener la trazabilidad en la plataforma SECOP.

- En el procedimiento de etapa precontractual, se evidencia una falta de especificación en los criterios para la presentación de aprobación del Comité de contratación, los contratos que requieren el VoBo por parte de esta instancia.

- Finalmente, bajo los procedimientos definidos por el área de contratación de Bienes y Servicios, según lo establecido en el Manual de contratación de la Subred Sur, se puede evidenciar que se identifican algunas falencias de oportunidad y suficiencia de los soportes de las etapas contractuales frente a la muestra de contratos evaluados, por lo cual se recomienda tomar acción al respecto sobre cómo se deben alinear las áreas de contratación y los funcionarios encargados de la supervisión de contratos para garantizar el adecuado curso de los procesos contractuales y la trazabilidad del mismo.

En lo concerniente a la concurrencia de la evaluación de la comprensión y aceptación los procesos de gestión documental y que permiten brindar un soporte técnico legal y de preservación de los registros relacionados a los procesos de contratación, según las observaciones establecidas es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Es necesario abordar un plan de acción integral a nivel transversal en la entidad que permita que los responsables de los procesos asistenciales se adhieran al adecuado manejo, registro y conservación de las Historias Clínicas.

- Finalmente, se puede inferir que desde el área de Gestión Documental se propende por mantener el regulado el proceso bajo la actualización de los procedimientos se identifican algunas falencias frente al registro y conservación de las historias clínicas, por lo cual se requiere realizar el análisis de causa raíz correspondiente y determinar las acciones necesarias para la mitigación del riesgo identificado.

RECOMENDACIONES

- Garantizar la trazabilidad de los registros/soportes asociados a los certificados de disponibilidad presupuestal en los procesos contractuales, acorde con las modificaciones y adiciones de los contratos.

- Actualizar los procedimientos asociados a las etapas contractuales, a fin de especificar los detalles de las actividades de control como la convocatoria del Comité de contratación. Así mismo para lograr que los insumos o información de entrada requerida o generada facilite la supervisión de los contratos de Bienes y Servicios. No obstante, se recomienda revisar los documentos de manera integral con las áreas que interactúan en el proceso para actualizar las actividades acordes a como se están ejecutando actualmente.

- Propender por el adecuado cierre y finalización de los contratos de obra, acorde con la recepción a conformidad de las actividades y de la infraestructura a fin de generar de manera oportuna el acta correspondiente de finalización y entrega.

- Frente a las fortalezas identificadas, se recomienda mantener el esquema de seguimiento y de control a las actividades propias del proceso tales como, la actualización de las tablas de retención documental, las capacitaciones a los diferentes niveles jerárquicos y funcionales de la entidad y del soporte brindado de forma transversal a la subred sur

- En lo relacionado al hallazgo identificado, se recomienda generar las acciones inmediatas y concretas que permitan el cumplimiento de los lineamientos en materia de registro y conservación de las historias clínicas de los pacientes.

4. AUDITORÍA DE GESTIÓN (CAUSAS ROTACIÓN DEL PERSONAL Y BAJA DE EQUIPOS)

PLAN DE AUDITORÍA	**AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022**
PARTICIPANTES	**AUDITORES: Dra. Wendy Ropaín**
	REVISOR FISCAL - Pedro Barreto
FUNCIONARIOS AUDITADOS EN LA SUBRED	**Dra. Carmenza Manotas / Directora de Contratación** **Ing. Fabio Niño / Profesional Especializado Líder Contratación OPS** **Dra. Diana Núñez / Profesional Universitario** **Dra. Rosario Villota / Profesional Especializado - Jefe de Activos Fijos.**

METODOLOGÍA

Para la ejecución de la auditoria de gestión se implementó una metodología de entrevistas con los funcionarios y contratistas, observación de las actividades ejecutadas y revisión de los documentos asociados a los procesos con participación de los responsables. Para ello, se utilizaron entre otras, las siguientes técnicas encaminadas a obtener la evidencia suficiente sobre la cual emitir un pronunciamiento respecto al proceso auditado y sus respectivas recomendaciones: 1. Consultas: se realizan preguntas al personal del proceso auditado para obtener sus respuestas de manera oral y escrita, 2. Observación/Inspección: mediante visitas en sitio en el cual se verifica:

- Resolución 3100 de 2019.
- Decreto 441 de 2022.
- Ley 1755 de 2015.
- Manuales y procedimientos establecidos por la Subred Sur asociados a los procesos.
- Manual de supervisión e interventoría.

4.1 AUDITORÍA DE GESTIÓN OCTUBRE-NOVIEMBRE 2022

Para evaluar la gestión de la Entidad de manera concurrente y como parte del alcance de la auditoría de gestión y del plan de auditoría integral de revisoría fiscal; acorde a requerimiento de la Subred sur, se revisaron en la auditoría a las causas de la rotación del personal asistencial y el grado de satisfacción para desempeñar actividades en la subred sur. Así mismo, se realizó el análisis del estado actual de los inventarios para revisar las causas de las bajas de los equipos. A continuación, el detalle de los aspectos evaluados y el análisis correspondiente.

4.1.1 EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN: Para la revisión y análisis de las causas de la rotación del personal asistencial de la Subred Sur los auditados del área de OPS facilitaron las bases de datos de requisiciones de la Vigencia 2022 y el diligenciamiento con corte a Octubre de 2022 de la encuesta de satisfacción ejecutada a todos los contratistas de la Subred Sur, una vez finalizan contrato de servicios.

Se revisó la base de datos de consolidación de los resultados de la encuesta, se tabularon los datos representativos; para lo cual se obtuvo el siguiente resultado.

Causas	Peso porcentual
Finalización de convenio/contrato	58%
Motivos personales/de salud	18%
Otras causas	7%
Mejor oportunidad Laboral	7%
Cambio de perfil	5%
Razones académicas	5%
Total	100%

Para la causa Finalización de contrato/convenio se encuentra asociado un 58%, frente a Motivos personales y/o de salud se cuenta con un 18%, en cuanto a otras causas y a una mejor oportunidad laboral con un 7% respectivamente, asociada a cambio de perfil dentro de la subred sur se cuenta con un 5% y para la cauda debido a retiros por razones académicas también con un 5%.

Para el análisis de otras causas de rotación por parte del personal asistencial con un peso porcentual del 7%, se pueden identificar causas razonables como Licencia de maternidad (2%) y oportunidad laboral cerca del lugar de residencia del contratista (1%). Sin embargo, es de resaltar en esta categoría que se encuentra una causa asociada a carga laboral y horario extenso con un 2% y un 2% para la causa maltrato o diferencias con el supervisor. Para estos últimos ítems los auditados de la Oficina de Contratación de OPS manifestaron que, se abordaron los 2 casos de manera particular con los supervisores de contrato según lo referido por maltrato o diferencias, realizándose la indagación del caso se identificó que los contratistas presentaron falencias en la prestación del servicio y en la documentación soporte requerida para la certificación de cumplimiento. En lo que se refiere a la carga laboral, se revisó con los supervisores de los contratistas relacionados, a fin de revisar las condiciones de exigencias laborales, por lo cual fue necesario recordar y reiterar la necesidad de proteger la comunicación con los contratistas a fin de no generar una relación laborar de hecho.

OBSERVACIÓN 1: Si bien se han desarrollado campañas frente al rol de supervisores de contrato, es importante reforzar mediante capacitación y comunicaciones desde la Alta Dirección y Gerencia de la entidad para socializar los lineamientos de la comunicación y requerimientos de los contratistas frente al desarrollo de las actividades; en aras de propender que no existan aspectos que puedan denotar una relación laboral por exigencias en volumen de capacidad operativa y cumplimiento de horarios. Lo anterior, para proteger a la Subred de futuras demandas asociadas a presunción de subordinación laboral.

OBSERVACIÓN 2: En cuanto a la revisión general de la base de datos en la cual se consolidan las respuestas de las encuestas de satisfacción se recomienda estandarizar mediante listado los criterios para la definición de las causas a fin de facilitar la tabulación de los resultados, ya que se observan causas como cambio de perfil, y terminación de contrato por cambio de perfil por lo cual se puede unificar en una sola categoría a fin de poder realizar un análisis certero frente a las causas identificadas. Para esta observación no se requiere desarrollar plan de acción; por lo que se recomienda ajustar el campo en la base relacionada.

4.1.2. EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE LAS BAJAS DE EQUIPOS Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN: En cuanto al análisis de las causas de bajas de equipos solicitada al área de Activos Fijos de la Subred Sur, se logró identificar que el 92% de las salidas de inventario ocurrieron por cumplimiento de la vida útil de los bienes en mención sobre el total de 435 bienes relacionados en la base de datos consolidada.

Acorde con lo anterior, la cantidad de bajas correspondiente a cada una de las Unidades de Servicios de Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud es la siguiente:

USS	Cantidad bajas
TUNAL	167
VISTA HERMOSA	87
MEISSEN	76
USME	58
TUNJUELITO	32
APH	15
Total general	**435**

El 8% restante de los bienes dados de baja durante el 2022, y que a la fecha mantienen un cálculo de vida útil restante, corresponde a finalización de convenios de comodato con el Fondo Financiero Distrital de Salud, según lo referido por la persona encargada.

En cuanto a la satisfacción por uso de los equipos, no se encuentra establecido un proceso de medición al respecto; según lo referido por los auditados los bienes al ser de carácter público deben mantener un máximo aprovechamiento de los recursos en cuanto su mantenimiento y uso.

4.2 FORTALEZAS

Frente a los resultados de la encuesta de satisfacción suministrada por el área de OPS con corte a Agosto de 2022, se puede inferir lo siguiente:

- Respecto a la labor ejecutada por los supervisores de contrato de los 118 encuestados con corte a Agosto de 2022, el 61% califica como "Excelente" la gestión del supervisor de contrato y el 31% le otorga una calificación de "Buena".

- En lo relacionado a la opinión le merece el proceso de contratación de la Subred Sur, el 55% califica como "Excelente" y el 42% califica como "Buena" mientras un 3% califica como "Regular". No se presentan calificaciones con opinión negativa.

Con respecto a la revisión de baja de activos para la vigencia 2022, se validaron que de los 435 activos dados de baja con corte a Noviembre de 2022; 399 se dieron de baja con una vida útil cero. Lo cual potencialmente podría denotar un aprovechamiento máximo de los recursos, siempre y cuando lo anterior, no afecte la prestación del servicio.

4.3 HALLAZGOS: En lo que respecta a las observaciones identificadas en el presente informe, se constituyen como acciones de mejora que pueden surtir una acción inmediata; por lo cual no se constituye como un hallazgo que genere incumplimientos normativos y/o reglamentarios.

4.4 AUDITORÍA DE GESTIÓN DICIEMBRE-ENERO 2023

Para evaluar la gestión de la Entidad de manera concurrente y como parte del alcance de la auditoría de gestión y del plan de auditoría integral de Revisoría Fiscal para el mes de Enero de 2023; acorde al requerimiento de la Subred Sur, se revisaron en la auditoría las causas de la rotación del personal administrativo y el grado de satisfacción para desempeñar actividades en la Subred Sur. Así mismo, se realizó el análisis del estado actual de los inventarios para revisar las causas de las bajas de los equipos de cómputo específicamente. A continuación, el detalle de los aspectos evaluados y el análisis correspondiente.

4.4.1 EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN: Para la revisión y análisis de las causas de la rotación del personal administrativo de la Subred Sur los responsables del área de OPS facilitaron las bases de datos de requisiciones de la vigencia 2022 y el diligenciamiento con corte a Noviembre de 2022 de la encuesta de satisfacción ejecutada a todos los contratistas de la Subred Sur, una vez finalizan contrato de servicios.

Una vez validada la base de datos de consolidación con los resultados de la encuesta, se tabularon los datos representativos; para lo cual se obtuvo el siguiente resultado.

Causas	Peso porcentual
Finalización de convenio/contrato	44%
Motivos personales	28%
Cambio de perfil	16%
Mejor oportunidad laboral	9%
Realizar prácticas para grado	3%
Total general	100,00%

Para la causa Finalización de contrato/convenio se encuentra asociado un 44%, frente a Motivos personales se cuenta con un 28%, en cuanto a cambio de perfil se refleja en un 16%, asociada a mejor oportunidad laboral con un 9% y para la práctica para optar a grado con un 3%

4.4.2 EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE LAS BAJAS DE EQUIPOS Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN: En cuanto al análisis de las causas de bajas de equipos de cómputo y de Software solicitada al área de Activos Fijos de la Subred Sur, se logró identificar que el 94% de las salidas de inventario ocurrieron por cumplimiento de la vida útil de los bienes en mención sobre el total de 107 equipos relacionados en la base de datos consolidada.

Acorde con lo anterior, la cantidad de bajas correspondiente a cada una de las Unidades de Servicios de Salud de la Subred Integrada de Servicios de salud es la siguiente:

USS	Cantidad bajas
VISTA HERMOSA	44
TUNAL	27
TUNJUELITO	21
MEISSEN	8
USME	7
Total general	**107**

En cuanto a la satisfacción por uso de los equipos, no se encuentra establecido un proceso de medición al respecto; según lo referido por los auditados los bienes al ser de carácter público deben mantener un máximo aprovechamiento de los recursos en cuanto su mantenimiento y uso.

4.5 FORTALEZAS

a) Frente a los resultados de la encuesta de satisfacción suministrada por el área de OPS con corte a Octubre de 2022, se puede inferir lo siguiente:

- Respecto a la labor ejecutada por los supervisores de contrato de los 37 encuestados de las áreas administrativas, el 71% califica como "Excelente" la gestión del supervisor de contrato y el 21% le otorga una calificación de "Buena".

- En lo relacionado a la opinión le merece el proceso de contratación de la Subred Sur, no se presentaron calificaciones con opinión negativa.

b) Con respecto a la revisión de baja de activos para la vigencia 2022, se validaron que de los 107 activos de equipos de cómputo o relacionados dados de baja; 104 se dieron de baja con una vida útil a cero. Lo cual potencialmente podría denotar un aprovechamiento máximo de los recursos, siempre y cuando lo anterior, no afecte la prestación del servicio.

4.5 HALLAZGOS: En lo que respecta a las observaciones identificadas en informe de Noviembre de 2022 en lo relacionada a la rotación del personal y frente a la baja de Activos, se constituyen como acciones de mejora que pueden surtir una acción inmediata; por lo cual no se constituye como un hallazgo que genere incumplimientos normativos y/o reglamentarios.

CONCLUSIONES

En cuanto a la evaluación de las causas de rotación del personal asistencial por OPS:

- El proceso de contratación cuenta con los recursos administrativos, técnicos y legales para proceder con la ejecución de las actividades definidas por la Subred Sur, sin embargo, es importarte fortalecer los lineamientos de supervisión de contrato, a fin de proteger a la Subred de posibles demandas por parte de contratistas. Para esto, se requiere contar con el apoyo de la Alta Gerencia de la Entidad.

- El proceso de contratación cuenta con los recursos administrativos, técnicos y legales para proceder con la ejecución de las actividades definidas por la Subred Sur, sin embargo, es importarte fortalecer los lineamientos de supervisión de contrato.

En lo referente a la evaluación de las bajas de equipos:

- Si bien por el número de equipos dados de baja un gran porcentaje fue utilizado hasta el vencimiento de su vida útil, es importante revisar y analizar el costo de mantenimiento y el impacto frente a la prestación del servicio; con relación con las condiciones del estado real y funcional del bien.

- Si bien por el número de equipos dados de baja un gran porcentaje fue utilizado hasta el vencimiento de su vida útil, es importante revisar y analizar la tasa de obsolescencia de los equipos de cómputo para el adecuado manejo y gestión de los sistemas de información.

RECOMENDACIONES

- Mantener comunicación permanente con los supervisores de contratos de prestación de servicios de las áreas administrativas, con el fin de reforzar y fortalecer los lineamientos frente al tipo de comunicación a mantener con los contratistas.

- Fortalecer el proceso de control y baja de bienes y equipos de la entidad, especialmente en lo que respecta a equipos de cómputo o de soporte a los sistemas de información; se recomienda analizar y validar el estado real de los mismos con el fin de validar el costo beneficio de mantenimiento, así como el estado de la obsolescencia y de esta manera no afectar la prestación de los servicios, especialmente los involucrados en la atención en salud.

5. AUDITORÍA ATENCIÓN AL USUARIO (PLAN CANGURO Y NEONATOS)

PLAN DE AUDITORÍA	**AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022**
AUDITORES	**AUDITOR ASISTENCIAL – Dr. Jaime Godoy**
	REVISOR FISCAL - Pedro Barreto
FUNCIONARIOS AUDITADOS EN LA SUBRED	**Dra. Andrea López / Jefe Oficina. Participación Comunitaria y Servicio Ciudadano** **Sr. Camilo Bermúdez / Referente PQRSD**

RESUMEN

Se realizó auditoría al área de participación social en lo concerniente del servicio de Plan Canguro y Neonatos, haciendo revisión documental de lo enviado por el área auditada verificando su veracidad, aquí nos damos cuenta que la Tipología con mayor número de requerimientos corresponde a Felicitaciones, su causa principal es el reconocimiento al cuerpo médico.

La segunda tipología con más manifestaciones son los reclamos en su mayoría la falta de oportunidad para la asignación de agendas.

Se verifica la oportunidad en la respuesta de PQRS, observamos que cumplen con todos los criterios establecidos para estas respuestas.

Observando lo reportado por participación comunitaria y servicio al ciudadano nos damos cuenta que sus datos no son significativos en comparación con el diario vivir del Servicio de Pediatría.

ALCANCE

Verificar y evaluar en el servicio de Pediatría la oportunidad y calidad en la respuesta de las PQRS. Evaluar y revisar las bases de datos del Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y sugerencias "PQRS". Evaluar y revisar mediante prueba aleatoria, el proceso y cargue de la información y la trazabilidad de las respuestas brindadas al ciudadano, mediante el Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sistema de Atención a la ciudadanía.

5.1 HALLAZGOS

PQRS (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias)

Teniendo en cuenta los indicadores derivados de la Matriz de Autocontrol PQRSD correspondiente al año 2022, a continuación, se relacionan las manifestaciones del área de Plan canguro y Neonatos con corte al mes de diciembre 2022, por tipología, causa y mes:

Tipología / Causa	ENE	MAR	JUN	JUL	AGO	SEP	NOV	DIC	Total g	DÍAS DE RESPUESTA
FELICITACIÓN						1	3	5	9	
2.4 HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA								1	1	
FELICITACION POR LA ATENCION PRESTADA DE LA ENFERMERA QUE APOYA LOS SERVICIOS CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL.								1	1	4
2.5 CUIDADO INTENSIVO NEONATAL							3		3	
FELICITACIÓN POR LA ATENCIÓN PRESTADA DE LA ENFERMERA QUE APOYA LA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATAL							1		1	3
FELICITACION POR SU ATENCION PRESTADA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE APOYA EL SERVICIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATAL							1		1	2
FELICITACIÓN POR LA ATENCIÓN PRESTADA DE LA JEFE DE ENFERMERÍA QUE APOYA LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATAL.							1		1	4
2.8 CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL								4	4	
FELICITACION POR LA ATENCION PRESTADA DE LAS ENFERMERAS QUE APOYA LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATAL.								1	1	5
FELICITACION POR LA ATENCION PRESTADA DE LAS ENFERMERAS QUE POYA LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL.								1	1	2
FELICITACION POR LA ATENCION PRESTADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATAL.								1	1	3
FELICITACION POR LA ATENCION PRESTDA DEL AS ENFERMERAS QUE APOYAN EL SERVICIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATAL.								1	1	5
8.1 RUTA DE LA SALUD						1			1	
FELICITACION POR EL SERVICIO QUE PRESTA DE LA RUTA DE SALUD, FACILITA EL TRASLADO A CITAS DE PLAN CANGURO.						1			1	3
RECLAMO	1	1	1	1				1	5	
1.22 NUTRICION Y DIETETICA	1								1	
ASIGNACION DE CITA PARA NUTRICION Y DIETETICA , PEDIATRIA Y ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO POR PLAN CANGURO	1								1	7
1.36 PLAN CANGURO								1	1	
ASIGNACION EN CAPTACION DE NEONATO QUIEN NACIO EN MEISSEN Y NO FUE CAPTADONI ENRUTADO EN CANGURO								1	1	6
2.5 CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		1		1					2	
INCONFORMIDAD DE ATENCION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL, USUARIA MANIFIESTA QUE EL DIA LUNES EN HORAS DE VISITA SE DA CUENTA DE LA FRACTURA DEL MENOR LA CUAL ESTA INMOVILIZADO Y EL ORTOPEDISTA LE REFIERE QUE ES UNA FRACTURA POR MALA MANIPULACION, INCONFORMIDAD POR CUIDADOS DEL MENOR REPORTADO A SEGURIDAD DEL PACIENTE [ID=3272] [Código: 223138]				1					1	8
INCONFORMIDAD DE INFORMACION DEL MEDICO, USUARIA MANIFIESTA QUE LA DOCTORA DE NEONATOS LE REFIERE QUE EL MENOR VA HACER ENVIADO A ICBF UNA MALA INFORMACION. FECHA OPORTUNA		1							1	9
2.8 CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL			1						1	
INCONFORMIDAD DE ATENCION EN UCI NEONATAL INTERMEDIO, USUARIA MANIFIESTA NO PRESTAN LA ATENCION DEBIDA A LA MENOR, SE LE ENCONTRO UNA FISURA EN EL PIE DERECHO Y APLICACION DE MEDICAMENTO, NADIE DA INFORMACION. REPORTADO A SEGURIDAD DEL PACIENTE [ID=2779] [Código: 222645]			1						1	8

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

RECLAMO	**1**	**1**	**1**	**1**				**1**	**5**	
1.22 NUTRICION Y DIETETICA	**1**								**1**	
ASIGNACION DE CITA PARA NUTRICION Y DIETETICA , PEDIATRIA Y ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO POR PLAN CANGURO	1								1	**7**
1.36 PLAN CANGURO								**1**	**1**	
ASIGNACION EN CAPTACION DE NEONATO QUIEN NACIO EN MEISSEN Y NO FUE CAPTADONI ENRUTADO EN CANGURO								1	1	**6**
2.5 CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		**1**		**1**					**2**	
INCONFORMIDAD DE ATENCION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL, USUARIA MANIFIESTA QUE EL DIA LUNES EN HORAS DE VISITA SE DA CUENTA DE LA FRACTURA DEL MENOR LA CUAL ESTA INMOVILIZADO Y EL ORTOPEDISTA LE REFIERE QUE ES UNA FRACTURA POR MALA MANIPULACION, INCONFORMIDAD POR CUIDADOS DEL MENOR REPORTADO A SEGURIDAD DEL PACIENTE [ID=3272] [Código: 223138]				1					1	**8**
INCONFORMIDAD DE INFORMACION DEL MEDICO, USUARIA MANIFIESTA QUE LA DOCTORA DE NEONATOS LE REFIERE QUE EL MENOR VA HACER ENVIADO A ICBF UNA MALA INFORMACION. FECHA OPORTUNA		1							1	**9**
2.8 CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL			**1**						**1**	
INCONFORMIDAD DE ATENCION EN UCI NEONATAL INTERMEDIO, USUARIA MANIFIESTA NO PRESTAN LA ATENCION DEBIDA A LA MENOR, SE LE ENCONTRO UNA FISURA EN EL PIE DERECHO Y APLICACION DE MEDICAMENTO, NADIE DA INFORMACION. REPORTADO A SEGURIDAD DEL PACIENTE [ID=2779] [Código: 222645]			1						1	**8**
DERECHO DE PETICIÓN DE INTERÉS PARTICULAR							**1**		**1**	
5.4 FINANCIERA							**1**		**1**	
SOLICITA INFORMACION SI LA USS MEISSEN ESTA NECESITANDO PARA SU UCI NEONATAL EQUIPOS ESPECIALIZADOS PARA REANIMAR Y CONSERVAR LA SALUD DE LOS BEBES, PERO NO TIENE RECURSOS EN ESTE MOMENTO PARA ADQUIRIRLOS. POR FAVOR INFORMAR QUE EQUIPOS NECESITAN							1		1	**10**
QUEJA					**1**				**1**	
8.1 RUTA DE LA SALUD					**1**				**1**	
ATENCIÓN DESHUMANIZADA DE USUARIA VENEZOLANA DE PLAN CANGURO HACIA LA FUNCIONARIA DE LA RUTA DE LA SALUD. REFIERE QUE NO LLAMA PARA AGENDARSE EN EL SERVICIO DE LA RUTA DE LA SALUD					1				1	**7**
Total general	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**4**	**6**	**16**	

Para el proceso y cargue de la información y la trazabilidad de las respuestas brindadas al ciudadano, mediante el Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sistema de Atención a la Ciudadanía, tenemos:

La Respuesta debe ser de fondo, es decir que se debe responder materialmente la petición, y de acuerdo con lo manifestado por la Corte Constitucional, debe cumplir con cuatro condiciones:

- Claridad: La respuesta debe ser de fácil comprensión para la ciudadanía.

- Precisión: La respuesta debe desarrollar lo solicitado, evitando analizar temas que no sean objeto de la petición.

- Congruencia: La respuesta debe estar directamente relacionada con lo solicitado.

- Consecuencia: Las entidades deben ser más proactivas en las respuestas, y de resultar importante, deben informar a la peticionaria o el peticionario, el trámite que ha surtido la solicitud y las razones por las cuales considera si es o no procedente.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, Tiene establecido el PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE PQRSD PS-SC-NEU-PR-02 V9, en el cual, el numeral 4,3 define:

CRITERIOS DE CALIDAD:

COHERENCIA: Relación y conexión que debe existir entre la respuesta emitida y el requerimiento Ciudadano(a).

CLARIDAD: Uso de términos de fácil comprensión para el Ciudadano(a).

OPORTUNIDAD: Respuesta emitida en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad, de acuerdo al tipo de Petición.

CALIDEZ: Criterio referido al trato digno, amable y respetuoso que se brinda al Ciudadano(a) en la respuesta.

Así mismo, en el numeral 8,3, se establecen los criterios de **RESPUESTA A DERECHOS DE PETICION:**

Corresponde al Servidor a cargo de cada una de las Direcciones y Oficinas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E la responsabilidad de la atención a los Derechos de Petición, concernientes a sus servicios, quienes a su vez asumirá o delegará dicha actividad, bajo las implicaciones disciplinarias que la desatención a este tipo de requerimientos le adjudica la Normatividad.

Una vez identificado el servicio y responsable de dar atención a lo manifestado por el Usuario(a) el área PQRSD remitirá mediante sistema Orfeo el radicado a la dirección involucrada, adjuntando imagen de la petición y la información correspondiente a atender.

Desde el área PQRS se direccionará la solicitud, a la dirección involucrada en la manifestación y se determinará copiarle o enviarle directamente al delegado de cada área, siempre en conocimiento del director o jefe de oficina.

El responsable de generar la respuesta, dará lectura a la manifestación y realizará las acciones que le permitan generar respuesta de fondo a la necesidad del usuario, si no es de su competencia, se debe responder mediante el sistema Orfeo, informando que no es de su competencia (dentro de los términos indicados en el presente procedimiento) de tal manera que el área PQRSD genere las acciones correctivas.

Una vez identificada la necesidad del ciudadano(a) proyectara la respuesta bajo el formato PQRS PS-SC-NEU-FT-14 Oficio Respuesta A derecho de Petición PQRSD, indicado en el aplicativo Orfeo. Teniendo en cuenta que la respuesta debe cumplir con los criterios de calidad, calidez, coherencia y oportunidad.

Se realiza verificación por parte de la profesional del equipo de PQRSD, del 100% de respuestas emitidas, y su validación por parte de la jefe de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano evaluando el cumplimiento de los criterios de Calidad, así mismo, se realiza validación en el SDGPC de alertas emitidas para peticiones próximas a vencer y realizar su cierre oportuno. Observamos que cumplen con todos los criterios establecidos para las respuestas de PQRS.

CONCLUSIONES

- Con corte al mes de Diciembre de 2022, la Tipología con mayor número de requerimientos para el área de Plan Canguro y Neonatos, corresponde a Felicitaciones (n=9), su causa principal es el reconocimiento al cuerpo médico.

- La segunda tipología con más manifestaciones son los reclamos en su mayoría por oportunidad de agenda (n=2), otra por seguridad al paciente reportado al área competente (n=1) y otra por falta de información y orientación del parte médico (n=1), para un total de 5 manifestaciones; la atención deshumanizada en el tercer puesto que refleja en el reporte es ajena a al área de Plan Canguro (n=1) la cual se tomaron medidas correctivas al funcionario involucrado, por último una solicitud de interés particular (n=1) para el área de Plan Canguro y Neonatos sobre la compra de equipos especializados, llegando así a un total de 16 manifestaciones en el año de 2022.

- Teniendo en cuenta los datos generados en el año 2022, con referencia a interposiciones relacionadas con el área de Plan Canguro y Neonatos se evidencia que, el trato humanizado se ve reflejado en sus colaboradores puesto que la tipología de felicitaciones es superior que el resto de interposiciones.

- Observando lo reportado por participación comunitaria y servicio al ciudadano nos damos cuenta que sus datos no son significativos en comparación del diario vivir de estas áreas.

RECOMENDACIONES

- Avanzar en el seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas planteadas por el Servicio Ambulatorio, teniendo en cuenta lo manifestado por los usuarios, lo que permita la disminución de las PQRSD registradas por las mismas causas.

- Mejorar la oportunidad en la asignación de citas en la agenda de Plan Canguro y Neonatos, continuar promoviendo el buen trato hacia los usuarios en el servicio.

- Continuar implementando estrategias para inducir la demanda de PQRS como es el código QR se empezó a manejar desde el mes de Agosto. Esperando que con esto aumente el número de PQRS

- Continuar motivando a los usuarios dando charlas en las diferentes sedes que estimulan el aumento de la utilización de los diferentes canales que tiene la subred para sus PQRS.

6. AUDITORÍA CUENTAS MÉDICAS (SOAT)

PLAN DE AUDITORÍA	**AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022**
AUDITORES	**AUDITOR ASISTENCIAL – Dr. Jaime Godoy**
	REVISOR FISCAL - Pedro Barreto
FUNCIONARIOS AUDITADOS EN LA SUBRED	**Sra. Luz Analida / Jefe de Facturación** **Sra. Luz Stella Muñoz / Líder Mercadeo**

RESUMEN

No se evidencia diferencias en lo facturado del detallado enviado por facturación donde se tomaron varios procedimientos, con los mismos códigos cups y diferentes pagadores de siniestros SOAT**.**

Los siniestros SOAT donde se encuentran pólizas vencidas, carros fugados o fantasma y que no tienen pólizas son facturadas al ADRES.

No se está cumpliendo al 100% con el decreto 441 del Marzo del 2022, ya debería estar aplicada.

No se evidencia el seguimiento formal al cumplimiento de las obligaciones contractuales, al no existir una coordinación estructural entre las áreas que intervienen en el proceso. En los contratos de objeto de la auditoría no se evidencia la manera como se controla el ejercicio de las actividades realizadas, se sugiere realizar un informe de ejecución, que cumpla con especificaciones del Decreto 441 de 2022.

6.1 FACTURACIÓN MATRIZ DE CONTRATACIÓN/REGIMEN CONTRIBUTIVO

6.1.1 FACTURACIÓN – CUENTAS MÉDICAS

Teniendo en cuenta el archivo detallado de facturación entregado por el área de Cuentas Medicas, es filtrado para dejar solamente lo relacionado con pagadores de siniestros SOAT.

Se realizó la revisión de más de **1600 actividades o procedimientos** registrados para verificar si hay diferencias en lo facturado, se observó lo siguiente:

CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL
$ 65.733,25
ASEGURADORA LIBERTY SEGUROS SOAT
ASEGURADORA MAPFRE COLOMBIA SOAT
ASEGURADORA MUNDIAL SOAT
ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SOAT
AXA COLPATRIA SOAT

COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S A SOAT
SEGUROS LA EQUIDAD SOAT
CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA
$ 66.986,40
ASEGURADORA MUNDIAL SOAT
ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SOAT
AXA COLPATRIA SOAT
APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)
$ 117.340,12
ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SOAT
AXA COLPATRIA SOAT
INTERNACION COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION CUATRO O MAS CAMAS
$ 195.718,77
ASEGURADORA MUNDIAL SOAT
ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SOAT
AXA COLPATRIA SOAT
RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)
$ 56.277,69
ASEGURADORA MUNDIAL SOAT
ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SOAT
AXA COLPATRIA SOAT
RADIOGRAFIA DE MANO
$ 56.277,69
ASEGURADORA LIBERTY SEGUROS SOAT
ASEGURADORA MAPFRE COLOMBIA SOAT
RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)
$ 72.910,37
ASEGURADORA MUNDIAL SOAT
ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SOAT
AXA COLPATRIA SOAT
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES
$ 476.081,92
ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SOAT
AXA COLPATRIA SOAT
MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES OXIGENO AGENTES Y GASES ANESTESICOS
$ 77.011,58
ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SOAT

AXA COLPATRIA SOAT
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)
$ 764.419,64
ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO SOAT
AXA COLPATRIA SOAT

Observamos en los cuadros anteriores donde se tomaron varios procedimientos, con los mismos códigos CUPS y diferentes pagadores de siniestros SOAT, **No se encontraron diferencias en lo facturado de los diferentes pagadores.**

Los siniestros SOAT donde se encuentran pólizas vencidas, carros fugados o fantasma y que no tienen pólizas son facturadas al ADRES

6.1.2 CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 441 DE MARZO DE 2022

"Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud".

6.1.2.1 ACTUALIZACIÓN RELACIONADA CON EL DECRETO. 441 DE 2022.

Se actualizó información y documentación con todos los pagadores con las que tiene algún contrato vigente a tarifas Soat principalmente pólizas.

Se verificaron los documentos específicos como Pólizas, Sarlaft, Portafolio, Modelo de Prestación, Capacidad Instalada, Oferta, aceptación de la oferta, etc. regulados en el Decreto. 441.

REITERAMOS: Se tienen requisitos pendientes como el modelo de auditoría por alguna de las partes, que debe cumplir como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio, así como las disposiciones del SOGCS y la revisoría de cuentas para los diferentes contratos.

6.2 REQUISITOS PREVIOS A LA CONTRATACIÓN: Las partes que suscriban el acuerdo de voluntades deben conservar evidencia del proceso de negociación, así como los insumos y soportes respectivos, los cuales harán parte del mismo.

En consideración de los elementos mínimos de la etapa de negociación y las especificidades técnicas que deben tener los acuerdos de voluntades para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, es necesario establecer el contenido mínimo que deben contener según la tipología para pago, con el objeto de incentivar una adecuada gestión de la contratación y del seguimiento de su ejecución.

- En algunos contratos no se encuentra evidencia del cumplimiento de los requisitos precontractuales en la suscripción de los acuerdos de voluntades, según el Decreto 441 de 2022.

- No se evidencia el cumplimiento de todos los requisitos del numeral 4 del Artículo 2.5.3.4.2.1. del Decreto 441 de 2022.

"Elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, en cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, adelantarán una etapa de negociación que tendrá como mínimo los elementos descritos en el Artículo".

- No se evidencio el soporte del análisis del estudio de mercado realizado para la negociación de los acuerdos con los demás integrantes del sistema, según el Manual de Contratación de la entidad es necesario tener en cuenta los precios de referencia de cómo contratan otras entidades o empresas para la realización del estudio. Tampoco se evidencio soporte documental de los datos de producción e históricos para la terminación del valor del contrato. Se sugiere, fijar el criterio a seguir cuando del estudio no se puede obtener un resultado que permita determinar el precio del producto o servicio.

6.2.1 ETAPA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

- Es importante para la Subred contar con herramientas de cómo presentar un modelo de atención y un modelo de prestación de servicios que sumen valor para el usuario y a su vez que se logre la construcción de costos hospitalarios como instrumento esencial para la elaboración de la nota técnica. Sobre este punto no se observa la nota técnica en ninguno de los contratos auditados ni la construcción de costos asociados a la misma.

- No se evidencia actividades documentadas como son auditorias en procedimientos Internos que relacionen las actividades de mercadeo o un proceso propio.

CONCLUSIONES

- **REITERAMOS:** Los procesos contractuales deben perfeccionarse bajo una adecuada planeación y planificación según lo establecido en el Decreto 441 de 2022, no se evidencia el seguimiento formal al cumplimiento de las obligaciones contractuales, al no existir una coordinación estructural entre las áreas que intervienen en el proceso. En los contratos de objeto de la auditoría no se evidencia la manera como se controla el ejercicio de las actividades realizadas, se sugiere realizar un informe de ejecución, que cumpla con las especificaciones del Decreto 441 de 2022.

- No se está cumpliendo con el Decreto 441 de Marzo de 2022, que por norma para el mes de Mayo ya debería estar alineado.

- No se encontraron diferencias en lo facturado de los diferentes pagadores.

RECOMENDACIONES

REITERAMOS: La Subred Sur ESE, debe continuar generando estrategias efectivas tendientes a garantizar el cumplimiento de los requisitos documentales generada en cada una de las etapas de la contratación de la Venta de Servicios de Salud. Se recomienda evaluar la viabilidad de establecer un documento/procedimiento/guía que defina puntualmente todos los documentos de un proceso contractual estándar al igual que la posibilidad de realizar verificación y su consulta, dando cumplimiento a lo establecido en la Norma.

Cumplir con la totalidad de lo establecido en el Decreto de manera conjunta con las entidades responsables de pago.

En materia de contratación se recomienda realizar estudios de mercado que permitan tener un marco referencia a la hora de realizar la negociación de Bienes y Servicios.

Elaborar el procedimiento gestión de mercadeo - contratación de servicios de salud, Etapa precontractual, procedimiento contratación venta de servicios, procedimiento seguimiento a contratos por venta de servicios procedimiento socialización de productos e información de contratación de servicios y mercadeo, estableciendo el Que, Quien, Como, Riesgo, Punto de Control, Cuando – Tiempo, Documento Asociado – Registro.

Implementar y documentar las medidas de control en un proceso donde se pueda verificar que las actualizaciones de los nuevos procedimientos en salud y las tarifas están bien de acuerdo a lo contratado.

Cumplir a cabalidad con los estándares del Decreto 441 de Marzo de 2022.

Continuar con la implementación de nuevas estrategias que van encaminadas a solucionar hallazgos de no conformidad y observaciones dadas en nuestros informes, sugerimos se continúen con este ímpetu que está conllevando a un mejoramiento continuo que cada vez se hace más visible

7. AUDITORIA DE CALIDAD, ACREDITACIÓN MEJORAMIENTO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

PLAN DE AUDITORÍA	**AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022**
AUDITORES	**AUDITOR DE CALIDAD – Dr. Jaime Godoy**
	REVISOR FISCAL - Pedro Barreto
FUNCIONARIOS AUDITADOS EN LA SUBRED	**Ing. Iván Cadena Grandas / Jefe de Oficina de Calidad** **Dra. Martha Ramírez/Médica de Calidad**

La Subred cuenta con un Programa Anual de Auditorías Internas, enmarcado en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad "**Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud".** Comprende la definición de las actividades propias de la auditoría interna de la Subred Sur.

De acuerdo con el manual en mención, se definen los responsables y existen diferentes tipos de auditoria, las cuales permiten la verificación de servicios, productos, sistemas de gestión y procesos, entre ellos están:

7.1 AUDITORIA DE PROCESOS Y AUDITORIA DE REGISTROS

Conforme a este tipo de Auditoría se realizan:

Auditoría Clínica Retrospectiva
Auditoría de Caso
Auditoría Concurrente (Todas soportadas)

Los niveles de operación que implementa la SUBRED SUR para promover la mejora continua están divididos en tres niveles: Autocontrol, Auditoría Interna y Auditoría Externa.

Evidenciamos como la Subred ha implementado los procesos de las diferentes auditorías encaminadas a lo propuesto normativamente, observamos el cumplimiento de los diferentes planes de auditoría como el plan anual y seguimiento al PAMEC.

7.2 CON RELACIÓN A LAS AUDITORÍAS SE CUENTA CON:

Programa Anual de Auditorías Internas, CA-PAM-MA-01 V6, el cual da cumplimiento a lo enmarcado en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad **"Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud".**

Comprende la definición de las actividades propias de la auditoría interna de la Subred Sur, que van desde la planificación de las auditorías, hasta la ejecución, elaboración y entrega del informe, acompañamiento en la elaboración del plan de mejoramiento y seguimiento a su cumplimiento para el cierre del correspondiente ciclo de mejora.

De acuerdo con el manual en mención, se definen los responsables y existen diferentes tipos de auditoría, las cuales permiten la verificación de servicios, productos, sistemas de gestión y procesos, entre ellos están:

- **AUDITORIA DE PROCESOS:** Es un proceder sistemático, que se encamina a lograr el cumplimiento de las acciones y estrategias, evalúa el rendimiento, se considera una herramienta para mejorar la calidad, busca las mayores eficiencias operativas y mejores resultados en los procesos.

- **AUDITORIA DE REGISTROS:** La cual comprende la verificación de los registros, para identificar si cumplen los requisitos establecidos, los normativos, los organizacionales, y así concluir si los procesos se están llevando a cabo de acuerdo a los requisitos, en este tipo de auditoría se incluyen las evaluaciones a las Guías de Práctica Clínica, Normas Técnicas, Protocolos, y Procedimientos institucionales.

  Conforme a este tipo de auditoría se realiza:

- **AUDITORÍA CLÍNICA RETROSPECTIVA:** (Auditoría de Registros Médicos y Cuentas Médicas) Incluye la revisión técnico-médica de las reclamaciones o recobros, con la alta calidad, de acuerdo a la normatividad aplicable correspondiente.

- **AUDITORÍA DE CASO:** Auditoría que no está incluida en el plan anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, puede incluir aspectos administrativos relacionados directamente con la atención brindada.

- **AUDITORIA CONCURRENTE:** Se realiza un seguimiento estricto a la calidad de la prestación de los servicios a pacientes internados en el mismo lugar de la hospitalización; su principal objetivo es vigilar y propender por el cumplimiento de la calidad en la atención al paciente y la racionalidad en el costo.

- Los niveles de operación que implementa la SUBRED SUR para promover la mejora continua están divididos en tres niveles: autocontrol, auditoría interna y auditoría externa.

7.3 PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS VIGENCIA 2022

De acuerdo con lo anterior y teniendo como base el Manual de Auditorías Internas, se define el Programa de Auditoría en el cual se incluye la evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica adoptadas por la Subred Sur, así como los protocolos y/o procedimientos priorizados, de acuerdo a la Normatividad vigente, el perfil de morbilidad de la Subred, y las acciones derivadas de la autoevaluación de los Estándares de Acreditación; con el fin de cerrar brechas entre la calidad observada y la calidad esperada mediante los seguimientos respectivos tanto de los resultados

como del cumplimiento de la ejecución del plan, de acuerdo a la periodicidad definida (trimestral, cuatrimestral, semestral y/o anual), de cada una de las auditorías a los documentos definidos

Se puede observar por medio del siguiente link el archivo de los resultados del Programa Anual de Auditorías:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1kAwM_RZG7b06-9BkkkniE_lxzZ9YVNSf/edit?usp=share_link&ouid=107690123189908880961&rtpof=true&sd=true

TIPO DE ACCIONES: Con relación al tipo de acciones de mejora, actualmente de acuerdo con el Modelo de Mejoramiento Continuo de la Calidad y Gestión Institucional,CA-MCC-MA-01 V10, se tienen establecidas, las siguientes acciones, que se formulan de acuerdo con los resultados obtenidos.

ACCIÓN CORRECTIVA: Cuando se realiza una acción para corregir un suceso que ya se presentó (ataca la causa del problema). También se considera como la Intervención que se emprende para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

ACCIÓN DE MEJORA: Es el conjunto de tareas puntuales que se ejecutan para desarrollar una oportunidad de mejora dentro de un plan de mejoramiento. Las acciones de mejora se estructuran en siguiendo las etapas del ciclo de mejoramiento (Planear, Hacer, Verificar y Actuar).

ACCIÓN PREVENTIVA: Intervención que se emprende para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial indeseable.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC, para la vigencia 2022, CA-PAM-PG-01 V, La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur continua teniendo como enfoque los estándares del Sistema Único de Acreditación, establecidos a través de la Resolución 5095 de 2018, por lo cual la FORMULACION DE LA MATRIZ DEL PAMEC se articuló CON LA FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DE ACREDITACION 2022, plan de mejoramiento que a la fecha alcanza el 97.5% de cumplimiento, y el cual contempla acciones que aplican a los procesos institucionales de acuerdo a las oportunidades de mejora priorizadas desde el inicio de la vigencia

Se puede observar por medio del siguiente link el archivo de la Matriz de Seguimiento PAMEC a Dic 26 de 2022

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1jQLuxYw1XCiP6CGjFjKonJ4aJwhaMBfp/edit?usp=share_link&ouid=107690123189908880961&rtpof=true&sd=true

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Evidenciamos como la Subred ha implementado los procesos de las diferentes auditorías encaminadas a lo propuesto normativamente, observamos el cumplimiento de los diferentes planes de auditoría como el Plan Anual y seguimiento al PAMEC.

- El esfuerzo realizado por la Subred para cumplir con los objetivos planteados por el área de Calidad, se observa llevando a cabo la ejecución de las diferentes actividades propuestas en pro de un mejoramiento continuo.

- Nuestra invitación es a que continúen con el ímpetu que llevan para alcanzar las metas propuestas.

8. AUDITORÍA ASISTENCIAL, MÉDICA Y GESTIÓN DEL RIESGO HOPITALES NAZARETH Y SAN JUAN

PLAN DE AUDITORÍA	**AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022**
AUDITORES	**AUDITOR MÉDICO – Dra. Martha Blanco**
	REVISOR FISCAL - Pedro Barreto
FUNCIONARIOS AUDITADOS EN LA SUBRED	**Dra. Liliana Triviño / Profesional de Calidad** **Dra. Nancy Marcela Morales / Profesional de enlace** **Dra. Alexandra Velásquez / Profesional de Calidad**

RESUMEN

La Revisoría Fiscal durante el mes de Enero 2023, realiza auditoría documental y concurrente en las Sedes San Juan y Nazareth, ubicadas en la Localidad de Sumapaz, encontrando que estas dos Unidades se encuentran acreditadas cuentan con extensión de acreditación hasta Abril 2023, por parte de la Revisoría Fiscal se realiza auditoría concurrente a estas sedes verificando el cumplimiento de la Resolución 3100 del 2019, en donde se evidencia que existen oportunidades de mejora en los estándares de infraestructura y contingencia de Historias Clínicas. Durante la concurrencia se realizó la verificación de la oportunidad en la atención de los servicios ofertados los cuales se encuentran en el estándar de los indicadores según lo establece RESOLUCIÓN 256 DE 2016.

ALCANCE

Hospital Nazaret, San Juan: Habilitación, evaluación concurrente Oportunidad, accesibilidad, Continuidad, Seguridad, Pertinencia. Avance en Acreditación. Análisis, Conclusiones y Recomendaciones.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta auditoria la Revisoría Fiscal se realiza revisión documental de autoevaluación, fichas de indicadores, soportes de acreditación y **auditoría concurrente de las sedes de San Juan de Sumapaz y Nazareth**.

DESARROLLO

HABILITACIÓN DE SERVICIOS RESOLUCIÓN 3100 DEL 2019

8.1 CENTRO DE SALUD NAZARETH: El Centro de Salud Nazareth -Localidad: Sumapaz Dirección: Corregimiento de Nazareth de Sumapaz, cuenta con los siguientes servicios:

- Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica: Laboratorio clínico. Toma de muestras de Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico, Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje.

- Servicios Ambulatorios, Medicina Interna, Medicina General Ginecobstetricia Pediatría, Odontología General, Cirugía General y Enfermería.

- Servicios Hospitalarios: Hospitalización Adultos.

- Atención inmediata Urgencias: Atención del parto Urgencias, Transporte asistencial básico (1).

Se realiza auditoria concurrente de habilitación al de Centro de Salud Nazareth, según Resolución 3100 del 2019, observando los siguientes hallazgos:

8.1.1 SERVICIOS AMBULATORIOS

8.1.1.1 MEDICINA GENERAL:

INFRAESTRUCTURA: No cuenta con adecuada ventilación, no cuenta con mediacaña de pared techo.

HISTORIA CLÍNICA: En la Subred Existe el procedimiento de manejo de contingencia por no disponibilidad del sistema de información en servicios ambulatorias. AMB- PR-01 V1.

8.1.1.2 ODONTOLOGÍA GENERAL:

HISTORIA CLÍNICA: En la Subred Sur, Existe procedimiento manejo contingencia por no disponibilidad del sistema de información en Servicios Ambulatorios. AMB- PR-01 V1.

Cuenta con toma de RX de Odontología, el cual no se ha utilizado, por falta de capacitación a los profesionales.

8.1.1.3 HOSPITALIZACIÓN:

INFRAESTRUCTURA: No cuenta con adecuada ventilación, no cuenta con mediacaña de pared techo, en Observación y Hospitalización no cuenta con barrera física o móvil que permita privacidad del paciente.

La Central de Enfermería esta contigua a cama de observación sin división física. Se observa sala de paciente aislado sin dotación.

DOTACIÓN: No cuenta con Oxígeno medicinal que puede ser suministrado mediante salida de oxígeno medicinal o mediante oxígeno medicinal portátil por camilla.

Camilla de observación en mal estado, no funcionan las llantas.

Cuenta con camas y camillas sin colchoneta.

8.1.1.4 ATENCIÓN INMEDIATA URGENCIAS

8.1.1.4.1 URGENCIAS

INFRAESTRUCTURA: No cuenta con consultorio exclusivo para atención de paciente en urgencias.

8.1.1.4.2 SALA DE PARTOS

INFRAESTRUCTURA: No cuenta con adecuada ventilación, no cuenta con mediacaña de pared techo., se observa humedad en pared en proceso de mantenimiento.

DOTACIÓN: Cuenta con camas para posparto sin colchones.

8.1.1.5 TRASPORTE DE ATENCIÓN BÁSICA:

No cuenta con zona de estacionamiento.

8.1.1.6 APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA:

8.1.1.6.1 LABORATORIO CLÍNICO:

HISTORIA CLÍNICA: Los reportes de los resultados son cargados a Compronet, página del prestador y los resultados son consultados por la página -web, los resultados no quedan cargados en Dinámica Gerencial.

8.2 CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ

El Centro de Salud San Juan de Sumapaz -Localidad: Sumapaz, cuenta con los siguientes servicios:

- Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica: Toma de muestras de laboratorio clínico Servicio farmacéutico Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas

- Atención Inmediata Urgencias: Urgencias Atención del parto, Transporte asistencial básico

- Servicios Ambulatorios Odontología general Medicina general Servicios ambulatorios Enfermería Cirugía general Pediatría Ginecobstetricia Medicina interna Medicina familiar.

8.2.1 SERVICIOS AMBULATORIOS

INFRAESTRUCTURA: No cuenta con adecuada ventilación, no cuenta con mediacaña de pared techo, el consultorio de Medicina General no cuenta con el área establecida por la Resolución 3100 del 2019.

HISTORIA CLÍNICA: En la Subred existe procedimiento manejo contingencia por no disponibilidad del sistema de información en servicios ambulatorias. AMB- PR-01 V1.

8.2.2 ODONTOLOGIA GENERAL

INFRAESTRUCTURA: No cuenta con mediacaña de pared techo, no cuenta con el área establecida por la Resolución 3100 del 2019. El área de Rx Odontológicos no cuenta con la certificación área.

DOTACIÓN: Rx de Odontología no cuenta con licencia.

HISTORIA CLÍNICA: En la Subred Sur, existe procedimiento de manejo de contingencia por no disponibilidad del sistema de información en servicios ambulatorias. AMB- PR-01 V1.

8.2.3 ATENCION INMEDIATA

8.2.3.1 URGENCIAS:

INFRAESTRUCTURA: No cuenta con consultorio exclusivo para atención de paciente en Urgencias.

DOTACIÓN: No cuenta con Oxígeno medicinal que pueda ser suministrado mediante salida de oxígeno medicinal o mediante oxígeno medicinal portátil por camilla.

8.2.4 SALA DE PARTOS:

INFRAESTRUCTURA: se proyecta realizar modificación de sala de partos, para que esta quede seguida a recuperación postparto.

8.2.5 TRANSPORTE ASISTENCIAL: La sede cuenta con Ambulancia básica y ambulancia Medicalizada.

8.3 INDICADORES:

OPORTUNIDAD: Los Indicadores de oportunidad para los dos centros de Salud se encuentran en el estándar esperado así: consulta Medicina General promedio 2 días, Odontología General promedio 3 días.

Se realizan jornadas de Salud 1 vez al mes lo cual garantiza el acceso a los servicios de Ginecología, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General.

La oportunidad en tiempo de pre análisis que incluye el tiempo de trasporte de los Laboratorios Clínicos se encuentra en promedio 3 días y la oportunidad en entrega de lectura de resultados se encuentra en promedio 6 horas. Del anterior resultado se resalta que los laboratorios de primer nivel son procesados en el Centro de Salud de Nazareth, y los de mayor complejidad son transportados a Bogotá.

Durante el año 2022 se identificaron 30 fallas de Calidad en la Unidad de Nazareth y 38 fallas de Calidad en la de San Juan, las cuales fueron analizadas y se plantearon sus respectivos planes de mejora. Para un total de 68 fallas de Calidad para el año 2022, distribuidas así:

FALLA DE CALIDAD	USS NAZARETH	USS SAN JUAN	TOTAL
Evento Adverso No Prevenible	2	1	3
Evento Adverso Prevenible	4	1	5
Incidente	3	3	6
Indicio de Atención Insegura	21	33	54
TOTAL	**30**	**38**	**68**

8.4 AVANCES DE ACREDITACIÓN: La Subred Sur, ha venido trabajando en acreditación en Enero y Febrero de 2022 se ejecutó la autoevaluación cuantitativa de los estándares del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, por medio de la Hoja Radar, acorde a la metodología institucional y los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Actualmente la Subred Sur cuenta con extensión de acreditación para los Centros de Salud de Nazareth y San Juan hasta el 20 de Abril del 2023, como se observa en la siguiente imagen.

CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EN SALUD

CERTIFICATE OF HEALTH CARE ACCREDITATION

ICONTEC certifica que:

ICONTEC certifies that:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Unidades de Servicio de Salud:

Sede 1: 1100130294-49 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NAZARETH-y sede 2: 1100130294-46 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPÁZ - Corregimiento San Juan de Sumapaz y Corregimiento de Nazareth

Cundinamarca

Ha sido evaluado y aprobado con respecto a los estándares del

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD - SUA

RESOLUCION 5095 DE 2018 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Has been assessed and approved based on the standards of the

COLOMBIAN HEALTH CARE ACCREDITATION SYSTEM

RES. No. 5095 OF 2018, ISSUED BY THE MINISTRY OF SOCIAL PROTECTION

Esta aprobación está sujeta a que se cumplan y mantengan los requisitos de los estándares, lo cual será verificado por ICONTEC

This approval is subject to the fulfillment and maintenance of requirements established in the standards, which will be verified by ICONTEC

Certificado No. 059

Certificate No.

Fecha de aprobación: 2022 12 21
Approval date:

Fecha de Vencimiento: 2023 04 20
Expiration date:

Roberto Enrique Montoya Villa
DIRECTOR EJECUTIVO DE ICONTEC

La Subred Sur, en Diciembre del 2022, solicito visita y cotización para nuevo ciclo de las sedes acreditadas Nazareth y San Juan de igual forma solicita cotización y visita para postulación de las sedes de Mochuelo, Pasquilla, Destino y Vista Hermosa y como segunda opción la sede del Tunal.

CONCLUSIONES

- Durante la auditoría concurrente se observó que los Centros de Salud no cumplen con las áreas de los consultorios de Odontología y Medicina General, y con las condiciones para certificar el área de Rx de Odontología. Al igual que la medio caña entre el techo y la pared. No cuenta con las barreras físicas en algunos consultorios y algunas divisiones en zonas de observación, de igual forma no se evidencia consultorio exclusivo para atención de Urgencias.

- Las dos sedes cuentan con dotación de equipos para el manejo Ambulatorio, Urgencias, Hospitalización y Parto, aunque el volumen de pacientes no es alto.

- Cumplen con la dotación de equipos los cuales se encuentran funcionando y se les ha realizado el respectivo mantenimiento preventivo.

- Las dos sedes cuentan con transporte básico, San Juan cuenta con Trasporte Medicalizado con tripulación completa disponible (Conductor, Medico y Auxiliar).

- Se organizan jornadas de Salud las cueles permiten tener acceso a los servicios de Medicina interna, Ginecología, pediatría y Cirugía General.

- Las sedes de Nazareth y San Juan cuentan con extensión en acreditación hasta Abril 2023, la Subred Sur ya solicito cotización y visita para estas sedes, y a la vez postula nuevas sedes en primer lugar de Mochuelo, Pasquilla, Destino y Vista Hermosa y como segunda opción la sede del Tunal.

RECOMENDACIONES

- Realizar los ajustes necesarios para dar cumplimiento a la Resolución 3100 del 2019.

- Evaluar la necesidad de Recurso Humano actual y los servicios habilitados, frente a la población atendida.

- Realizar retroalimentación del procedimiento manejo contingencia por no disponibilidad del sistema de información en servicios ambulatorias. AMB- PR-01 V1.

- Continuar prestando los servicios con oportunidad, continuidad y accesibilidad como hasta el momento se ha podido evidenciar.

9. AUDITORÍA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN (VALIDACIÓN DE EQUIPOS TUNAL Y EL CARMEN)

PLAN DE AUDITORÍA	**AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022**
AUDITORES	**AUDITOR DE SISTEMAS – Dra. Yency Quintero**
	REVISOR FISCAL - Dr. Pedro Barreto
FUNCIONARIOS AUDITADOS EN LA SUBRED	**Ing. Diana Ussa / Jefe de Oficina TICS** **Sra. Pilar Lombana / Técnica Oficina de Sistemas TICS**

OBJETIVO

Validación de Equipos: Evaluación inventario, fecha de actualización, proceso de identificación, suficiencia, evaluación concurrente.

Licencias: Dinámica Gerencial, Laboratorio Clínico, Laboratorio de Patología, imagenología, Almeda, Windows, SQL, Office, otros, descripción, versión, Evaluación concurrente, Análisis.

9.1 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA: Se efectúa validación de inventarios de equipos y licenciamiento con evaluación concurrente y con la información de documentación entregada por la Subred Sur, evidenciándose, lo siguiente:

Recibimos una primera entrega de la documentación solicitada el 21 de Diciembre de 2022 por parte de la Subred Sur de acuerdo a la Solicitud realizada por la Auditoria de Sistemas para validar información documental y de concurrencia, tanto de equipos de cómputo como de licenciamiento, en este primera entrega de los inventarios se evidencio que les faltaba complementar y depurar información, se realizó una reunión y se acordó actualizar complementar y depurar dicha base entregada, se les explico la información que se requería la cual la entregaron para poder realizar verificación en la concurrencia, por lo tanto nos entregan nuevamente el listado de inventarios el día 16 de Enero de 2023 y se evidencia lo siguiente:

HALLAZGO 1: No se encuentra completa la información equipos donde no especifica si son equipos propios o en arriendo aparece en la base como "Desconocido, no aplica, pend o pendiente o celdas vacías" en esta columna. Se muestran en algunas unidades como Meissen, Vista Hermosa, El Carmen, Perdomo, Sierra Moreno entre otras), y en la columna donde debe decir la "Marca del equipo" aparece como el dato de "arriendo" lo cual no es coherente. (Los datos no son los reales la información no está actualizada ni depurada completamente en el inventario general que nos envía la Subred Sur área de Sistemas).

INVENTARIO GENERAL 2023

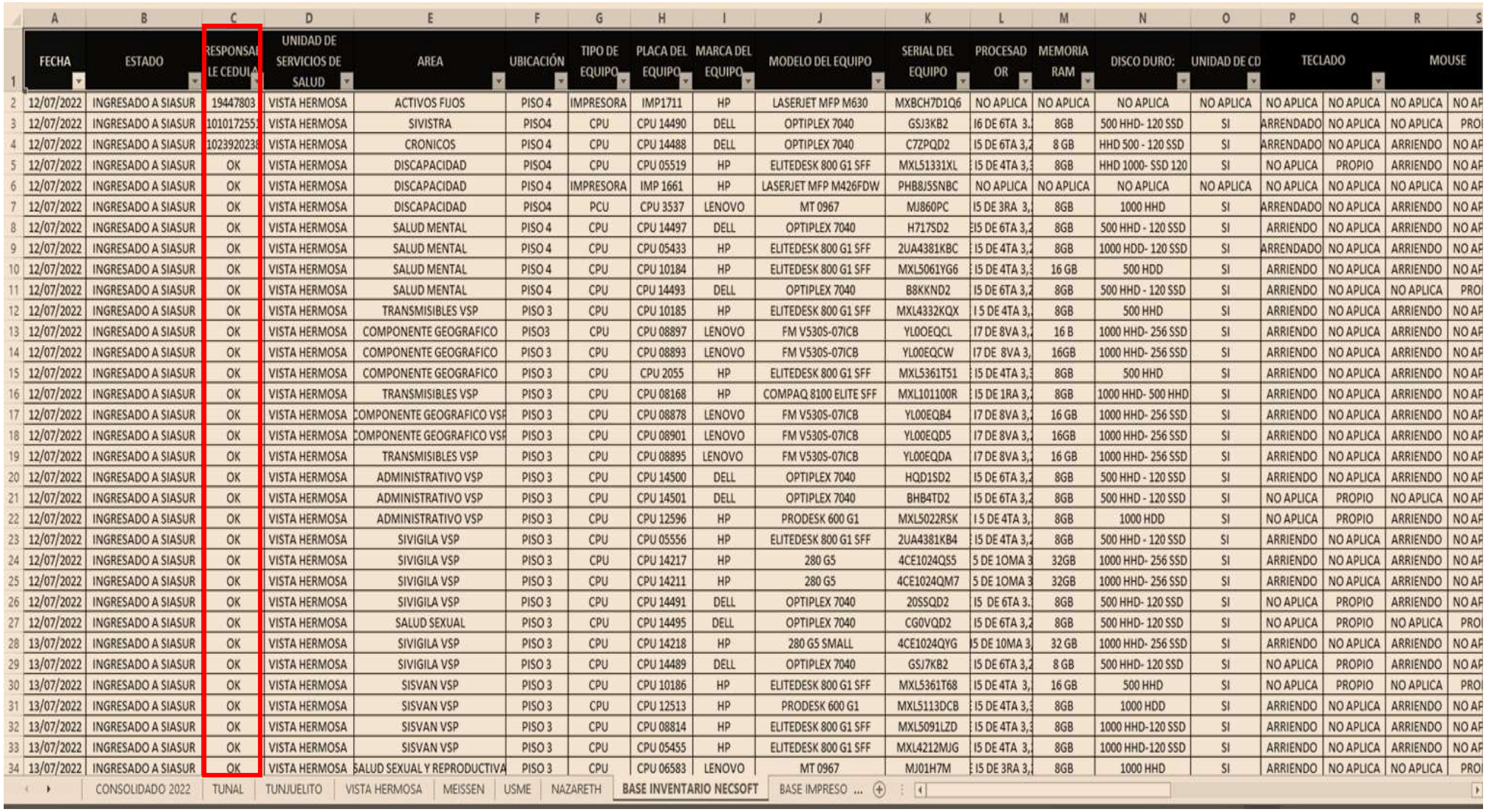
CONSECUTIVO	FECHA INVENTARIO	AREA	UNIDAD	UBICACION	TIPO EQUIPO (ELEMENTO DE COMPUTO E IMPRESORAS)	DIRECCION IP	ARRIENDO / PROPIO	PLACA INVENTARIO	MARCA	MODELO	SERIAL
19	13/01/2023	UCI PEDIATRICA	MEISSEN	PISO 3 SUR ORIENTE TORRE 2	TODOENUNO	NO APLICA	DESCONOCIDO	NO APLICA	LENOVO	MPNXS162800E	MP1ZG9RA
21	13/01/2023	UCI PEDIATRIA	MEISSEN	PISO 3 SUR ORIENTE TORRE 2	TODO EN UNO	NO APLICA	DESCONOCIDO	6567	LENOVO	MPNXS162800E	MP1ZG3EC
275	13/01/2023	PIGA/ SURA	VISTA HERMOSA	4 PISO	ESCRITORIO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
524	13/01/2023	Urgencias Adultos	MEISSEN	PISO 1	ESCRITORIO	PROPIO	PENDIENTE	M000005313	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
536	13/01/2023	AREA ADMINISTRATIVA	CARMEN	ADMINISTRATIVA	ESCRITORIO	NECTSOFT	172.16.124.232	CPU-14624	DELL	OPTIPLEX 7040	H739SD2
538	13/01/2023	ÁREA ADMINISTRATIVA	CARMEN	ADMINISTRATIVA	ESCRITORIO	NECTSOFT	172.16.124.233	CPU-14708	DELL	OPTIPLEX 7040	BN5KND2
540	13/01/2023	ÁREA ADMINISTRATIVA	CARMEN	ADMINISTRATIVA	ESCRITORIO	NECTSOFT	172.16.124.57	CPU-05034	HP	HP COMPAQ PRO 6300 SFF	MXL3101TFJ
542	13/01/2023	ÁREA ADMINISTRATIVA	CARMEN	ADMINISTRATIVA	ESCRITORIO	NECTSOFT	172.16.124.234	CPU-14705	DELL	OPTIPLEX 7040	JFW2ND2
565	13/01/2023	ACTIVOS FIJOS	CARMEN	PISO2 ACTIVOS	ESCRITORIO	NECSOFT	NO APLICA	IMP2169	ZEBRA	GK420T	NO APLICA
653	13/01/2023	FACTUCACION	ESTRELLA	1	TODO EN 1	TODO EN 1	PEND	H0051670	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
654	13/01/2023	ATENCION AL CIUDADANO	ESTRELLA	1	TODO EN 1	TODO EN 1	PEND	H0051631	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
655	13/01/2023	TERAPIA OCUPCIONAL	ESTRELLA	2	TODO EN 1	TODO EN 1	PEND	H0052496	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
656	13/01/2023	STAN ENFERMERIA	ESTRELLA	2	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PEND	81956	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
657	13/01/2023	CONS. 1	ESTRELLA	1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PEND	H0052465	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
658	13/01/2023	MEDICO	ESTRELLA	1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PEND	2,24E+13	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
659	13/01/2023	CONSULTORIO 1	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 14959	ARRIENDO	HP	PRODESK 600 G
660	13/01/2023	CONSULTORIO 2	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 11843	ARRIENDO	HP	ELITEDESK 800
661	13/01/2023	CONSULTORIO 3	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 14960	ARRIENDO	HP	PRODESK 600 G
662	13/01/2023	CONSULTORIO 6	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 12137	ARRIENDO	HP	PRODESK 600 G
663	13/01/2023	CONSULTORIO 7	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 12130	ARRIENDO	HP	PRODESK 600 G
664	13/01/2023	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	PERDOMO	PISO 1	AIO	AIO	PENDIENTE	CPU 08707	ARRIENDO	HP	PROONE 400
870	13/01/2023	CONVENIO TERRITORIOS	SIERRA MORENA	PISO 1	PORTATIL	ARRIENDO	NO APLICA	CPU 4749	HP	ELITEBOOK 840 G3	5CG7310V91
871	13/01/2023	CONVENIO TERRITORIOS	SIERRA MORENA	PISO 2	PORTATIL	ARRIENDO	NO APLICA	CPU 4748	HP	ELITEBOOK 840 G3	5CG7323ZT0
872	13/01/2023	CONVENIO TERRITORIOS	SIERRA MORENA	PISO 3	PORTATIL	ARRIENDO	NO APLICA	CPU 4747	HP	ELITEBOOK 840 G3	5CG7323ZGK
873	13/01/2023	CONVENIO TERRITORIOS	SIERRA MORENA	PISO 4	PORTATIL	ARRIENDO	NO APLICA	CPU 4746	HP	ELITEBOOK 840 G3	5CG73241FZ

Imagen1.

HALLAZGO 2: Nos entregan tercer inventario el 18 de Enero, donde solo especifican los equipos en arriendo con NECSOFT Consolidado 2022 (Imagen 2), pero en el inventario general el consolidado que es la (Imagen1), al realizar los respectivos filtros en equipos propios no especifica la información exacta como seriales, modelo, ubicación entre otros.

RECOMENDACIÓN HALLAZGO 1 Y 2: Depurar la información, organizarla, complementarla que no existan celdas vacías ni con caracteres que no aplican, mejorar la calidad de datos, actualizar los inventarios con sus características en cada equipo.

HALLAZGO 3: Al revisar el inventario de los equipos en arriendo NECSOFT que es un tercer archivo diferente que nos entrega sistemas como se evidencia en la (imagen2), es imposible verificar quien es el responsable de cada equipo, esta columna ya la habían entregado en el en archivo supuestamente consolidado "Inventario 2023 RVF V1" inventario el área de sistemas pero lo modificaron y quitaron dicha columna porque nos informan que como Revisoría Fiscal la teníamos que solicitar a Activos Fijos que eran los que tenían en el sistema esta información exacta ya que eran los responsables de estos traslados, pero según lo informado por el área de Activos fijos ellos no se hacen cargo de dichos traslados ni inventario de terceros o arrendamiento solo se hacen responsables de los traslados de los equipos propios, por lo tanto, esta información es responsabilidad del área de sistemas la cual no está actualizada.



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	FECHA	ESTADO	RESPONSABLE CEDULA	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	AREA	UBICACIÓN	TIPO DE EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	MARCA DEL EQUIPO	MODELO DEL EQUIPO	SERIAL DEL EQUIPO	PROCESADOR	MEMORIA RAM	DISCO DURO:	UNIDAD DE CD	TECLADO		MOUSE	
2	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	19447803	VISTA HERMOSA	ACTIVOS FIJOS	PISO 4	IMPRESORA	IMP1711	HP	LASERJET MFP M630	MXBCH7D1Q6	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO AP
3	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	101017255	VISTA HERMOSA	SIVISTRA	PISO4	CPU	CPU 14490	DELL	OPTIPLEX 7040	GSJ3KB2	I6 DE 6TA 3.	8GB	500 HHD- 120 SSD	SI	ARRENDADO	NO APLICA	NO APLICA	PRO
4	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	1023920239	VISTA HERMOSA	CRONICOS	PISO 4	CPU	CPU 14488	DELL	OPTIPLEX 7040	C7ZPQD2	I5 DE 6TA 3,2	8 GB	HHD 500 - 120 SSD	SI	ARRENDADO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
5	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	DISCAPACIDAD	PISO4	CPU	CPU 05519	HP	ELITEDESK 800 G1 SFF	MXL51331XL	I5 DE 4TA 3,3	8GB	HHD 1000- SSD 120	SI	NO APLICA	PROPIO	ARRIENDO	NO AP
6	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	DISCAPACIDAD	PISO 4	IMPRESORA	IMP 1661	HP	LASERJET MFP M426FDW	PHB8J5SNBC	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO AP
7	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	DISCAPACIDAD	PISO4	PCU	CPU 3537	LENOVO	MT 0967	MJ860PC	I5 DE 3RA 3,1	8GB	1000 HHD	SI	ARRENDADO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
8	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SALUD MENTAL	PISO 4	CPU	CPU 14497	DELL	OPTIPLEX 7040	H717SD2	I5 DE 6TA 3,2	8GB	500 HHD - 120 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
9	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SALUD MENTAL	PISO 4	CPU	CPU 05433	HP	ELITEDESK 800 G1 SFF	2UA4381KBC	I5 DE 4TA 3,2	8GB	1000 HDD- 120 SSD	SI	ARRENDADO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
10	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SALUD MENTAL	PISO 4	CPU	CPU 10184	HP	ELITEDESK 800 G1 SFF	MXL5061YG6	I5 DE 4TA 3,3	16 GB	500 HDD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
11	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SALUD MENTAL	PISO 4	CPU	CPU 14493	DELL	OPTIPLEX 7040	B8KKND2	I5 DE 6TA 3,2	8GB	500 HHD - 120 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	NO APLICA	PRO
12	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	TRANSMISIBLES VSP	PISO 3	CPU	CPU 10185	HP	ELITEDESK 800 G1 SFF	MXL4332KQX	I 5 DE 4TA 3,1	8GB	500 HHD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
13	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	COMPONENTE GEOGRAFICO	PISO3	CPU	CPU 08897	LENOVO	FM V530S-07ICB	YL0OEQCL	I7 DE 8VA 3,1	16 B	1000 HHD- 256 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
14	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	COMPONENTE GEOGRAFICO	PISO 3	CPU	CPU 08893	LENOVO	FM V530S-07ICB	YL00EQCW	I7 DE 8VA 3,	16GB	1000 HHD- 256 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
15	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	COMPONENTE GEOGRAFICO	PISO 3	CPU	CPU 2055	HP	ELITEDESK 800 G1 SFF	MXL5361T51	I5 DE 4TA 3,3	8GB	500 HHD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
16	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	TRANSMISIBLES VSP	PISO 3	CPU	CPU 08168	HP	COMPAQ 8100 ELITE SFF	MXL101100R	I5 DE 1RA 3,1	8GB	1000 HHD- 500 HHD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
17	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	COMPONENTE GEOGRAFICO VSP	PISO 3	CPU	CPU 08878	LENOVO	FM V530S-07ICB	YL00EQB4	I7 DE 8VA 3,1	16 GB	1000 HHD- 256 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
18	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	COMPONENTE GEOGRAFICO VSP	PISO 3	CPU	CPU 08901	LENOVO	FM V530S-07ICB	YL00EQD5	I7 DE 8VA 3,1	16GB	1000 HHD- 256 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
19	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	TRANSMISIBLES VSP	PISO 3	CPU	CPU 08895	LENOVO	FM V530S-07ICB	YL00EQDA	I7 DE 8VA 3,1	16 GB	1000 HHD- 256 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
20	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	ADMINISTRATIVO VSP	PISO 3	CPU	CPU 14500	DELL	OPTIPLEX 7040	HQD1SD2	I5 DE 6TA 3,2	8GB	500 HHD - 120 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
21	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	ADMINISTRATIVO VSP	PISO 3	CPU	CPU 14501	DELL	OPTIPLEX 7040	BHB4TD2	I5 DE 6TA 3,2	8GB	500 HHD - 120 SSD	SI	NO APLICA	PROPIO	NO APLICA	NO AP
22	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	ADMINISTRATIVO VSP	PISO 3	CPU	CPU 12596	HP	PRODESK 600 G1	MXL5022RSK	I 5 DE 4TA 3,1	8GB	1000 HDD	SI	NO APLICA	PROPIO	ARRIENDO	NO AP
23	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SIVIGILA VSP	PISO 3	CPU	CPU 05556	HP	ELITEDESK 800 G1 SFF	2UA4381KB4	I5 DE 4TA 3,2	8GB	500 HHD - 120 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
24	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SIVIGILA VSP	PISO 3	CPU	CPU 14217	HP	280 G5	4CE1024QS5	5 DE 1OMA 3	32GB	1000 HHD- 256 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
25	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SIVIGILA VSP	PISO 3	CPU	CPU 14211	HP	280 G5	4CE1024QM7	5 DE 1OMA 3	32GB	1000 HHD- 256 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
26	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SIVIGILA VSP	PISO 3	CPU	CPU 14491	DELL	OPTIPLEX 7040	20SSQD2	I5 DE 6TA 3.	8GB	500 HHD- 120 SSD	SI	NO APLICA	PROPIO	ARRIENDO	NO AP
27	12/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SALUD SEXUAL	PISO 3	CPU	CPU 14495	DELL	OPTIPLEX 7040	CG0VQD2	I5 DE 6TA 3,2	8GB	500 HHD- 120 SSD	SI	NO APLICA	PROPIO	NO APLICA	PRO
28	13/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SIVIGILA VSP	PISO 3	CPU	CPU 14218	HP	280 G5 SMALL	4CE1024QYG	5 DE 10MA 3,	32 GB	1000 HHD- 256 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
29	13/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SIVIGILA VSP	PISO 3	CPU	CPU 14489	DELL	OPTIPLEX 7040	GSJ7KB2	I5 DE 6TA 3,2	8 GB	500 HHD- 120 SSD	SI	NO APLICA	PROPIO	ARRIENDO	NO AP
30	13/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SISVAN VSP	PISO 3	CPU	CPU 10186	HP	ELITEDESK 800 G1 SFF	MXL5361T68	I5 DE 4TA 3,	16 GB	500 HHD	SI	NO APLICA	PROPIO	NO APLICA	PRO
31	13/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SISVAN VSP	PISO 3	CPU	CPU 12513	HP	PRODESK 600 G1	MXL5113DCB	I5 DE 4TA 3,3	8GB	1000 HDD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
32	13/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SISVAN VSP	PISO 3	CPU	CPU 08814	HP	ELITEDESK 800 G1 SFF	MXL5091LZD	I5 DE 4TA 3,3	8GB	1000 HHD-120 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
33	13/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SISVAN VSP	PISO 3	CPU	CPU 05455	HP	ELITEDESK 800 G1 SFF	MXL4212MJG	I5 DE 4TA 3,1	8GB	1000 HHD-120 SSD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	ARRIENDO	NO AP
34	13/07/2022	INGRESADO A SIASUR	OK	VISTA HERMOSA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	PISO 3	CPU	CPU 06583	LENOVO	MT 0967	MJ01H7M	I5 DE 3RA 3,1	8GB	1000 HHD	SI	ARRIENDO	NO APLICA	NO APLICA	PRO

CONSOLIDADO 2022 | TUNAL | TUNJUELITO | VISTA HERMOSA | MEISSEN | USME | NAZARETH | BASE INVENTARIO NECSOFT | BASE IMPRESO ...

Imagen

HALLAZGO 4: Nos envía el área de sistemas un archivo llamado "Inventario con responsables" el día 19 de Enero como se muestra en la imagen3, donde si aparece los responsables de cada equipo pero en esta base no se encuentra si son propios o en arriendo, le falta la información de los anteriores archivos, especificaciones de memoria disco duro entre otros por lo tanto fue dispendioso manejar 4 archivos cada uno con información diferente y al no contar con un archivo consolidado del inventario de la Subred Sur que fue nuestra solicitud inicial.

INVENTARIO PROPIO ACTIVO CON RESPONSABLE Y CENTRO DE COSTOS

PLACA	PRODUCTO	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	DIRECCION	AREA	ID CC	CENTRO COSTOS
CJ00000156	COMPUTADOR PORTATIL	LR-94FGZ	7829	LENOVO	52837210.CCO.1	TORRES PEREZ DIANA MILENA	CANDELARIA ADMI	ATENCION AL USUARIO-PQRS	T12SA	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
CJ00000159	COMPUTADOR PORTATIL	1S782949SLR6	L420 COREI5	LENOVO	1010011781.CCO.5	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS ABRAHAM LIN	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CJ00000160	COMPUTADOR PORTATIL	1S782949SLR6	L420 COREI5	LENOVO	20585907.CCO.3	ANA CECILIA GOMEZ SANTOS	NUEVA SEDE ADMI	GESTION DEL RIESGO	U09SA	DIRECCION DEL GESTION DEL RIESGO EN SALUD
CJ00000162	COMPUTADOR PORTATIL	1S782949SLR6	L420 COREI5	LENOVO	1010011781.CCO.5	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS ABRAHAM LIN	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CJ00000165	COMPUTADOR PORTATIL	1S782949SLR6	L420 COREI5	LENOVO	52337127.CCO.2	AURA PATRICIA CASTRO MORA	NUEVA SEDE ADMI	PLANEACION Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	T08SA	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
CJ00003535	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402011	ZF2273	SMART	51947887.CCO.5	VELANDIA PEDRAZA MARISOL	USS JERUSALEN	COORDINACION MEDICA	U01SA	SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS
CJ00004196	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402009	ZF2273	SMART	1010011781.CCO	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS VISTA HERMO	SISTEMAS TALLER	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CJ00007698	COMPUTADOR PORTATIL	6A768445Q		TOSHIBA	1023940171.CCO.1	DAVID STIVEN GALINDO GONZALEZ	NUEVO MUZÚ - SED	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CJ00007725	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402004	ZF2273	SMART	11301591.CCO	NICOLAS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO	UMHES TUNAL	OFICINA GESTION DEL CONOCIMIENTO E INVES	T11SA	OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO
CJA0000158	COMPUTADOR PORTATIL	LR-85CUD	L420 COREI5	LENOVO	1010011781.CCO.3	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	USS TUNJUELITO ME	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CM00001019	COMPUTADOR COMPLETO	200SN595892	1018-000-00	COMPUMAX	55225955.CCO.16	YURYS ESTHER ORDOÑEZ FIGUEROA	UMHES MEISSEN	SALUD MENTAL	A17ME	CONS PSIQUIATRIA - CAPS MEISSEN
CM00005599	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402015	ZF2273	SMART	11301591.CCO	NICOLAS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO	UMHES TUNAL	OFICINA GESTION DEL CONOCIMIENTO E INVES	T11SA	OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO
CM00005600	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402021	NULO	PC SMART	1024547866.CCO.3	ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN	CAPS EL CARMEN -	ALMACEN	R14SA	GESTION DE ALMACENES
CM00005706	COMPUTADOR PORTATIL	XD064781C	NO TIENE	TOSHIBA	11301591.CCO	NICOLAS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO	UMHES TUNAL	OFICINA GESTION DEL CONOCIMIENTO E INVES	T11SA	OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO
CM20400003	COMPUTADOR PORTATIL	5CD4350ZT8	14 - W006 LA	HEWELLETT P	1005991570.CCO.1	ELIASIB JULIO CARRASCAL	UMHES TUNAL	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CN00002558	COMPUTADOR PORTATIL	PF0BC2ZW	G40-80	LENOVO	19498852.CCO.4	JOSE DANIEL GONZALEZ LUQUE	NUEVA SEDE ADMI	SALUD OCUPACIONAL	R18SA	SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD EN EL TRABAJO
CT00016990	COMPUTADOR PORTATIL	L3BDP7P	IDEALPAD S1	LENOVO	52521382.CCO	DERLY XIMENA MESA OLIVEROS	UMHES TUNAL	TALENTO HUMANO	R15SA	DIRECCION DE TALENTO HUMANO
CT00017853	COMPUTADOR COMPLETO	4CS0010DJC	PAVILLION M	HEWLETT PA	1010011781.CCO	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS VISTA HERMO	SISTEMAS TALLER	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CT00018399	COMPUTADOR PORTATIL	CB26587642	20235	LENOVO	80793154.CCO.1	JAMES FERNANDO BELTRAN RODRIGUEZ	NUEVA SEDE ADMI	TALENTO HUMANO	R15SA	DIRECCION DE TALENTO HUMANO
CT00018505	COMPUTADOR COMPLETO	131221226066	N1812LED	JANUS	19325276.CCO	RENE ALEJANDRO BURGOS ALARCON	UMHES TUNAL	PATOLOGIA	L01TN	LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA - USS EL TUNAL
CT00018507	COMPUTADOR COMPLETO	131221226083	N1812LED	JANUS	1010011781.CCO	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS VISTA HERMO	SISTEMAS TALLER	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CT00018509	COMPUTADOR COMPLETO	140114230497	N1812LED	JANUS	19325276.CCO	RENE ALEJANDRO BURGOS ALARCON	UMHES TUNAL	PATOLOGIA	L01TN	LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA - USS EL TUNAL
CT00018517	COMPUTADOR COMPLETO	131221226107	N1812LED	JANUS	51608163.CCO.1	MARIA ELENA SALDARRIAGA GALLEGO	CAPS ABRAHAM LIN	CONSULTORIO 219 CONSULTA EXTERNA	A10JS	CONS MEDICINA GENERAL - CAPS AMBULATORIA ABRAHAM LINCOLN
CT00018523	COMPUTADOR COMPLETO	131221226078	N1812LED	JANUS	1012344943.CCO.1	NUÑEZ NEIRA HECTOR HERNANDO	CAPS VISTA HERMO	GESTION DE LA INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CT00018535	COMPUTADOR COMPLETO	131221226097	N1812LED	JANUS	1114731439.CCO.6	YEISON STIVEN PULIDO ALARCON	UMHES TUNAL	INGENIERIA BIOMEDICA	R12SA	MANTENIMIENTO (BIOMEDICO E INFRAESTRUCTURA)
CT00018635	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402003	PCS GOB14P	PC SMART	28552471.CCO.2	CASTAÑO OSPITIA GLADIS	CAPS EL CARMEN	CALIDAD	T10SA	OFICINA DE CALIDAD
CT00018636	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402004	PCS GOB - 14	PC SMART	1010011781.CCO	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS VISTA HERMO	SISTEMAS TALLER	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CT00018773	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402015	PCS GOB 14	PC SMART	19365283.CCO	SUAREZ SUAREZ JOSE NESTOR	UMHES TUNAL	PLANEACION	T08SA	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
CT00018774	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402017	PCS GOB 14	PC SMART	52113522.CCO.18	PENA HIDALGO JEANNETH MARCELA - PU	CAPS EL CARMEN	CALIDAD	T10SA	OFICINA DE CALIDAD
CT00018878	COMPUTADOR PORTATIL	Z22731402017	PCS GOB14 P	PC SMART	53032753.CCO	LENA TATIANA RESTREPO AVELLA	UMHES TUNAL	UNIDAD RENAL	A09TN	CONS NEFROLOGIA - CAPS EL TUNAL

Inventario activo responsables

Imagen3.

RECOMENDACIÓN HALLAZGOS 3 Y 4: validar el proceso entre el área de Sistemas y Activos fijos en los inventarios de terceros, además se recomienda al área de sistemas mantener actualizados sus inventarios con las especificaciones de cada uno de los equipos y demás información.

HALLAZGO 5: Se evidencia en el archivo 190 equipos que no se especifica su ubicación, se encuentra el área pero no especifica solo aparece piso azul o números 1 y 2 o pisos que no existen en la Subred Sur como se ve en la imagen 4. Se evidencia esta información en las unidades como (Tunal, Estrella, Santa Marta, Sierra Morena, Mochuelo, Pasquilla, San Benito, Abraham y "Medicina Interna" lo cual esta última no es una unidad) Además los equipos de la Unidad Estrella no evidencian su serial ni tampoco especifica si son propios o en arriendo.

INVENTARIO GENERAL 2023

CONSECUTIVO	FECHA INVENTARIO	AREA	UNIDAD	UBICACION	TIPO EQUIPO (ELEMENTO DE COMPUTO E IMPRESORAS)	DIRECCION IP	ARRIENDO / PROPIO	PLACA INVENTARIO	MARCA	MODELO	SERIAL
179	14/01/2023	URGENCIAS	TUNAL	PISO AZUL	TODO EN UNO	172.16.132.242	PROPIO	T0051365	LENOVO	M820Z	MJ07XL07
180	14/01/2023	URGENCIAS	TUNAL	PISO AZUL	TODO EN UNO	172.16.133.7	PROPIO	T0051823	LENOVO	M820Z	MJ07WCT7
181	14/01/2023	URGENCIAS	TUNAL	PISO AZUL	TODO EN UNO	172.16.132.239	PROPIO	T0051843	LENOVO	M820Z	MJ07XL2P
182	14/01/2023	URGENCIAS	TUNAL	PISO AZUL	ESCRITORIO	172.16.134.178	ARRIENDO	CPU4093	HP	PRODESK	NULL
183	14/01/2023	URGENCIAS	TUNAL	PISO AZUL	PORTATIL	172.16.134.192	ARRIENDO	NO APLICA	DELL	LATITUDE E7270	NULL
184	14/01/2023	URGENCIAS	TUNAL	PISO AZUL	TODO EN UNO	172.16.132.202	PROPIO	T0051796	LENOVO	M820Z	MJ07XLM2
185	14/01/2023	URGENCIAS	TUNAL	PISO AZUL	TODO EN UNO	172.16.132.178	PROPIO	T0051784	LENOVO	M820Z	MJ07XLEF
186	14/01/2023	URGENCIAS	TUNAL	PISO AZUL	TODO EN UNO	172.16.132.125	PROPIO	T0051751	LENOVO	M820Z	MJ07WD3Y
653	13/01/2023	FACTUCACION	ESTRELLA	1	TODO EN 1	TODO EN 1	PEND	H0051670	ENOVO TODO EN	NO APLICA	NO APLICA
654	13/01/2023	ATENCION AL CIUDADANO	ESTRELLA	1	TODO EN 1	TODO EN 1	PEND	H0051631	ENOVO TODO EN	NO APLICA	NO APLICA
655	13/01/2023	TERAPIA OCUPCIONAL	ESTRELLA	2	TODO EN 1	TODO EN 1	PEND	H0052496	ENOVO TODO EN	NO APLICA	NO APLICA
656	13/01/2023	STAN ENFERMERIA	ESTRELLA	2	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PEND	81956	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
657	13/01/2023	CONS. 1	ESTRELLA	1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PEND	H0052465	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
658	13/01/2023	MEDICO	ESTRELLA	1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PEND	2,34E+13	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
824	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 10	AIO	PEND	PROPIO	CPU 4847	HP	ELITE ONE 800	MXL60108VR
825	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 11	AIO	PEND	PROPIO	CPU 4848	HP	ELITE ONE 800	MXL5171V7X
826	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 12	AIO	PEND	PROPIO	CPU 4849	HP	ELITE ONE 800	MXL5401251
827	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 13	AIO	PEND	PROPIO	CPU 4850	HP	ELITE ONE 800	MXL60510WG
828	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 14	AIO	PEND	PROPIO	CPU 4851	HP	ELITE ONE 800	MXL50211QN
829	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 15	AIO	PEND	PROPIO	CPU 4852	HP	ELITE ONE 800	MXL4320DT3
830	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 16	AIO	PEND	PROPIO	CPU 4853	HP	ELITE ONE 800	MXL5171V8T
831	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 17	AIO	PEND	PROPIO	CPU 4854	HP	ELITE ONE 800	MXL5171V9G
832	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 18	PORTATIL	PEND	PROPIO	CPU 4756	HP	840 G3	5CG7310VB5
833	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 19	PORTATIL	PEND	PROPIO	CPU 4757	HP	840 G3	5CG73237QQ
844	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 30	PORTATIL	PEND	PROPIO	CPU 4766	HP	840 G3	5CG732427P7
845	15/01/2023	TERRITORIOS	SANTA MARTA	PISO 31	PORTATIL	PEND	PROPIO	CPU 4733	HP	840 G3	5CG74540HJ

Imagen4.

973	970	13/01/2023	Odontologia	MOCHUELO	PISO 11	ESCRITORIO	PEND	PROPIO	CV00082083	COMPUMAX	GENERICO	NO VISIBLE
979	976	14/01/2023	PAI Intramural	PASQUILLA	PISO 10	ESCRITORIO	PEND	PROPIO	CV00082203	COMPUMAX	GENERICO	3005N32655
980	977	14/01/2023	PAI Intramural	PASQUILLA	PISO 11	ESCRITORIO	PEND	PROPIO	CV00082203	COMPUMAX	GENERICO	3005N32655
994	991	14/01/2023	CONSULTORIO 16	SAN BENITO	2	COMPUMAX	PEND	PROPIO	JC000007443	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
995	992	14/01/2023	CONSULTORIO 16	SAN BENITO	1	LENOVO TODO EN UNO	PEND	PROPIO	J0051675	NOVO TODO EN UI	NO APLICA	NO APLICA
996	993	14/01/2023	VENTANILLA REHABILITACION	SAN BENITO	2	COMPUMAX	PEND	PROPIO	5705-2014	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
997	994	14/01/2023	CONSULTORIO 13	SAN BENITO	2	COMPUMAX	PEND	PROPIO	CJ00007694	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
998	995	14/01/2023	VACUNACION	SAN BENITO	2	COMPUMAX	PEND	PROPIO	M000005475	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
999	996	14/01/2023	VENTANILLA INTEGRAL	SAN BENITO	1	COMPUMAX	PEND	PROPIO	CT00018650	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1000	997	14/01/2023	CONSULTORIO 2	SAN BENITO	1	LENOVO TODO EN UNO	PEND	PROPIO	J0051656	NOVO TODO EN UI	NO APLICA	NO APLICA
1001	998	14/01/2023	FARMACIA	SAN BENITO	1	COMPUMAX	PEND	PROPIO	CJ00004285	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1038	1035	15/01/2023	VACUNACION	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	13221	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1039	1036	15/01/2023	CONSULTORIO 6	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	7150	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1042	1039	15/01/2023	CONS. 1	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	18312-2018	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1043	1040	15/01/2023	OF.PROF ENLACE	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ00003889	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA
1044	1041	15/01/2023	OF. PROF. ENLACE	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	H0051606	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
1045	1042	15/01/2023	OF. PROF. ENLACE	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007470	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1046	1043	15/01/2023	FARMACIA	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051653	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
1047	1044	15/01/2023	FARMACIA	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051740	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA
1048	1045	15/01/2023	FARMACIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007970	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1049	1046	15/01/2023	CRONICOS	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ0006934	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1050	1047	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051664	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
1051	1048	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051600	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
1052	1049	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051651	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
1053	1050	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ0051669	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
1054	1051	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ0051633	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
1055	1052	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ00007151	ENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA
1056	1053	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007151	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1057	1054	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007448	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1058	1055	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007400	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1059	1056	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ00005340	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA
1060	1057	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007449	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1061	1058	15/01/2023	CONS. DISCAPACIDAD	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ00003131	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA
1062	1059	15/01/2023	AUX ENFERMERIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	4715	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1063	1060	15/01/2023	CONS. 5 ENFERMERIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007401	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA
1064	1061	15/01/2023	PYD	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	H0052531	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA

Imagen5.

Al tomar como muestreo en los archivos el quipo con la placa 13221 que aparece como PROPIO se evidencia que en este archivo de la Imgen5, no aparece ni su modelo ni su serial este archivo se llama "Inventarios 2023 RVF v1.xls", y al verificar en el otro archivo "Inventario con responsables" donde están tanto los propios como los arrendados como se evidencia en la Imagen6, no se encuentra dicha placa por lo tanto los dos archivos enviados por el área de sistemas nos e encuentran alineados ni con la misma información y como no tiene información de marca ni serial en el archivo de la imagen 5 entonces no se puede cruzar ni ubicar en el archivo de la imagen6.

INVENTARIO PROPIO ACTIVO CON RESPONSABLE Y CENTRO DE COSTOS

PLACA	PRODUCTO	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	DIRECCION	AREA	ID CCO	CENTRO COSTOS
		LR-94FGZ	7829	LENOVO	52837210.CCO.1	TORRES PEREZ DIANA MILENA	CANDELARIA ADMI	ATENCION AL USUARIO-PQRS	T12SA	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
		1S7829495LR6	L420 COREI5	LENOVO	1010011781.CCO.5	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS ABRAHAM LIN	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
		1S7829495LR6	L420 COREI5	LENOVO	20585907.CCO.3	ANA CECILIA GOMEZ SANTOS	NUEVA SEDE ADMI	GESTION DEL RIESGO	U09SA	DIRECCION DEL GESTION DEL RIESGO EN SALUD
		1S7829495LR6	L420 COREI5	LENOVO	1010011781.CCO.5	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS ABRAHAM LIN	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
		1S7829495LR6	L420 COREI5	LENOVO	52337127.CCO.2	AURA PATRICIA CASTRO MORA	NUEVA SEDE ADMI	PLANEACION Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	T08SA	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
		Z227314020111	ZF2273	SMART	51947887.CCO.5	VELANDIA PEDRAZA MARISOL	USS JERUSALEN	COORDINACION MEDICA	U01SA	SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS
		Z227314020091	ZF2273	SMART	1010011781.CCO	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS VISTA HERMO	SISTEMAS TALLER	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
		6A768445Q		TOSHIBA	1023940171.CCO.1	DAVID STIVEN GALINDO GONZALEZ	NUEVO MUZÚ - SED	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
		Z227314020041	ZF2273	SMART	11301591.CCO	NICOLAS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO	UMHES TUNAL	OFICINA GESTION DEL CONOCIMIENTO E INVES	T11SA	OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO
		LR-85CUD	L420 COREI5	LENOVO	1010011781.CCO.3	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	USS TUNJUELITO M	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
		200SN595892	1018-000-000	COMPUMAX	55225955.CCO.16	YURYS ESTHER ORDOÑEZ FIGUEROA	UMHES MEISSEN	SALUD MENTAL	A17ME	CONS PSIQUIATRIA - CAPS MEISSEN
		Z227314020151	ZF2273	SMART	11301591.CCO	NICOLAS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO	UMHES TUNAL	OFICINA GESTION DEL CONOCIMIENTO E INVES	T11SA	OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO
		Z227314020211	NULO	PC SMART	1024547866.CCO.3	ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN	CAPS EL CARMEN -	ALMACEN	R14SA	GESTION DE ALMACENES
		XD064781C	NO TIENE	TOSHIBA	11301591.CCO	NICOLAS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO	UMHES TUNAL	OFICINA GESTION DEL CONOCIMIENTO E INVES	T11SA	OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO
		5CD4350ZT8	14 - W006 LA	HEWELLETT P	1005991570.CCO.1	ELIASIB JULIO CARRASCAL	UMHES TUNAL	SISTEMAS DE INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
		PF0BC2ZW	G40-80	LENOVO	19498852.CCO.4	JOSE DANIEL GONZALEZ LUQUE	NUEVA SEDE ADMI	SALUD OCUPACIONAL	R18SA	SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD EN EL TRABAJO
		L3BDP7P	IDEALPAD S1	LENOVO	52521382.CCO	DERLY XIMENA MESA OLIVEROS	UMHES TUNAL	TALENTO HUMANO	R15SA	DIRECCION DE TALENTO HUMANO
		4CS0010DJC	PAVILLION M	HEWLETT PA	1010011781.CCO	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS VISTA HERMO	SISTEMAS TALLER	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
		CB26587642	20235	LENOVO	80793154.CCO.1	JAMES FERNANDO BELTRAN RODRIGUEZ	NUEVA SEDE ADMI	TALENTO HUMANO	R15SA	DIRECCION DE TALENTO HUMANO
		131221226066	N1812LED	JANUS	19325276.CCO	RENE ALEJANDRO BURGOS ALARCON	UMHES TUNAL	PATOLOGIA	L01TN	LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA - USS EL TUNAL
CT00018507	COMPUTADOR COMPLETO	131221226083	N1812LED	JANUS	1010011781.CCO	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS VISTA HERMO	SISTEMAS TALLER	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CT00018509	COMPUTADOR COMPLETO	140114230497	N1812LED	JANUS	19325276.CCO	RENE ALEJANDRO BURGOS ALARCON	UMHES TUNAL	PATOLOGIA	L01TN	LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA - USS EL TUNAL
CT00018517	COMPUTADOR COMPLETO	131221226107	N1812LED	JANUS	51608163.CCO.1	MARIA ELENA SALDARRIAGA GALLEGO	CAPS ABRAHAM LIN	CONSULTORIO 219 CONSULTA EXTERNA	A10JS	CONS MEDICINA GENERAL - CAPS AMBULATORIA ABRAHAM LINCOLN
CT00018523	COMPUTADOR COMPLETO	131221226078	N1812LED	JANUS	1012344943.CCO.1	NUÑEZ NEIRA HECTOR HERNANDO	CAPS VISTA HERMO	GESTION DE LA INFORMACION	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CT00018535	COMPUTADOR COMPLETO	131221226097	N1812LED	JANUS	1114731439.CCO.6	YEISON STIVEN PULIDO ALARCON	UMHES TUNAL	INGENIERIA BIOMEDICA	R12SA	MANTENIMIENTO (BIOMEDICO E INFRAESTRUCTURA)
CT00018635	COMPUTADOR PORTATIL	Z227314020031	PCS GOB14P	PC SMART	28552471.CCO.2	CASTAÑO OSPITIA GLADIS	CAPS EL CARMEN	CALIDAD	T10SA	OFICINA DE CALIDAD
CT00018636	COMPUTADOR PORTATIL	Z227314020041	PCS GOB - 14	PC SMART	1010011781.CCO	MONTOYA PACHON JUAN SEBASTIAN	CAPS VISTA HERMO	SISTEMAS TALLER	T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS
CT00018773	COMPUTADOR PORTATIL	Z227314020151	PCS GOB 14 P	PC SMART	19365283.CCO	SUAREZ SUAREZ JOSE NESTOR	UMHES TUNAL	PLANEACION	T08SA	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
CT00018774	COMPUTADOR PORTATIL	Z227314020171	PCS GOB 14 P	PC SMART	52113522.CCO.18	PENA HIDALGO JEANNETH MARCELA - PU	CAPS EL CARMEN	CALIDAD	T10SA	OFICINA DE CALIDAD
CT00018878	COMPUTADOR PORTATIL	Z227314020171	PCS GOB14 P	PC SMART	53032753.CCO	LENA TATIANA RESTREPO AVELLA	UMHES TUNAL	UNIDAD RENAL	A09TN	CONS NEFROLOGIA - CAPS EL TUNAL

Ordenar de A a Z
Ordenar de Z a A
Ordenar por color
Borrar filtro de "PLACA"
Filtrar por color
Filtros de texto
13221
No hay coincidencias
Aceptar
Cancelar
Inventario activo responsables

Imagen6.

Por lo anterior se evidencia desorden en los archivos desactualización total de los inventarios, falta de calidad de datos los cuales no son completos ni estandarizados como se evidencia en cada imagen. No se pudieron cruzar los datos como se puede evidenciar en el ejercicio de tomar una placa de equipo propio y solo se encuentra en un archivo y sin las especificaciones y detalles necesarios para cruzarlos con los otros archivos enviados por el área de sistemas.

RECOMENDACIÓN: Se recomienda validar cada uno de los campos, actualizar inventarios unificar datos si en un inventario manejan la placa con Letras en el otro archivo deberían manejarlo igual, y por ende que existiera el mismo equipo en todos los archivos especificando si esa activo o no en la Subred Sur, validar la calidad de dato en la ubicación ya que no es coherente dicho dato como piso azul o números sueltos en esta columna.

HALLAZGO 6: Recibimos un archivo de Activos Fijos el cual habíamos solicitado para validar los responsables de cada equipo según la orientación en su momento el área de Sistemas; este archivo , llamado "Base de datos Sistemas" como se evidencia en la Imagen 7, al validar allí también la placa 13221 se evidencia en la imagen que no se encuentra.

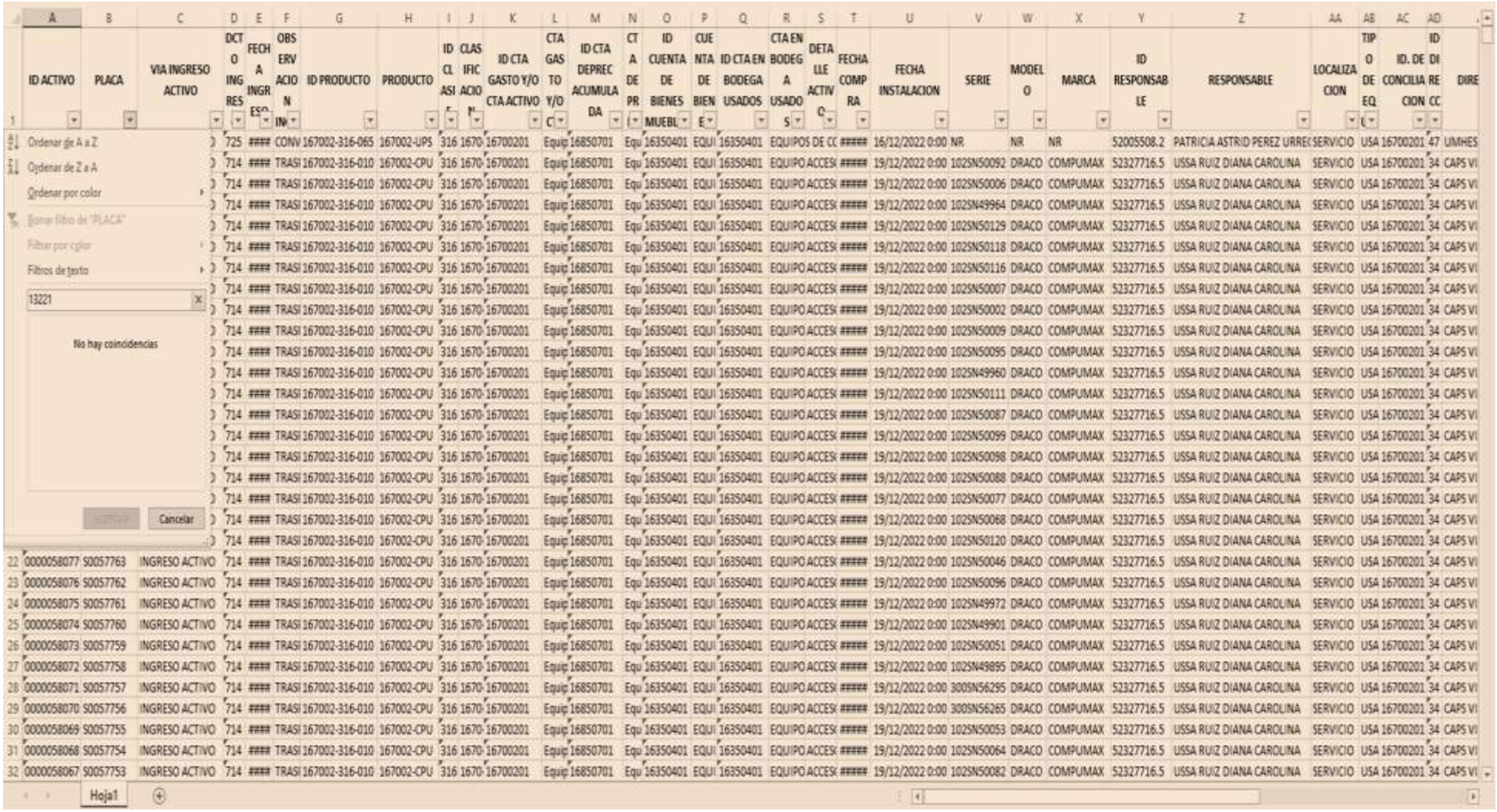

Ordenar de A a Z
Ordenar de Z a A
Ordenar por color
Borrar filtro de "PLACA"
Filtrar por color
Filtros de texto
13221
No hay coincidencias
Cancelar
Hoja1

Imagen7.

RECOMENDACIÓN: Se debe alinear la información entre las áreas de Sistemas y Activos Fijos debe ser organizada, bien digitada, actualizar si están equipos de baja de sistemas a Activos fijos organizar y responsabilizarse en dicha información, el área de Sistemas debe asegurarse de informar a Activos Fijos cada movimiento cada asignación de equipos frecuentemente cada que se realice un movimiento debe actualizarse en el inventario.

HALLAZGO 7: Al realizar seguimiento del hallazgo del año pasado donde se evidencia que existen equipos de arrendamiento y quedan a nombre y a cargo de la Jefe de Sistemas como se evidencia en la Imagen 8 donde tiene a su cargo casi 160 equipos, así mismo de los otros jefes de área, pero los usuarios finales a los que se les asigna dichos equipos no aparecen como responsables de los mismos para eventos como daños entre otros.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	
1	ID ACTIVO	PLACA	VIA INGRESO ACTIVO	DCTO INGRES	FECHA INGRESO	OBSERVACION IN	ID PRODUCTO	PRODUCTO	ID CLASIF.	CLASIFICACIÓN	ID CTA GASTO Y/O CTA ACTIVO	CTA GASTO Y/O C	ID CTA DEPREC ACUMULADA	CTA DE PR	ID CUENTA DE BIENES MUEBL	CUENTA DE BIEN E	ID CTA EN BODEGA USADOS	CTA EN BODEGA USADOS	DETALLE ACTIVO	FECHA COMPRA	FECHA INSTALACION	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	LOCALIZACION	TIPO DE EQ	ID. DE CONCILIACION	ID DIRE CC	DIRE
2	0000058245	S0057951	INGRESO ACTIVO	725	#####	CONV	167002-316-065	167002-UPS	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPOS DE CC	#####	16/12/2022 0:00	NR	NR	NR	52005508.2	PATRICIA ASTRID PEREZ URRE	SERVICIO	USA	16700201	47	UMHES
3	0000058096	S0057782	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50092	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
4	0000058095	S0057781	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50006	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
5	0000058094	S0057780	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N49964	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
6	0000058093	S0057779	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50129	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
7	0000058092	S0057778	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50118	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
8	0000058091	S0057777	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50116	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
9	0000058090	S0057776	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50007	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
10	0000058089	S0057775	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50002	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
11	0000058088	S0057774	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50009	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
12	0000058087	S0057773	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50095	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
13	0000058086	S0057772	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N49960	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
14	0000058085	S0057771	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50111	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
15	0000058084	S0057770	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50087	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
16	0000058083	S0057769	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50099	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
17	0000058082	S0057768	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50098	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
18	0000058081	S0057767	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50088	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
19	0000058080	S0057766	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50077	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
20	0000058079	S0057765	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50068	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
21	0000058078	S0057764	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50120	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
22	0000058077	S0057763	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50046	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
23	0000058076	S0057762	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50096	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
24	0000058075	S0057761	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N49972	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
25	0000058074	S0057760	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N49901	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
26	0000058073	S0057759	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50051	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
27	0000058072	S0057758	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N49895	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
28	0000058071	S0057757	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	3005N56295	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
29	0000058070	S0057756	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	3005N56265	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
30	0000058069	S0057755	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50053	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
31	0000058068	S0057754	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50064	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI
32	0000058067	S0057753	INGRESO ACTIVO	714	#####	TRASI	167002-316-010	167002-CPU	316	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO ACCESO	#####	19/12/2022 0:00	1025N50082	DRACO	COMPUMAX	52327716.5	USSA RUIZ DIANA CAROLINA	SERVICIO	USA	16700201	34	CAPS VI

Imagen 8.

RECOMENDACIÓN: Se reitera recomendación para validar el proceso de responsabilidad de cada equipo, donde exista un formato de entrega a los usuarios finales de los equipos, para que en dicho documento quede plasmado las responsabilidad y quede en el inventario actualmente cada que rotan estos computadores, para tener control y seguimiento de estos por seguridad de la información entre otros.

HALLAZGO 8: Al realizar un muestreo entre los inventarios con el responsable de cada equipo entre los archivos enviados uno por el área de Sistemas y el otro por Activos Fijos se valida los equipos que tiene como responsable a Evelin Tatiana Capera Barragán.

Donde se especifica en la base de datos de Activos Fijos que esta persona tiene a su cargo 30 equipos de los cuales:

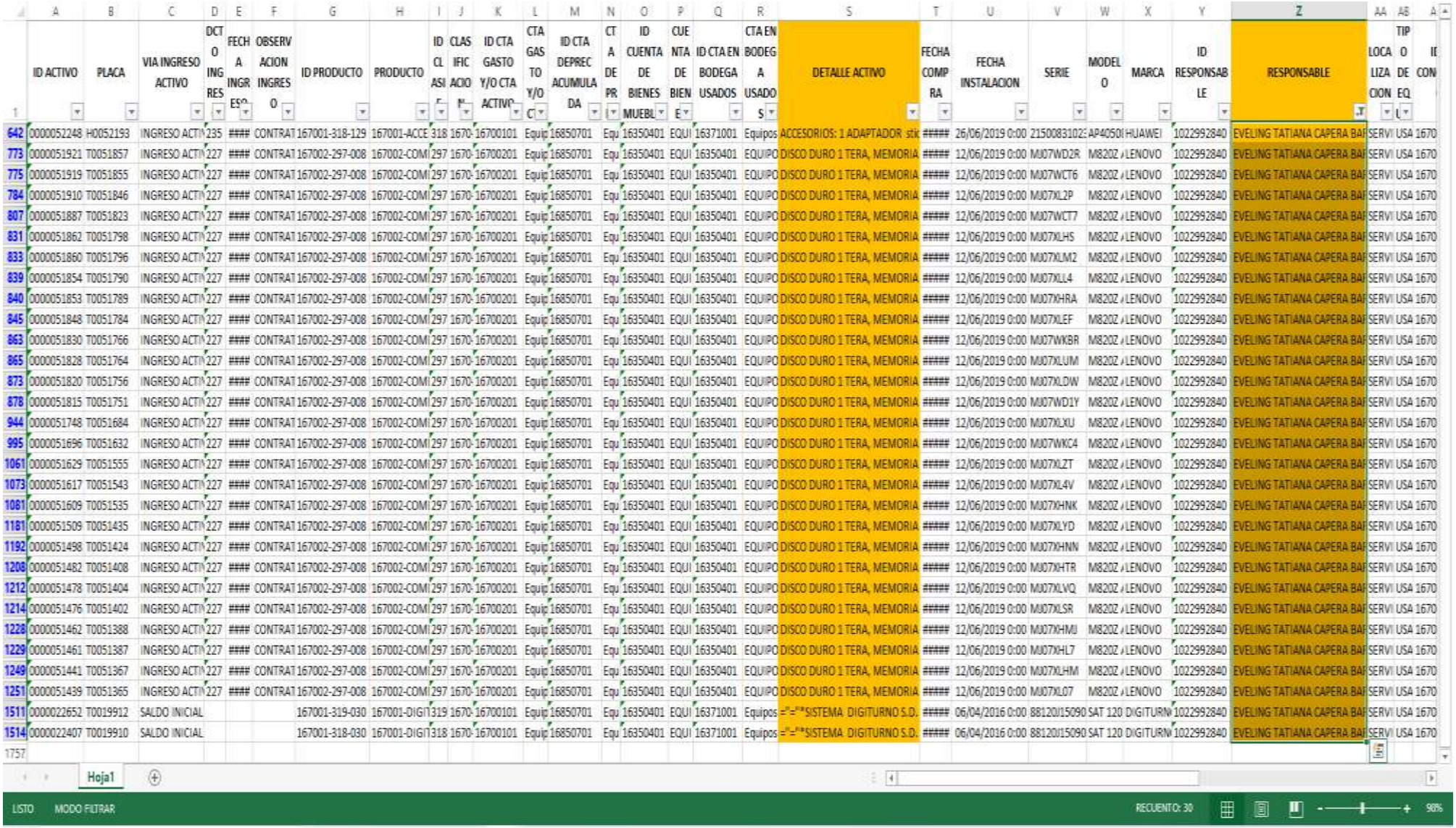
1 es uno ACCESORIOS: 1 Adaptador sticker 8784 año 2020 marca HUAWEI.

27 son equipos de cómputo marca Lenovo con la misma especificación (disco duro 1 Tera, memoria RAM 8 gb, Intel Core i7/8gn, mouse y teclado, cámara incorporada en el equipo, pulgadas 21, cables de conexión).

2 Sistema digiturno s.d.s. (Según Imagen9)

Y en el archivo enviado por sistemas se especifica en la Imagen10 que tiene **29** equipos todo en Uno marca Lenovo, no se encuentran en este inventario los digiturno ni el adaptador marca Huawei como lo evidenciamos el equipo de Placa que son 3 equipos a cargo más de esta persona.

Por lo tanto al enfocarnos en solo equipos de cómputo también existe diferencia de dos computadores ya que Activos Fijos muestra que tiene 27 equipos de cómputo marca Lenovo esta persona a su cargo mientras Sistemas muestra que tiene 29 equipos a su cargo en la Imagen10, donde se evidencia que los equipos de placa T0051392 y T0051791 no se encuentran a cargo de esta persona



	ID ACTIVO	PLACA	VIA INGRESO ACTIVO	DCTO INGRES	FECHA INGRESO	OBSERVACION INGRESO	ID PRODUCTO	PRODUCTO	ID CLASI	CLASIFICACION	ID CTA GASTO Y/O CTA ACTIVO	CTA GASTO Y/O C	ID CTA DEPREC ACUMULADA	CTA DE PR	ID CUENTA DE BIENES MUEBL	CUENTA DE BIENE	ID CTA EN BODEGA USADOS	CTA EN BODEGA USADOS	DETALLE ACTIVO	FECHA COMPRA	FECHA INSTALACION	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	LOCALIZACION	TIPO DE EQU	ID CON
642	0000052248	H0052193	INGRESO ACTI	235	####	CONTRAT	167001-318-129	167001-ACCE	318	1670	16700101	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16371001	Equipos	ACCESORIOS: 1 ADAPTADOR stic	#####	26/06/2019 0:00	2150083102	AP4050I	HUAWEI	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
773	0000051921	T0051857	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07WD2R	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
775	0000051919	T0051855	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07WCT6	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
784	0000051910	T0051846	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XL2P	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
807	0000051887	T0051823	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07WCT7	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
831	0000051862	T0051798	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLHS	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
833	0000051860	T0051796	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLM2	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
839	0000051854	T0051790	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLL4	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
840	0000051853	T0051789	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XHRA	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
845	0000051848	T0051784	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLEF	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
863	0000051830	T0051766	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07WKBR	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
865	0000051828	T0051764	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLUM	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
873	0000051820	T0051756	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLDW	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
878	0000051815	T0051751	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07WD1Y	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
944	0000051748	T0051684	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLXU	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
995	0000051696	T0051632	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07WKC4	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1061	0000051629	T0051555	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLZT	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1073	0000051617	T0051543	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XL4V	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1081	0000051609	T0051535	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XHNK	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1181	0000051509	T0051435	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLYD	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1192	0000051498	T0051424	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XHNN	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1208	0000051482	T0051408	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XHTR	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1212	0000051478	T0051404	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLVQ	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1214	0000051476	T0051402	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLSR	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1228	0000051462	T0051388	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XHMJ	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1229	0000051461	T0051387	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XHL7	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1249	0000051441	T0051367	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLHM	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1251	0000051439	T0051365	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COM	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XL07	M820Z A	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1511	0000022652	T0019912	SALDO INICIAL				167001-319-030	167001-DIGI	319	1670	16700101	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16371001	Equipos	="="SISTEMA DIGITURNO S.D.	#####	06/04/2016 0:00	88120I15090	SAT 120	DIGITURN	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670
1514	0000022407	T0019910	SALDO INICIAL				167001-318-030	167001-DIGI	318	1670	16700101	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16371001	Equipos	="="SISTEMA DIGITURNO S.D.	#####	06/04/2016 0:00	88120I15090	SAT 120	DIGITURN	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BAF	SERVI	USA	1670

	PLACA	PRODUCTO	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	DIRECCION	AREA	ID CCO	CENTRO COSTOS
643	T0051365	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XL07	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
644	T0051367	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLHM	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
649	T0051387	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XHL7	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
650	T0051388	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XHMJ	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
651	T0051392	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLVS	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
655	T0051402	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLSR	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
656	T0051404	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLVQ	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
657	T0051408	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XHTR	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
660	T0051424	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XHNN	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
663	T0051435	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLYD	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
688	T0051535	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XHNK	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
691	T0051543	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XL4V	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
696	T0051555	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLZT	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
700	T0051632	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07WKC4	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
711	T0051684	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLXU	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
722	T0051751	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07WD1Y	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
724	T0051756	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLDW	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
727	T0051764	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLUM	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
729	T0051766	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07WKBR	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
734	T0051784	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLEF	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
738	T0051789	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XHRA	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
739	T0051790	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLL4	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
740	T0051791	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLGU	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
741	T0051796	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLM2	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
742	T0051798	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLHS	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
747	T0051823	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07WCT7	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
754	T0051846	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XL2P	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
757	T0051855	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07WCT6	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL
758	T0051857	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07WD2R	M820Z AIO	LENOVO	1022992840	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN	UMHES TUNAL	URGENCIAS OBSERVACION ADULTO	B04TN	URGENCIAS ESPECIALIZADAS - USS EL TUNAL

Inventario activo responsables

LISTO MODO FILTRAR RECUENTO: 29

Imagen10.

Al validar en el archivo enviado por Activos Fijos donde se encuentran dichos equipos se evidencia que los equipos están a cargo de otra persona quien aparece como Eliasib Julio Carrascal, como aparece en la Imagen 11.

	ID ACTIVO	PLACA	VIA INGRESO ACTIVO	DCTO INGRES	FECHA INGRESO	OBSERVACION INGRESO	ID PRODUCTO	PRODUCTO	ID CLASI	CLASIFICACION	ID CTA GASTO Y/O CTA ACTIVO	CTA GASTO Y/O C	ID CTA DEPREC ACUMULADA	CTA DE PR	ID CUENTA DE BIENES MUEBL	CUENTA DE BIEN E	ID CTA EN BODEGA USADOS	CTA EN BODEGA USADOS	DETALLE ACTIVO	FECHA COMPRA	FECHA INSTALACION	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	LOCALIZACION	TIPO DE EQ	ID CON
582	0000052313	U0052258	INGRESO ACTI	241	####	CONTRAT	167002-289-065	167002-UPS	289	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16371001	Equipos	UPS LIBERT GXT4 ON-LINE 10KV	#####	28/06/2019 0:00	1905503906E	GXT4	LIEBERT	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
594	0000052301	J0052246	INGRESO ACTI	241	####	CONTRAT	167002-289-065	167002-UPS	289	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16371001	Equipos	UPS LIBERT GXT4 ON-LINE 10KV	#####	28/06/2019 0:00	1905503888E	GXT4	LIBERT	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
778	0000051916	T0051852	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07WCLZ	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
802	0000051892	T0051828	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07WKCC	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
828	0000051865	H0051801	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLQH	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
838	0000051855	T0051791	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLGU	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
841	0000051852	M0051788	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLMB	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
891	0000051802	T0051738	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XL64	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
893	0000051800	T0051763	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLCH	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
979	0000051712	T0051648	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLKU	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
1108	0000051582	T0051508	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07WCU8	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
1119	0000051571	T0051497	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XHPJ	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
1217	0000051473	T0051399	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XHMD	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
1224	0000051466	T0051392	INGRESO ACTI	227	####	CONTRAT	167002-297-008	167002-COMI	297	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16350401	EQUIPO	DISCO DURO 1 TERA, MEMORIA	#####	12/06/2019 0:00	MJ07XLV5	M820Z	LENOVO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
1731	0000001715	T0019642	SALDO INICIAL				167002-289-055	167002-SWIT	289	1670	16700201	Equip	16850701	Equ	16350401	EQUI	16371001	Equipos	*SWITCH CISCO CATALYST 2960-	#####	08/01/2016 0:00	FOC1943S26E	WS-C29(	CISCO	1005991570	ELIASIB JULIO CARRASCAL	SERVI	USA	1670
1757																													

Imagen11.

Por lo anterior el inventario se encuentra desactualizado no es preciso, puesto que debería estar acorde en las dos áreas tanto de Sistemas como de Activos Fijos.

A parte de esto la Sra. Eveling Tatiana Capera ya no se encuentra laborando en al Subred Sur desde el 4 de Enero de 2023 cuando la llamamos para realizar la auditoria concurrente y verificar sus equipos reales a cargo

HALLAZGO 9: En Imágenes Diagnósticas no coinciden los inventarios en sistemas y Activos Fijos con los responsables ni con las cantidades existen solo 4 en Imágenes Diagnósticas en el archivo enviado por Sistemas Imagen12, y al hacer el cruce con el archivo de Activos Fijos Imagen 13 no se encuentra el equipos de placa H0051478 el cual está asignado a Imágenes Diagnósticas a David Felipe Jiménez y en el Inventario de Sistemas aparecen 3 equipos más el cual uno de esta con la placa N. HOO52757 que está según inventario con el responsable Ángela Catalina Infante.

HALLAZGO 9: En Imágenes Diagnósticas no coinciden los inventarios en sistemas y Activos fijos con los responsables ni con las cantidades existen solo 4 en Imágenes Diagnósticas en el archivo enviado por Sistemas Imagen 12, y al hacer el cruce con el archivo de Activos Fijos Imagen 13 no se encuentra el equipos de placa H0051478 el cual está asignado a Imágenes Diagnósticas a David Felipe Jiménez y en el Inventario de Sistemas aparecen 3 equipos más el cual uno de esta con la placa N. HOO52757 que está según inventario con el responsable Ángela Catalina Infante.

INVENTARIO PROPIO ACTIVO CON RESPONSABLE Y CENTRO DE COSTOS

PLACA	PRODUCTO	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	DIRECCION	AREA	ID CCO	CENTRO COSTOS		
H0051478	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07WCZF	M820Z AIO	LENOVO	1018464626	DAVID FELIPE JIMENEZ FORERO	CAPS EL CARMEN	IMAGENES DIAGNOSTICAS	L02JC	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA - USS EL CARMEN MATERNO INFANTIL		
H0051701	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLEL	M820Z AIO	LENOVO	52074865	MERY JAZMIN CANTOR CUBILLOS	UMHES MEISSEN	IMAGENES DIAGNOSTICAS	L02ME	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA - USS MEISSEN		
J0051622	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XHLR	M820Z AIO	LENOVO	79815979	LUIS ARBEY ROJAS GARCIA	USS TUNJUELITO ME	IMAGENES DIAGNOSTICAS	L02JT	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA - USS TUNJUELITO		
M0051457	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLQY	M820Z AIO	LENOVO	52074865	MERY JAZMIN CANTOR CUBILLOS	UMHES MEISSEN	IMAGENES DIAGNOSTICAS	L02ME	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA - USS MEISSEN		

Imagen12.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG
1	ID ACTIVO	PLACA	VIA INGRESO ACTIVO	DCTO INGRES	FECHA INGRESO	OBSERVACION	ID PRODUCTO	PRODUCTO	ID CLASIF	CLASIFICACION	ID CTA GASTO Y/O CTA ACTIVO	CTA GASTO Y/O CTA ACTIVO	ID CTA DEPREC ACUMULADA	CTA DEPREC ACUM	ID CUENTA DE BIENES MUEBLES	CUENTA DE BIENES MUEBLES	ID CTA EN BODEGA USADOS	CTA EN BODEGA DE CA	DETALLE ACTIVO	FECHA COMPRA	FECHA INSTALACION	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	LOCALIZACION	TIPO DE EQUIPO	ID. DE CONCILIACION	ID DIRECCION	DIRECCION	ID AREA	AREA
467	0000053743	T0053362	INGRESO ACTIV	387	########	='IN	167002-289-076	167002-CPU CE	289	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	CPU CE	####	###	2,00514E+11	VN68	JANUS	1026275496.4	STEFHANIA LONGAS RODRIGUEZ - B	SERVICI	USADOS	16700201	09	USS YOMASA	0255	INGENIERIA BIOMEDI
468	0000053742	T0053361	INGRESO ACTIV	387	########	='IN	167002-289-076	167002-CPU CE	289	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	CPU CE	####	###	200518512646	VN68	JANUS	1114731439.8	YEISON STIVEN PULIDO ALARCON	SERVICI	USADOS	16700201	47	UMHES TUNAL	0255	INGENIERIA BIOMEDI
503	0000052799	H0052484	INGRESO ACTIV	285	########	ENTF	167002-289-010	167002-CPU	289	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	PROCE	####	###	1015N85677	33806FAO/136	COMPUMAX	39795457	FLOR MERY URREGO AGUIRRE	SERVICI	USADOS	16700201	47	UMHES TUNAL	0247	IMAGENECOLOGIA NO
532	0000052762	H0052445	INGRESO ACTIV	285	########	ENTF	167002-289-010	167002-CPU	289	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	PROCE	####	###	4005N17978	33806FAO/136	COMPUMAX	1114731439.3	YEISON STIVEN PULIDO ALARCON-OF	SERVICI	USADOS	16700201	34	CAPS VISTA HER	0255	INGENIERIA BIOMEDI
537	0000052757	H0052440	INGRESO ACTIV	285	########	ENTF	167002-289-010	167002-CPU	289	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	PROCE	####	###	1015N85620	33806FAO/136	COMPUMAX	1052389059	ANGELA CATALINA INFANTE CELY	SERVICI	USADOS	16700201	47	UMHES TUNAL	0248	IMAGENES DIAGNOST
566	0000052725	H0052408	INGRESO ACTIV	285	########	ENTF	167002-289-010	167002-CPU	289	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	PROCE	####	###	1015N84632	33806FAO/136	COMPUMAX	52832167	DIANA LUCERO CRUZ RINCON	SERVICI	USADOS	16700201	44	UMHES MEISSE	0255	INGENIERIA BIOMEDI
928	0000051765	H0051701	INGRESO ACTIV	227	########	CONT	167002-297-008	167002-COMP	297	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16350401	EQU	DISCO	####	###	MJ07XLEL	M820Z AIO	LENOVO	52074865	MERY JAZMIN CANTOR CUBILLOS	SERVICI	USADOS	16700201	44	UMHES MEISSE	0248	IMAGENES DIAGNOST
1005	0000051686	J0051622	INGRESO ACTIV	227	########	CONT	167002-297-008	167002-COMP	297	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16350401	EQU	DISCO	####	###	MJ07XHLR	M820Z AIO	LENOVO	79815979	LUIS ARBEY ROJAS GARCIA	SERVICI	USADOS	16700201	38	USS TUNJUELITO	0248	IMAGENES DIAGNOST
1046	0000051644	H0051570	INGRESO ACTIV	227	########	CONT	167002-297-008	167002-COMP	297	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16350401	EQU	DISCO	####	###	MJ07XLTD	M820Z AIO	LENOVO	1018451384	JULIAN DAVID CORDOBA MARTINEZ	SERVICI	USADOS	16700201	55	NUEVA SEDE AC	0255	INGENIERIA BIOMEDI
1159	0000051531	M0051457	INGRESO ACTIV	227	########	CONT	167002-297-008	167002-COMP	297	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16350401	EQU	DISCO	####	###	MJ07XLQY	M820Z AIO	LENOVO	52074865	MERY JAZMIN CANTOR CUBILLOS	SERVICI	USADOS	16700201	44	UMHES MEISSE	0248	IMAGENES DIAGNOST
1289	0000036654	M0000386	SALDO INICIAL				167002-289-006	167002-COMP	289	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	CODIG	####	###	MXL8280YWH	OI2400	HEWELLET PAI	52384980.9	LUDY JANNETH AREVALO DELGADO	SERVICI	USADOS	16700201	55	NUEVA SEDE AC	0255	INGENIERIA BIOMEDI
1290	0000036646	M0000384	SALDO INICIAL				167002-306-065	167002-UPS	306	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	CPU DI	####	###	2UA3371WYB	6300	HEWLETT PAO	1114731439.5	PULIDO ALARCON YEISON STIVEN - B	SERVICI	USADOS	16700201	09	USS YOMASA	0255	INGENIERIA BIOMEDI
1307	0000035115	M0000549	SALDO INICIAL				167002-280-002	167002-C.P.U	290	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	C.P.U	####	###	MXL2502RLS	PRO-6300	HEWELTT PAO	52074865	MERY JAZMIN CANTOR CUBILLOS	SERVICI	USADOS	16700201	44	UMHES MEISSE	0248	IMAGENES DIAGNOST
1556	0000013336	T0017729	SALDO INICIAL				167002-306-041	167002-MONI	306	1670-EQ	1670	Equipo De Co	16850701	Equipc	16350401	EQUI	16371001	Equi	DE RAC	####	###	BOUNCXVL0300	MDM- 2130	CHILIN MEDIC	1052389059	ANGELA CATALINA INFANTE CELY	SERVICI	USADOS	16700201	47	UMHES TUNAL	0248	IMAGENES DIAGNOST

I***magen13***

RECOMENDACIÓN HALLAZGOS 8 Y 9: Alinear, validar, actualizar responsables, placas y demás inventarios frecuentemente se debe actualizar para esto cuentan con el sistema para unificar datos que sean íntegros y consolidados en línea.

HALLAZGO 10: Se evidencia que en los dos archivos tanto en el enviado por Activos Fijos como el enviado por el área de Sistemas según Imagen 14 enviado por Sistemas y la Imagen 15 enviada por Activos Fijos, el id del responsable varia de numero para la misma persona debería ser estándar ya que es un identificador único (Como se evidencia está en la columna de ID. De responsable 1030614002-3 -1, 1030614002-3, 1030614002-5 y en otra casilla o columna debe ir su ubicación como tal ya que esto parece que fueran 3 responsables diferentes y no la misma persona, esto hace que el inventario pierda su integridad y calidad de datos, por parte del inventario de Activos Fijos esta persona Diana Marcela Fernández Palacios tiene 21 equipos en donde 19 son computadores y 2 Access Point y en el Inventario de Sistemas solo le aparecen los 18 computadores. También existe diferencia en la cantidad de computadores a su cargo.

Otro ejemplo en el muestreo del id 52327716 el cual se evidencia también como 52327716.6 el 52327716, y el 52327716.5 3 id diferentes para la misma persona.

	FECHA INGRESO	OBSERVACION INGRESO	ID PRODUCTO	PRODUCTO	ID CLASIF	CLASIFICACION	ID CTA GASTO Y/O CTA ACTIVO	CTA GASTO Y/O CTA ACTIVO	ID CTA DEPREC ACUMULADA	CTA DEPREC ACUMULADA	ID CUENTA DE BIENES MUEBLES	CUENTA DE BIEN ES	ID CTA EN BODEGA USADOS	CTA EN BODEGA DE CA	DETALLE ACTIVO	FECHA COMPRA	FECHA INSTALACIO	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	L
163	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-007	167002-COMPUTADOR PORTATIL	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equipos de (	#####	#####	SPF2TLCW5	20T7S1CD00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI PEDIATRICA	S
164	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-007	167002-COMPUTADOR PORTATIL	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equipos de (	#####	#####	SPF2VD6W2	20T7S1CD00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3C	S
167	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-007	167002-COMPUTADOR PORTATIL	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equipos de (	#####	#####	SPF2VTDM1/5P	20T7S1CD00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI PEDIATRICA	S
173	23/09/2022 18:36	TRAS	167001-318-129	167001-ACCESS POINT	318	1670-EQU.DE	16700101	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equipos de (	#####	#####	2102353GE56RN	AIR ENGINE	HUAWEI	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI PEDIATRICA	S
180	23/09/2022 18:36	TRAS	167001-318-129	167001-ACCESS POINT	318	1670-EQU.DE	16700101	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equipos de (	#####	#####	2102353GE5W0	AIR ENGINE	HUAWEI	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3C	S
202	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-006	167002-COMPUTADOR COMPLETO	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi MONIT	#####	#####	SMJ0HG85K	11JAS0UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3C	S
203	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-006	167002-COMPUTADOR COMPLETO	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi MONIT	#####	#####	SMJ0HG86T	11JAS0UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3C	S
213	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-006	167002-COMPUTADOR COMPLETO	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi MONIT	#####	#####	SMJ0HG87P	11JAS0UP00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI PEDIATRICA	S
218	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-006	167002-COMPUTADOR COMPLETO	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi MONIT	#####	#####	SMJ0HG875	11JAS0UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3C	S
225	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-006	167002-COMPUTADOR COMPLETO	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi MONIT	#####	#####	SMJ0HG87F	11JAS0UP00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI PEDIATRICA	S
229	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-006	167002-COMPUTADOR COMPLETO	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi MONIT	#####	#####	SMJ0HG89Q	11JAS0UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3C	S
231	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-006	167002-COMPUTADOR COMPLETO	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi MONIT	#####	#####	SMJ0HG88Z	11JAS0UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3C	S
241	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-006	167002-COMPUTADOR COMPLETO	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi MONIT	#####	#####	SMJ0HG885	11JAS0UP00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI PEDIATRICA	S
244	23/09/2022 18:36	TRAS	167002-289-006	167002-COMPUTADOR COMPLETO	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi MONIT	#####	#####	SMJ0HG896	11JAS0UP00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI PEDIATRICA	S
463	09/10/2020 15:14	="IN(	167002-289-076	167002-CPU CENTRAL DE MONITOF	289	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16371001	Equi CPU CE	#####	#####	200513512086	VN68	JANUS	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3B	S
938	12/06/2019 15:03	CON	167002-297-008	167002-COMPUTADOR TODO EN U	297	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16350401	EQU DISCO (	#####	#####	MJ07XLDC	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3B	S
964	12/06/2019 15:03	CON	167002-297-008	167002-COMPUTADOR TODO EN U	297	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16350401	EQU DISCO (	#####	#####	MJ07WCKD	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3B	S
980	12/06/2019 15:03	CON	167002-297-008	167002-COMPUTADOR TODO EN U	297	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16350401	EQU DISCO (	#####	#####	MJ07XHTF	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3B	S
982	12/06/2019 15:03	CON	167002-297-008	167002-COMPUTADOR TODO EN U	297	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16350401	EQU DISCO (	#####	#####	MJ07XL5K	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3B	S
989	12/06/2019 15:03	CON	167002-297-008	167002-COMPUTADOR TODO EN U	297	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16350401	EQU DISCO (	#####	#####	MJ07WKE1	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3B	S
990	12/06/2019 15:03	CON	167002-297-008	167002-COMPUTADOR TODO EN U	297	1670-EQU.DE	16700201	Equipo De Co	16850701	Equipo	16350401	EQUI	16350401	EQU DISCO (	#####	#####	MJ07XLPK	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS-UCI ADULTOS 3B	S
1757																						

Imagen 14

	PLACA	PRODUCTO	SERIE	MODELO	MARCA	ID RESPONSABLE	RESPONSABLE	DIRECCION	AREA	ID CC	CENTRO COSTOS
502	M0051637	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLPK	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
503	M0051638	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07WKE1	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
506	M0051645	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLSK	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
508	M0051647	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XHTF	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
512	M0051663	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07WCKD	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
523	M0051690	COMPUTADOR TODO EN UN	MJ07XLDC	M820Z AIO	LENOVO	1030614002.5	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
581	M0057017	COMPUTADOR COMPLETO	SMJ0HG896	11JA50UP00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J03ME	UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN
584	M0057020	COMPUTADOR COMPLETO	SMJ0HG885	11JA50UP00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J03ME	UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN
594	M0057030	COMPUTADOR COMPLETO	SMJ0HG88Z	11JA50UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
596	M0057032	COMPUTADOR COMPLETO	SMJ0HG89Q	11JA50UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
600	M0057036	COMPUTADOR COMPLETO	SMJ0HG87F	11JA50UP00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J03ME	UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN
607	M0057043	COMPUTADOR COMPLETO	SMJ0HG875	11JA50UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
612	M0057048	COMPUTADOR COMPLETO	SMJ0HG87P	11JA50UP00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J03ME	UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN
622	M0057058	COMPUTADOR COMPLETO	SMJ0HG86T	11JA50UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
623	M0057059	COMPUTADOR COMPLETO	SMJ0HG85K	11JA50UP00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
634	M0057119	COMPUTADOR PORTATIL	SPF2VTDM1/S	20T7S1CD00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J03ME	UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN
637	M0057122	COMPUTADOR PORTATIL	SPF2VD6W2	20T7S1CD00	LENOVO	1030614002.1	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J02ME	UCI ADULTOS - USS MEISSEN
638	M0057123	COMPUTADOR PORTATIL	SPF2TLCW5	20T7S1CD00	LENOVO	1030614002.3	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	UMHES MEISSEN	CENTRAL DE ENFERMERIA	J03ME	UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN

Imagen15.

RECOMENDACIÓN: El id es identificador único es la clave primera para la administración de los datos, por lo tanto se recomienda unificar a un solo dato a las personas responsables como calidad de dato que no exista una misma persona escrita de diferentes formas su nombre o su ID que es lo más importante para la administración en las bases de datos, además sigue evidenciando diferencia en las cantidades de computadores asignados por lo tanto se recomienda validar actualizar información cantidades, responsables, traslados y demás datos importantes en este inventario, validar procesos y procedimientos validar responsables de cada proceso para mitigar estos eventos encontrados.

HALLAZGO 11: Se realiza seguimiento donde tenían aun equipos con sistema Operativo Windows 7 en la Subred Sur, tanto propios como en arriendo, el año pasado la oficina de sistemas nos había informado que en su inventario interno de equipos por actualizar y mejorar 372 equipos obsoletos que son el 80% aproximadamente de la totalidad de estos. Han tenido que actualizarlos de Windows 7 a Windows 8 formatearlos para que soporte mejor el Sistema de información Dinámica Gerencial con el personal técnico del área se está avanzando en este proceso pero del 100% solo llevaban el 8% a Octubre 2021, la idea era que en el 2022 se terminara dicha actualización. En la visita Enero 2023 se evidencio tanto en el Tunal como en el Carmen: En el inventario entregado por la Subred Sur se evidencia que aún existen equipos con Windows 7, lo cual ya no debería estar con dicho Windows porque la idea era en 2021 terminar con la actualización tanto en equipos propios como arrendados. Pero los limita el recurso humano del área son pocos. Se ha instalado en escritorio remoto un servidor para poder dar servicio en algunos casos.

	CONSECUTIVO	FECHA INVENTARIO	AREA	UNIDAD	UBICACION	TIPO EQUIPO (ELEMENTO DE COMPUTO E IMPRESORAS)	DIRECCION IP	ARRIENDO / PROPIO	PLACA INVENTARIO	MARCA	MODELO	SERIAL	PROCESADOR	MEMORIA RAM	HDD	ESTADO TECLADO (Describa Bueno o cambio)	ESTADO MOUSE (Describa Bueno o cambio)	PLACA MONITOR	MARCA MONITOR	SERIAL MONITOR	S.O.P (SISTEMAS OPERATIVO)	OFFICE / LIBRE OFFICE (DESCRIBIR CUAL)
1																						
2	88	13/01/2023	TRABAJO SOCIAL	TUNAL	PISO 4	ESCRITORIO	NO APLICA	PROPIO	CT0018337	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	BUENO	NO TIENE	18757	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
3	103	13/01/2023	UNIDAD RENAL	TUNAL	ENFERMERIA	ESCRITORIO	172.16.132.106	ARRIENDO	CPU1037	HP	COMPAQ 6005	MXJ2032VHG	PHEOM	4GB	250 GB	BUENO	BUENO	MON1037	HP	CN41450SLP	WINDOWS 7	2013
4	127	13/01/2023	PATOLOGIA	TUNAL	PATOLOGIA	ESCRITORIO	172.16.134.94	PROPIO	CT00018283	JANUS	NO APLICA	NO APLICA	ICORE I3 3220	4 GB	250 GB	BUENO	BUENO	18970	COMPUMAX	NO APLICA	WINDOWS 7	2010
5	144	13/01/2023	CENTRAL APH	TUNAL	1 PISO	ESCRITORIO	172.16.134.190	ARRIENDO	CPU1788	HP	NO APLICA	MXL2050BXH	AMD PHENOM	4GB	250 GB	BUENO	BUENO	MON1068	HP	NO APLICA	WINDOWS 7	2013 PLUS
6	243	16/01/2023	CODOR AUTORIZACIONES	TUNAL	PISO 2	ESCRITORIO	172.16.133.70	PROPIO	CT00018977	COMPUMAX	1019	4009XL17374	CORE I5-4570	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO	18976	COMPUMAX	NO APLICA	WINDOWS 7	2019
7	562	13/01/2023	ACTIVOS FIJOS	CARMEN	PISO2 ACTIVOS	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.88	CJ00005640	COMPUMAX	1003-805-0003	1015N85561	CORE I5-3450	6GB	500 GB	1	1	4890	COMPUMAX	NULL	WINDOWS 7	OFFIC2013
8	563	13/01/2023	ACTIVOS FIJOS	CARMEN	PISO2 ACTIVOS	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.86	CJ00007690	COMPUMAX	1019-800-0000	300sn31992	CORE I5-3450	6GB	500 GB	1	1	4890	COMPUMAX	NULL	WINDOWS 7	OFFICE2013
9	564	13/01/2023	ACTIVOS FIJOS	CARMEN	PISO2 ACTIVOS	ESCRITORIO	NECSOFT	172.16.124.8	IMP2224	HP	LASERJETMFP630	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
10	565	13/01/2023	ACTIVOS FIJOS	CARMEN	PISO2 ACTIVOS	ESCRITORIO	NECSOFT	NO APLICA	IMP2169	ZEBRA	GI420T	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
11	567	13/01/2023	ADMINISTRATIVA	CARMEN	PISO2 ACTIVOS	ALL IN ONE	PROPIO	172.16.124.248	U0007996	DELL	VOSTRO 360	FLXHBQ1	CORE I3-2100	4GB	500GB	1	1	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 7	OFFIC 2010
12	581	13/01/2023	CONTROL INTERNO	CARMEN	PISO 2 CONTROL INTERNO	ALL IN ONE	PROPIO	172.16.124.72	U0008003-2	DELL	VOSTRO 360	9MXHBQ1	CORE I3-2100	4GB	500GB	1	1	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 7	OFFIC 2010
13	588	13/01/2023	ACREDITACION	CARMEN	PISO 2 ACREDITACION	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.90	MOOOOO5423	HP	HP PRO	MXL2012TZU	CORE I3-2100	2GB	500GB	1	1	CVI00081815	HP LE1851W	NULL	WINDOWS 7	OFFIC 2010
14	605	13/01/2023	REHABILITACION	CARMEN	PISO 1 REHABILITACION	ALL IN ONE	PROPIO	172.16.124.	V081744	HP	HP 6300	MXL1480LCD	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
15	628	13/01/2023	TERAPIA OCUPACIONAL	CARMEN	PISO 1 TERAPIA OCUPACIONAL	ESCRITORIO	NO PRENDE	172.16.124.	CJ00007999	COMPUMAX	1019-800-0000	2005N69510	CORE15-4570	8GB	500GB	1	1	CVI00081275	HP	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
16	635	13/01/2023	PARTICIPACION	CARMEN	PISO 1 PARTICIPACION	PORTATIL	NECSOFT	172.16.124.114	CPU1784	DELL	LATITUDE E6330	NULL	ICORE I5- TERCERA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	OFFICE 2013

Imagen 16.

9.2 Al realizar la concurrencia en La Unidad Tunal y El Carmen para validar estos equipos se encontró lo siguiente:

9.2.1 TUNAL:

HALLAZGO 11.1 PATOLOGÍA: Se encuentra según acta el equipo con placa 16572 con Windows 8. Además tienen 3 equipos que tienen Windows 7 y 8 CPU 18283, 18505, donde no se encuentra actualizado su Sistema operativo. Además, en el momento de la visita ninguno de estos tenía Dinámica Gerencial lo cual la Medica de Patología nos informa que había enviado el caso con el ticket 48941 desde Enero 2 de 2023 y estamos a Enero 18 de 2023 y no le habían arreglado este soporte por parte del área de sistemas, además la solución temporal que le han dado es que como son obsoletos no se puede instalar Dinámica Gerencial deben hacerles una conexión remota para poder acceder desde dichos equipos a Dinámica Gerencial.

HALLAZGO 11.2 UNIDAD RENAL: Se evidencia equipo placa CPU4601 de Necsoft con Monitor placa 08512 se evidencia que tiene Windows 7 aun lo están utilizando para la parte asistencial (Enfermera lo utiliza actualmente) con Dinámica Gerencial. (La CPU tiene un punto rojo nos informa Sistemas que es porque lo van a cambiar pero aun en nuestra visita sigue obsoleto y es de arriendo).

En el inventario entregado por la Subred Sur aparece que ya tiene Windows 10, lo cual no es cierto según la visita.

INVENTARIO GENERAL 2023

CONSECUTIVO	FECHA INVENTARIO	AREA	UNIDAD	UBICACION	TIPO EQUIPO (ELEMENTO DE COMPUTO E IMPRESORAS)	DIRECCION IP	ARRIENDO / PROPIO	PLACA INVENTARIO	MARCA	MODELO	SERIAL	PROCESADOR	MEMORIA RAM	HDD	ESTADO TECLADO (Describa Bueno o cambio)	ESTADO MOUSE (Describa Bueno o cambio)	PLACA MONITOR	MARCA MONITOR	SERIAL MONITOR	S.O.P (SISTEMAS OPERATIVO)	OFFICE / LIBRE OFFICE (DESCIBRIR CUAL)
96	13/01/2023	UNIDAD RENAL	TUNAL	BAJO SO	ESCRITORIO	172.16.135.32	ARRIENDO	CPU4601	DELL	OPTIPLEX3050	NULL	CORE I5-6500	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO	MON08512	DELL	7VDV347426232Q	WINDOWS 10	2019

Imagen17.

HALLAZGO 11.3 TRABAJO SOCIAL: Se evidencio que la placa del computador CT00019003 en el inventario se encuentra ubicado y área en Trabajo Social pero esta es para el área de Nutrición lo cual se debe actualizar también su ubicación.

HALLAZGO 11.4 FARMACIA: Se valida en el muestreo de dos Computadores todo en uno Placas T0051553 el cual no aparece en ninguno de los archivos entregados por el área de sistemas y son propios queda evidencia en el papeles de trabajo foto y acta. El otro computador el todo en uno y T0051383 los cuales no aparece le serial en el inventario es equipo propio parece el dato como Null, lo cual se debe actualizar e ingresar su serial.

HALLAZGO 11.5 TUNAL ADMINISTRACIÓN: No se evidencio en la visita ninguno de estos computadores todo en uno en el inventario que llevaba la persona representante de Sistemas quien acompañaba al auditoria que llevaba en su portátil dicho inventario actualizado ni tampoco se encontraba en los archivos enviados hasta este día a la Revisoría Fiscal por parte del área de sistemas de los computadores vistos en la auditoria presencial en concurrencia al área de Gestión del conocimiento con las siguientes placas: T0055494, H0051569, Portátil que no tiene placa pero es propio de la Subred Sur y tiene el serial F4A475CBR0E6.En Activos Fijos computador con la placa CT00018857 es propio, Recursos Humanos computador con Placa CPU2596 no estaba dentro del inventarios de sistemas.

9.2.2 EL CARMEN:

HALLAZGO11.6 TERAPIA OCUPACIONAL: No prende el equipo se encuentra en un consultorio (Adjunta fotos en papeles de trabajo) nos informan que esta para dar de baja pero tampoco se evidencia listado de dichos equipos para dar de baja no se han realizado aun. Además, la placa está mal digitada en el inventario aparece CJ0007999 se evidencia el computador CJ0007939.

HALLAZGO 11.7 REHABILITACIÓN: No se pudieron evidenciar los equipos que parecen en el inventario con ubicación en esta área, nos informan que se van para Vista Hermosa y allí validaran si se dan de baja o se utilizan partes que sirvan para re potencializarlos este listado no se encuentra un consolidado.

HALLAZGO 11.8 Este inventario se encuentra alimentado por el sistema SIASUR inhouse maneja la hoja de vida de cada equipo, pero existen campos que no son obligatorios los cuales son vitales para dicho inventario como placa serial entre otros. En este momento se evidencia 5 técnicos para 36 unidades.

Recomendación para Tunal y Carmen inventario de visita en concurrencia hallazgo11 sobre los equipos de cómputo el cual contiene todo lo evidenciado:

Se reitera la recomendación de validar el proceso de adquisición de equipos para mejorar estos, evaluar el contrato de outsourcing donde garanticen las características mínimas requeridas para el Sistema de información contando con su estabilidad, eficiencia y eficacia en el proceso en todos los servicios. De igual manera para los equipos propios. Y reiteramos actualizar equipos ubicaciones digitar bien los seriales la placa y demás datos relevantes ya que en estos inventarios se encuentra información diferente a lo realmente visto en sitio.

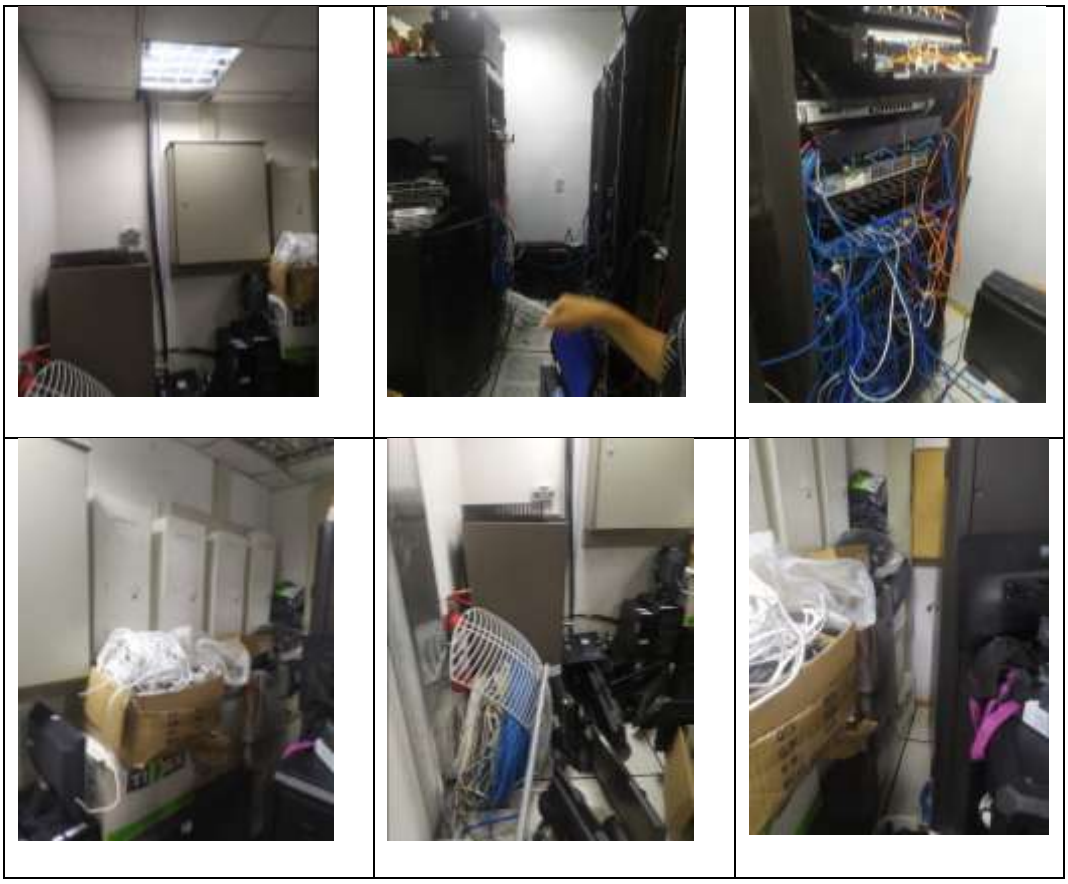
Se recomienda validar y alinear el sistema SIASUR del área de Sistemas con el área de Activos Fijos para que se encuentren alineados la información sea una sola que sea oportuna, real completa y en línea que no existan islas que sea integra.

No se evidencia un listado consolidado de los equipos que se enviaran a Vista Hermosa para dar de baja o validar sus mejoras como tal ya que en este momento no tienen esta información.

Se recomienda validar el recurso humano ya que existen procesos sin culminar como lo podemos apreciar en desactualización de inventarios, atraso en soporte para áreas como Patología y Calidad entre otras, los mantenimientos preventivos no se realizan por falta de personal.

HALLAZGO 12: En la visita de concurrencia en el Carmen y Tunal en los data center y en las diferentes áreas se evidencia, desorden en los data center, rack despeinados sin marquillar, canaletas descubiertas, suciedad, almacenamiento de equipos dañados, cajas, cables entre otros, lo cual afecta la seguridad de los equipos servidores vulnerables ante cualquier evento ya que no posee los controles mínimos requeridos nos informa en la vista el área de sistemas que esto se debe a los cambios de unidades y equipos que han venido presentando lo cual no justifica este estado en el data center.

FOTOS DEL DATACENTER DEL CARMEN



FOTOS DEL DATACENTER TUNAL

RECOMENDACIÓN HALLAZGO 12: Se recomienda peinar el rack, marquillado patchord, cumplir con los estándares, por lo que se recomienda basarse: La norma ANSI-TIA 942 clasifica en cuatro niveles la infraestructura de centros de cómputo siendo el "tier 1" el básico y el "tier 4" a prueba de fallas. La norma ANSI-TIA 942 divide la infraestructura en los subsistemas de Telecomunicaciones, Arquitectónico, Eléctrico y Mecánico. Mejorar goteras de techo, limpiar y no utilizar como bodegaje dicho data center.

HALLAZGO 13: Se realiza en el Tunal y el Carmen validación en muestreo de equipos de conectividad lo cuales se revisaron y en el datacenter del Tunal no le logro evidenciar los switch de placas 15915, 52157,52147 queda en el acta ya que no se podía transitar por este Data center estaba lleno de cajas y demás equipos, cajas, pantallas entre otros como bodegaje.

RECOMENDACIÓN: Validar todos los equipos de comunicaciones, hacer un respectivo mantenimiento preventivo para evitar riesgos, organizar donde se encuentran ubicados.

HALLAZGO 14: Se evidencia que existe falta de calidad de datos en el consolidado de inventario enviado por el área de sistemas ejemplo en la digitación de Equipos de Escritorio con distintos nombres como se evidencia en la imagen18 lo cual genera falta de estandarización, dificultad al hacer filtros, tablas dinámicas y demás.

INVENTARIO GENERAL 2023

CONSECUTIVO	FECHA INVENTARIO	AREA	UNIDAD	UBICACION	TIPO EQUIPO (ELEMENTO DE COMPUTO E IMPRESORAS)	DIRECCION IP	ARRIENDO / PROPIO	PLACA INVENTARIO	MARCA	MODELO	SERIAL
1	13/01/2023	HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	MEISSEN	PISO 6 TC		172.16.139.10	ARRIENDO	CPU4107	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA
2	13/01/2023	HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	MEISSEN	PISO 6 TC		172.16.139.171	ARRIENDO	CPU12454	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA
3	13/01/2023	HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	MEISSEN	PISO 6 TC		172.16.136.103	ARRIENDO	CPU4045	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA
4	13/01/2023	HOSPITALIZACION	MEISSEN	PISO 6 NORT		NO APLICA	PROPIO	M0051732	LENOVO	S19400	MJ007XLDM
5	13/01/2023	HOSPITALIZACION	MEISSEN	PISO 6 NORT		172.16.139.38	ARRIENDO	CPU14539	HP	NO APLICA	NO APLICA
6	13/01/2023	HOSPITALIZACION	MEISSEN	PISO 6 NORT		172.16.138.54	ARRIENDO	CPU14667	DELL	NO APLICA	NO APLICA
7	13/01/2023	COORDINACION ENFERMERIA	MEISSEN	PISO 6 NORT		172.16.137.102	PROPIO	H0051561	LENOVO	10SB-S19400	MJ07XHT0
8	13/01/2023	COORDINACION DE GINECOLOGIA	MEISSEN	PISO 5 SUR		172.16.138.39	PROPIO	M0051672	LENOVO	S19400	MJO7XLVX
9	13/01/2023	GINECOLOGIA	MEISSEN	PISO 5 SUR		172.16.136.137	ARRIENDO	CPU4241	DELL	9030AIOSERIES	F7LPW52
10	13/01/2023	GINECOLOGIA ORIENTE	MEISSEN	PISO 5 ORIEN		172.16.138.73	PROPIO	NO APLICA	LENOVO	S19400	NO APLICA
11	13/01/2023	GINECOLOGIA ORIENTE	MEISSEN	PISO 5 ORIEN		172.16.139.50	ARRIENDO	CPU-14778	HP	X3F10UC#ABM	5CG643225M
12	13/01/2023	GINECOLOGIA HOSPITALIZACION	MEISSEN	PISO 5 NORT		172.16.138.112	ARRIENDO	CPU06058	HP	HP FOLIO 9470	CNU346CW8C
13	13/01/2023	GINECOLOGIA HOSPITALIZACION	MEISSEN	PISO 5 NORT		172.16.136.110	PROPIO	M0051449	LENOVO	S19400	MJ07WCMG
14	13/01/2023	LINEA ROSA	MEISSEN	PISO 5 NORT		172.16.136.99	PROPIO	M051463	LENOVO	S19400	MJ0X7XHU7
15	13/01/2023	HOSPITALIZACION PEDIADRIA	MEISSEN	PISO 4 SUR ORIE		172.16.138.122	ARRIENDO	CPU4101	DELL	NO APLICA	NO APLICA
16	13/01/2023	HOSPITALIZACION PEDIADRIA	MEISSEN	PISO 4 SUR ORIE		172.16.137.83	ARRIENDO	CPU4105	DELL	NO APLICA	NO APLICA
17	13/01/2023	OFICINA PROFESIONAL DE ENLACE	MEISSEN	PISO 4 SUR ORIE		172.16.138.11	ARRIENDO	CPU09967	HP	E8X86AV#089	MXL5161MJL
18	13/01/2023	OFICINA PROFESIONAL DE ENLACE	MEISSEN	PISO 4 SUR ORIE		172.16.137.170	PROPIO	M0051845	LENOVO	M820Z	MJ07XHN4
19	13/01/2023	UCI PEDIATRICA	MEISSEN	PISO 3 SUR ORIE		NO APLICA	DESCONOCIDO	NO APLICA	LENOVO	MPNXS162800E	MP1ZG9RA
20	13/01/2023	UCI PEDIATRICA	MEISSEN	PISO 3 SUR ORIE		172.16.137.32	PROPIO	M0057123	LENOVO	NO APLICA	SPFTLCWS
21	13/01/2023	UCI PEDIATRIA	MEISSEN	PISO 3 SUR ORIENTE TORRE 2	TODO EN UNO	NO APLICA	DESCONOCIDO	6567	LENOVO	MPNXS162800E	MP1ZG3EC
22	13/01/2023	UCI PEDIATRIA	MEISSEN	PISO 3 SUR ORIENTE TORRE 2	PORTATIL	172.16.138.188	PROPIO	M0057119	LENOVO	S1CD00	PF-2VTDM1
23	13/01/2023	URGENCIAS PEDIATRICAS	MEISSEN	PISO 1 SUR ORIENTE TORRE 2	TODOENUNO	172.16.137.202	PROPIO	M0051368	LENOVO	S19400	MJ07XKZY
24	13/01/2023	URGENCIAS PEDIATRICAS	MEISSEN	PISO 1 TORRE 2	PORTATIL	172.16.139.34	ARRIENDO	CPU14851	HP	NO APLICA	NO APLICA
25	13/01/2023	URGENCIAS PEDIATRICAS	MEISSEN	PISO 1 TORRE 2	TODO EN UNO	172.16.138.139	PROPIO	M0051373	LENOVO	M820Z	MJO7XXLLP
26	13/01/2023	URGENCIAS PEDIATRICAS	MEISSEN	PISO 1 TORRE 2	PORTATIL	NO APLICA	ARRIENDO	CPU14665	LENOVO	NO APLICA	NO ESPECIFIC

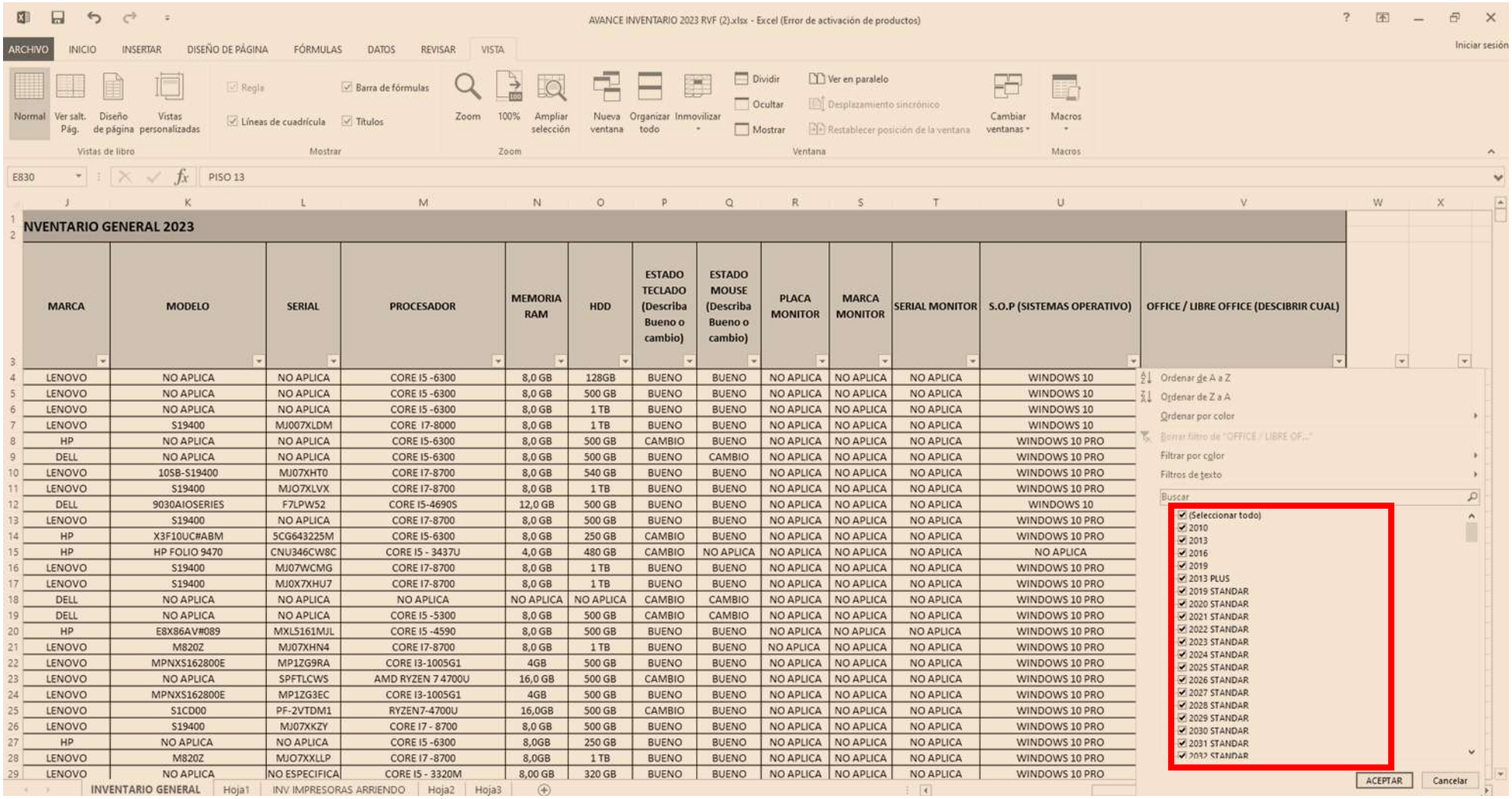
Imagen 18

RECOMENDACIÓN: Depurar datos, estandarizar nombres, registros validar campos que todos queden bien digitados bien ingresados y actualizados.

HALLAZGO 15: Al validar la cantidad de licencias Office, verificamos en la columna de Office lo instalado en cada uno de los equipos lo cual se encuentra mal digitado como se evidencia en las imágenes debería estar el tipo de office que tiene instalado para cada equipo ya sea propio o en arriendo y no tener este tipos de datos inexactos, además la información no es coherente y otros están vacías o sin asignar según las imágenes 19 y 20. Además el área de Sistemas no tiene un control específico de esta instalación de office en los equipos, tampoco cuando se dan de baja cuantas licencias quedan libres entre otros.

RECOMENDACIÓN: Depurar datos, estandarizar nombres, registros validar campos que todos queden bien digitados bien ingresados y actualizados.

HALLAZGO 15: Al validar la cantidad de licencias Office, verificamos en la columna de Office lo instalado en cada uno de los equipos lo cual se encuentra mal digitado como se evidencia en las imágenes debería estar el tipo de office que tiene instalado para cada equipo ya sea propio o en arriendo y no tener este tipos de datos inexactos, además la información no es coherente y otros están vacías o sin asignar según las imágenes 19 y 20. Además el área de Sistemas no tiene un control específico de esta instalación de office en los equipos, tampoco cuando se dan de baja cuantas licencias quedan libres entre otros.



MARCA	MODELO	SERIAL	PROCESADOR	MEMORIA RAM	HDD	ESTADO TECLADO (Describa Bueno o cambio)	ESTADO MOUSE (Describa Bueno o cambio)	PLACA MONITOR	MARCA MONITOR	SERIAL MONITOR	S.O.P (SISTEMAS OPERATIVO)	OFFICE / LIBRE OFFICE (DESCIBRIR CUAL)
LENOVO	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -6300	8,0 GB	128GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10	
LENOVO	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -6300	8,0 GB	500 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10	
LENOVO	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -6300	8,0 GB	1 TB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10	
LENOVO	S19400	MJ007XLDM	CORE I7-8000	8,0 GB	1 TB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10	
HP	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5-6300	8,0 GB	500 GB	CAMBIO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
DELL	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5-6300	8,0 GB	500 GB	BUENO	CAMBIO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	10SB-S19400	MJ07XHT0	CORE I7-8700	8,0 GB	540 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	S19400	MJO7XLVX	CORE I7-8700	8,0 GB	1 TB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
DELL	9030AIOSERIES	F7LPW52	CORE I5-4690S	12,0 GB	500 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10	
LENOVO	S19400	NO APLICA	CORE I7-8700	8,0 GB	500 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
HP	X3F10UC#ABM	5CG643225M	CORE I5-6300	8,0 GB	250 GB	CAMBIO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
HP	HP FOLIO 9470	CNU346CW8C	CORE I5 - 3437U	4,0 GB	480 GB	CAMBIO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
LENOVO	S19400	MJ07WCMG	CORE I7-8700	8,0 GB	1 TB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	S19400	MJ0X7XHU7	CORE I7-8700	8,0 GB	1 TB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
DELL	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	CAMBIO	CAMBIO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
DELL	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -5300	8,0 GB	500 GB	CAMBIO	CAMBIO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
HP	E8X86AV#089	MXL5161MJL	CORE I5 -4590	8,0 GB	500 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	M820Z	MJ07XHN4	CORE I7-8700	8,0 GB	1 TB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	MPNXS162800E	MP1ZG9RA	CORE I3-1005G1	4GB	500 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	NO APLICA	SPFTLCWS	AMD RYZEN 7 4700U	16,0 GB	500 GB	CAMBIO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	MPNXS162800E	MP1ZG3EC	CORE I3-1005G1	4GB	500 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	S1CD00	PF-2VTDM1	RYZEN7-4700U	16,0GB	500 GB	CAMBIO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	S19400	MJ07XKZY	CORE I7 - 8700	8,0 GB	500 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
HP	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -6300	8,0GB	250 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	M820Z	MJO7XXLLP	CORE I7 -8700	8,0GB	1 TB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	
LENOVO	NO APLICA	NO ESPECIFICA	CORE I5 - 3320M	8,00 GB	320 GB	BUENO	BUENO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	WINDOWS 10 PRO	

IMAGEN 19

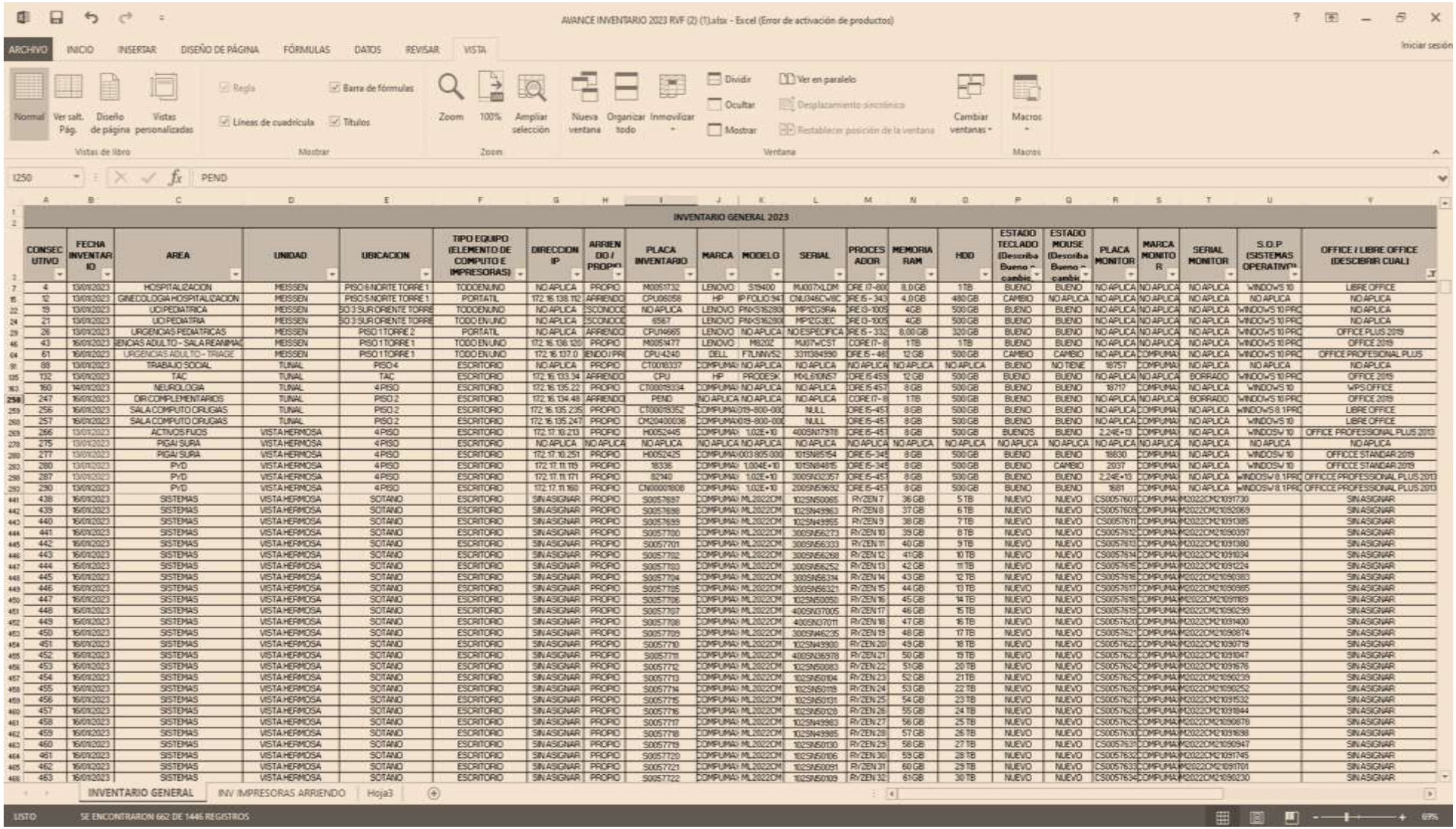

AVANCE INVENTARIO 2023 RVF (2) (1).xlsx - Excel (Error de activación de productos)
INVENTARIO GENERAL 2023
INVENTARIO GENERAL
INV IMPRESORAS ARRIENDO
Hoja3
LISTO
SE ENCONTRARON 662 DE 1446 REGISTROS

IMAGEN 20.

HALLAZGO 16: Se evidencia que están mal escritos los nombres del office instalado en cada equipo ejemplo: office profesional plus 2013 se encuentra de 3 maneras diferentes escrito, por lo tanto se pierde el estándar del dato y la información no es integra como en la imagen 21 que se muestra a continuación:

IMAGEN 21.

RECOMENDACIÓN HALLAZGO 15 Y 16: Validar la calidad de datos que se lleva en el inventario para llevar un control un seguimiento primero que todo deben levantar la información real de cuantos equipos tienen propios cuantas licencias lo que la Auditoría quería realizar, se recomienda hagan un control interno sobre este tema así es dispendioso validar las licencias sin un inventario actualizado y optimo por lo tanto deben llevar un control interno.

HALLAZGO 17: Se evidencia inexactitud en la información donde la columna que envían dice dirección IP del equipo y la otra columna dice arriendo o propio lo cual se evidencian IP donde dice arriendos o propio y al filtrar en dirección IP por Propio sale en la columna Pend o Pen o sale desconocido mala calidad en la información se evidencia en las imágenes 21 y 22.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
CONSECUTIVO	FECHA INVENTARIO	AREA	UNIDAD	UBICACION	TIPO EQUIPO (ELEMENTO DE COMPUTO E IMPRESORAS)	DIRECCION IP	ARRIENDO / PROPIO	PLACA INVENTARIO	MARCA	MODELO	SERIAL	PROCESADOR	MEMORIA RAM	HDD	ESTADO TECLADO (Describa Bueno o cambio)	ESTADO MOUSE (Describa Bueno o cambio)
524	13/01/2023	Urgencias Adultos	MEISSEN	PISO 1	ESCRITORIO	PROPIO	PENDIENTE	M000005313	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	core i5-4570	8 GB	500 GB	1	1
1035	15/01/2023	VACUNACION	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	13221	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	celeron 2,8	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1036	15/01/2023	CONSULTORIO 6	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	7150	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ERON 2.8 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1037	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	CITAS	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	H0052518	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	L CORE I4- 64	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1038	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	CITAS	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CT00018818	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ERON 2.8 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1039	15/01/2023	CONS. 1	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	18312-2018	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	I5 - 64 BITS	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1040	15/01/2023	OF.PROF ENLACE	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ00003889	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA	3 CORE 64 BIT	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1041	15/01/2023	OF. PROF. ENLACE	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	H0051606	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1042	15/01/2023	OF. PROF. ENLACE	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007470	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ERON 2.8 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1043	15/01/2023	FARMACIA	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051653	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1044	15/01/2023	FARMACIA	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051740	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1045	15/01/2023	FARMACIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007970	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ERON 2.8 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1046	15/01/2023	CRONICOS	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ0006934	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ERON 2.8 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1047	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051664	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1048	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051600	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1049	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	J0051651	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1050	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ0051669	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1051	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ0051633	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1052	15/01/2023	FACTURACION	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ00007151	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1053	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007151	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ITIUN 2.7 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1054	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007448	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ERON 2.6 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1055	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007400	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ERON 2.6 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1056	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ00005340	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA	ORE i3 64 BIT	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1057	15/01/2023	ODONTOLOGIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007449	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ERON 2,8 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1058	15/01/2023	CONS. DISCAPACIDAD	ABRAHAM	1	TODO EN 1	PROPIO	PEND	CJ00003131	LENOVO	NO APLICA	NO APLICA	ORE i3 64 BIT	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1059	15/01/2023	AUX ENFERMERIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	4715	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	CORE I5 -3	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1060	15/01/2023	CONS. 5 ENFERMERIA	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	CJ00007401	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ERON 2.6 64 E	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
1061	15/01/2023	PYD	ABRAHAM	1	ESCRITORIO	PROPIO	PEND	H0052531	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ORE i5 64 BIT	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO

IMAGEN 21.

INVENTARIO GENERAL 2023

CONSECUTIVO	FECHA INVENTARIO	AREA	UNIDAD	UBICACION	TIPO EQUIPO (ELEMENTO DE COMPUTO E IMPRESORAS)	DIRECCION IP	ARRIENDO / PROPIO	PLACA INVENTARIO	MARCA	MODELO	SERIAL	PROCESADOR	MEMORIA RAM	HDD	ESTADO TECLADO (Describa Bueno o cambio)	ESTADO MOUSE (Describa Bueno o cambio)	PI MO
531	13/01/2023	PAMEC-CALIDAD	CARMEN	O 2 PAN	ESCRITORIO	NECTSOFT	172.16.124.144	CPU-10339	HP	LITEDESK800G	MXL4491WCK	CORE I5-4590	16GB	500GB	1	1	MO
532	13/01/2023	PAMEC-CALIDAD	CARMEN	O 2 PAN	ALL IN ONE	NECTSOFT	172.16.124.122	CPU-11159	HP	PRO ONE 600	MXL7411XTH	CORE I7-7700	16GB	500GB	1	1	NO
548	13/01/2023	HABILITACIÓN	CARMEN	HABILIT	PORTATIL	NECTSOFT	172.16.124.167	CPU-5896	LENOVO	THINKPAD T43	P8P2DHZ	CORE I5-3380	8GB	320GB	1	1	NO
550	13/01/2023	HABILITACIÓN	CARMEN	HABILITE	ESCRITORIOS	PROPIO	172.16.124.112	M00005581	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	core i5-4570	8GB	500GB	1	1	MO
551	13/01/2023	ECCION DE SERVICIOS AMBULATOR	CARMEN	MBULAT	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.152	CJ0007185	COMPUMAX	1019-800-0000	300SN32959	NTEL CELERO	8GB	500GB	1	1	
552	13/01/2023	ECCION DE SERVICIOS AMBULATOR	CARMEN	MBULAT	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.155	H0052522	COMPUMAX	1003-805-0003	101SN35121	CORE I5-3450	8GB	500 GB	1	1	
554	13/01/2023	ECCION DE SERVICIOS AMBULATOR	CARMEN	MBULAT	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.157	V00082026	COMPUMAX	1019-800-0000	400SN17943	CORE 15-4570	8GB	500 GB	1	1	
555	13/01/2023	ECCION DE SERVICIOS AMBULATOR	CARMEN	MBULAT	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.156	H0052451	COMPUMAX	1019-800-0000	400SN18934	CORE 15 4570	8GB	500 GB	1	1	NO
556	13/01/2023	ECCION DE SERVICIOS AMBULATOR	CARMEN	MBULAT	ALL IN ONE	PROPIO	172.16.124.159	cpu08184	LENOVO	KCENTRE A02	MJ04ZGSA	core i5-6500	16GB	250 GB	1	1	NO
557	13/01/2023	ECCION DE SERVICIOS AMBULATOR	CARMEN	MBULAT	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.160	J00007720	COMPUMAX	1019-800-0000	300SN33000	NTEL CELERO	8GB	500GB	1	1	NO
558	13/01/2023	ECCION DE SERVICIOS AMBULATOR	CARMEN	MBULAT	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.164	M20400143	300SN5999COMPUMAX	1019-800-0000	300SN59998	CORE15-4570	8GB	500GB	1	1	1
559	13/01/2023	ECCION DE SERVICIOS AMBULATOR	CARMEN	MBULAT	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.161	CJ0003636	COMPUMAX	1003-805-0003	101SN85376	NTEL CELERO	8GB	500GB	1	1	
560	13/01/2023	ECCION DE SERVICIOS AMBULATOR	CARMEN	MBULAT	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.111	J00007901	COMPUMAX	1003-805-0003	101SN85436	CORE15-3540	8GB	500GB	1	1	NO
568	13/01/2023	DIR AMBULATORIOS	CARMEN	D2 ACTI	ESCRITORIO	NECSOFT	172.16.124.124	CPU-4303	LENOVO	KCENTRE A02	MJ045CQ7	CORE5-6500	8GB	500GB	1	1	MO
569	13/01/2023	DIR AMBULATORIOS	CARMEN	D2 ACTI	ESCRITORIO	NECSOFT	172.16.124.118	CPU-4398	LENOVO	INKSTATION E	MJ02FW51	INTEL XEON	16GB	1TB	1	1	NO
584	13/01/2023	DIR AMBULATORIOS	CARMEN	AMBUL	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.158	J00007937	COMPUMAX	1019-800-0000	300SN33015	NTEL CELERO	8GB	500GB	1	1	NO
585	13/01/2023	EVALUACION DE DESEMPEÑO	CARMEN	ACON DI	ESCRITORIO	NECSOFT	172.16.124.165	CPU08399	HP	ELITE8300	MXL30910V0	RE I5 TERCER	8GB	500GB	1	1	NO
594	13/01/2023	FACTURACION	CARMEN	FACTUR	ESCRITORIO	NECSOFT	172.16.124.117	CPU-15298	DELL	OPTIPLEX7040	3K94HH2	CORE I5-6500	8GB	500GB	1	1	MO
600	13/01/2023	FARMACIA	CARMEN	1 FARM	ALL IN ONE	PROPIO	172.16.124.103	J0051833	LENOVO	NKCENTER M8	MJ07XLK0	CORE I7-8700	8GB	500GB	1	1	NO
604	13/01/2023	REHABILITACION	CARMEN	EHABIL	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.113	NO APLICA	HP	COMPAQ6220	2UA2332RB	RE I5-SEGUN	8GB	500GB	1	1	NO
605	13/01/2023	REHABILITACION	CARMEN	EHABIL	ALL IN ONE	PROPIO	172.16.124.	V081744	HP	HP 6300	MXL1480LCD	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO
608	13/01/2023	REHABILITACION	CARMEN	EHABIL	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.	J00006943	COMPUMAX	1019-800-0000	300SN32970	CORE15-4570	8GB	500GB	1	1	NO
614	13/01/2023	RADIOLOGIA	CARMEN	RADIO	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.128	M00005580	COMPUMAX	1019-800-0000	200SN59909	CORE15-4570	8GB	500GB	1	1	1
617	13/01/2023	MAMOGRAFIA	CARMEN	MAMO	ESCRITORIO	PROPIO	172.16.124.126	U00009873	JANUS	NO APLICA	NO APLICA	MD-REDAEO	4GB	150GB	1	1	
618	13/01/2023	PEDIATRIA	CARMEN	1 PEDIA	ALL IN ONE	PROPIO	172.16.124.101	J0051532	LENOVO	NKCENTER M8	MJ07XL6X	CORE I7-8700	8GB	500GB	1	1	NO
622	13/01/2023	CONSULTORIO 4	CARMEN	CONSULT	ALL IN ONE	NECSOFT	172.16.124.150	CPU-11325	LENOVO	INKSTATION E	MJ0360OU	INTEL XEON	8GB	1TB	1	1	MO

IMAGEN 22.

HALLAZGO 18: Se evidencia que no se tiene claro no especifican si son propios o en arriendo ya que la información se encuentra incompleta en el inventario enviado por Sistemas de la Subred Sur, nos enviaron adjunto otro de arriendo de necsoft que tampoco se encuentra completo, pero no en este archivo donde al filtrar solo los equipos propios debería darme la cantidad tampoco está completo el dato aparecen como "Arriendo o propio/, o No aplica o Pendiente entre otros caracteres", lo cual no es calidad del dato no es posible filtrar la cantidad de equipos propios que se encuentran actualmente en la Subred sur con este archivo "Inventario 2023 RVF".

INVENTARIO GENERAL 2023

CONSECUTIVO	FECHA INVENTARIO	AREA	UNIDAD	UBICACION	TIPO EQUIPO (ELEMENTO DE COMPUTO E IMPRESORAS)	DIRECCION IP	ARRIENDO / PROPIO	PLACA INVENTARIO	MARCA	MODELO	SERIAL	PROCESADOR	MEMORIA RAM	HDD	ESTADO TECLADO (Describa Bueno o cambio)	ESTADO MOUSE (Describa Bueno o cambio)
19	13/01/2023	UCI PEDIATRICA	MEISSEN	ORIENT	TODO EN UNO	NO APLICA	DESCONOCIDO	NO APLICA	LENOVO	MPNXS162800	MP1ZG9RA	ORE I3-10050	4GB	500 GB	BUENO	BUENO
21	13/01/2023	UCI PEDIATRIA	MEISSEN	ORIENT	TODO EN UNO	NO APLICA	DESCONOCIDO	6567	LENOVO	MPNXS162800	MP1ZG3EC	ORE I3-10050	4GB	500 GB	BUENO	BUENO
61	16/01/2023	URGENCIAS ADULTO - TRIAGE	MEISSEN	D 1 TORR	TODO EN UNO	172.16.137.0	ARRIENDO / PROPIO	CPU 4240	DELL	F7LNNV52	3311384990	CORE I5 - 469	12 GB	500 GB	CAMBIO	CAMBIO
275	13/01/2023	PIGA/ SURA	VISTA HERMOSA	4 PISO	ESCRITORIO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
310	13/01/2023	VSP SSR(PIC)	VISTA HERMOSA	3 PISO	TODO EN UNO	172.17.10.182	ARRIENDO / PROPIO	CPU 07165	THNICRH	10EYA04000	MJ04JBW1	CORE I5-6000	8 GB	500 GB	BUENO	BUENO
524	13/01/2023	Urgencias Adultos	MEISSEN	PISO 1	ESCRITORIO	PROPIO	PENDIENTE	M000005313	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	core i5-4570	8 GB	500 GB	1	1
536	13/01/2023	ÁREA ADMINISTRATIVA	CARMEN	ADMIN	ESCRITORIO	NECTSOFT	172.16.124.232	CPU-14634	DELL	OPTIPLEX 704	H7395D2	CORE I5-6500	8GB	1TB	1	1
538	13/01/2023	ÁREA ADMINISTRATIVA	CARMEN	ADMIN	ESCRITORIO	NECTSOFT	172.16.124.233	CPU-14708	DELL	OPTIPLEX 704	BNSKND2	CORE I5-6500	8GB	1TB	1	1
540	13/01/2023	ÁREA ADMINISTRATIVA	CARMEN	ADMIN	ESCRITORIO	NECTSOFT	172.16.124.57	CPU-05034	HP	MPAQ PRO 63	MXL3101TFJ	CORE I3-8220	8GB	500GB	1	1
542	13/01/2023	ÁREA ADMINISTRATIVA	CARMEN	ADMINISTRAT	ESCRITORIO	NECTSOFT	172.16.124.234	CPU-14705	DELL	OPTIPLEX 704	JFW2ND2	CORE I5-6500	8GB	1TB	1	1
565	13/01/2023	ACTIVOS FIJOS	CARMEN	02 ACTIV	ESCRITORIO	NECSOFT	NO APLICA	IMP2169	ZEBRA	G64210T	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
653	13/01/2023	FACTUCACION	ESTRELLA	1	TODO EN 1	TODO EN 1	PEND	H0051670	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I7- 8	8GB	500 GB	BUENO	BUENO
654	13/01/2023	ATENCION AL CIUDADANO	ESTRELLA	1	TODO EN 1	TODO EN 1	PEND	H0051631	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	CORE I7- 8	8GB	500 GB	BUENO	BUENO
655	13/01/2023	TERAPIA OCUPCIONAL	ESTRELLA	2	TODO EN 1	TODO EN 1	PEND	H0052496	LENOVO TODO EN 1	NO APLICA	NO APLICA	ORE I5 -3 64 B	8GB	500 GB	BUENO	BUENO
656	13/01/2023	STAN ENFERMERIA	ESTRELLA	2	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PEND	81956	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ORE I5 -3 64 B	8GB	500GB	BUENO	BUENO
657	13/01/2023	CONS. 1	ESTRELLA	1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PEND	H0052465	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ORE I5 -4 64 B	8GB	500GB	BUENO	BUENO
658	13/01/2023	MEDICO	ESTRELLA	1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PEND	2,24E+13	COMPUMAX	NO APLICA	NO APLICA	ORE I5 -4 64 B	8GB	500GB	BUENO	BUENO
659	13/01/2023	CONSULTORIO 1	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 14959	ARRIENDO	HP	PRODESK 600 G	MXL5070Y23	I5 DE 4TA 3,	8GB	500 HDD	BUENO
660	13/01/2023	CONSULTORIO 2	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 11843	ARRIENDO	HP	LITEDESK 800 G	MXL5361T4C	I5 DE 4TA 3,	16 GB	500 HDD	BUENO
661	13/01/2023	CONSULTORIO 3	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 14960	ARRIENDO	HP	PRODESK 600 G	MXL5022DWG	I5 DE 4TA 3,	8 GB	500 HDD	BUENO
662	13/01/2023	CONSULTORIO 6	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 12137	ARRIENDO	HP	PRODESK 600 G	MXL511397M	I5 DE 4TA 3,	16 GB	500 HDD	BUENO
663	13/01/2023	CONSULTORIO 7	PERDOMO	PISO 1	ESCRITORIO	ESCRITORIO	PENDIENTE	CPU 12130	ARRIENDO	HP	PRODESK 600 G	MXL5020Y5M	I5 DE 4TA 3,	16 GB	500 HDD	BUENO
664	13/01/2023	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	PERDOMO	PISO 1	AIO	AIO	PENDIENTE	CPU 08707	ARRIENDO	HP	PROONE 400	MXL4352059	RE I5 DE 4TA	8 GB	240 SSD	BUENO
870	13/01/2023	CONVENIO TERRITORIOS	SIERRA MORENA	PISO 1	PORTATIL	ARRIENDO	NO APLICA	CPU 4749	HP	ITEBOOK 840	5CG7310V91	I5 DE 6TA GE	8 GB	240 SSD	NO APLICA	NO APLICA
871	13/01/2023	CONVENIO TERRITORIOS	SIERRA MORENA	PISO 2	PORTATIL	ARRIENDO	NO APLICA	CPU 4788	HP	ITEBOOK 840	5CG7323ZT0	I5 DE 6TA GE	8 GB	240 SSD	NO APLICA	NO APLICA

HALLAZGO 19: Se evidencia que no se controla internamente en el área de sistemas la instalación de Dinámica Gerencial se evidencia en el inventario que no está consolidada ni actualizada esta información, por lo tanto se solicitó el contrato donde nos especifican que tienen la Licencia de uso del software "DINÁMICA GERENCIAL". CONTRATO 5045-2022 SYAC, consecutivo 443.

HALLAZGO 19: Se evidencia que no se controla internamente en el área de sistemas la instalación de Dinámica Gerencial se evidencia en el inventario que no está consolidada ni actualizada esta información, por lo tanto se solicitó el contrato donde nos especifican que tienen la Licencia de uso del software "DINÁMICA GERENCIAL". CONTRATO 5045-2022 SYAC, consecutivo 443.

SYAC

LICENCIA DE USO DEL PROGRAMA DE SOFTWARE: "DINÁMICA GERENCIAL"	No. CONSECUTIVO 443

Página 1 de 2

LICENCIANTE:	Sistemas y Asesorías de Colombia S.A. - SYAC
NIT:	800.149.562-0
Domicilio:	Av. Cra. 45 No. 108 - 27 Torre 2 - Of. 1408 Bogotá - Colombia
LICENCIATARIO:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
NIT:	NIT: 900958564 - 9
Domicilio:	

El presente documento contiene la Licencia de uso del software "DINÁMICA GERENCIAL".

I. El Licenciante Sistemas y Asesorías de Colombia S.A. - SYAC tiene la calidad de parte productor de la obra: "DINÁMICA GERENCIAL" (tal conforme consta en el correspondiente Certificado de Registro de Soporte Lógico, expedido por la Dirección Nacional de Derechos de Autor, del Ministerio del Interior y de Justicia), y se encuentra legitimado para ejercer los derechos de explotación económica de la obra en comento, incluyendo su comercialización y su distribución así como de todos los y productos conexos y complementarios derivados de la misma; por tiempo indefinido y en exclusiva, para todo el ámbito territorial mundial.

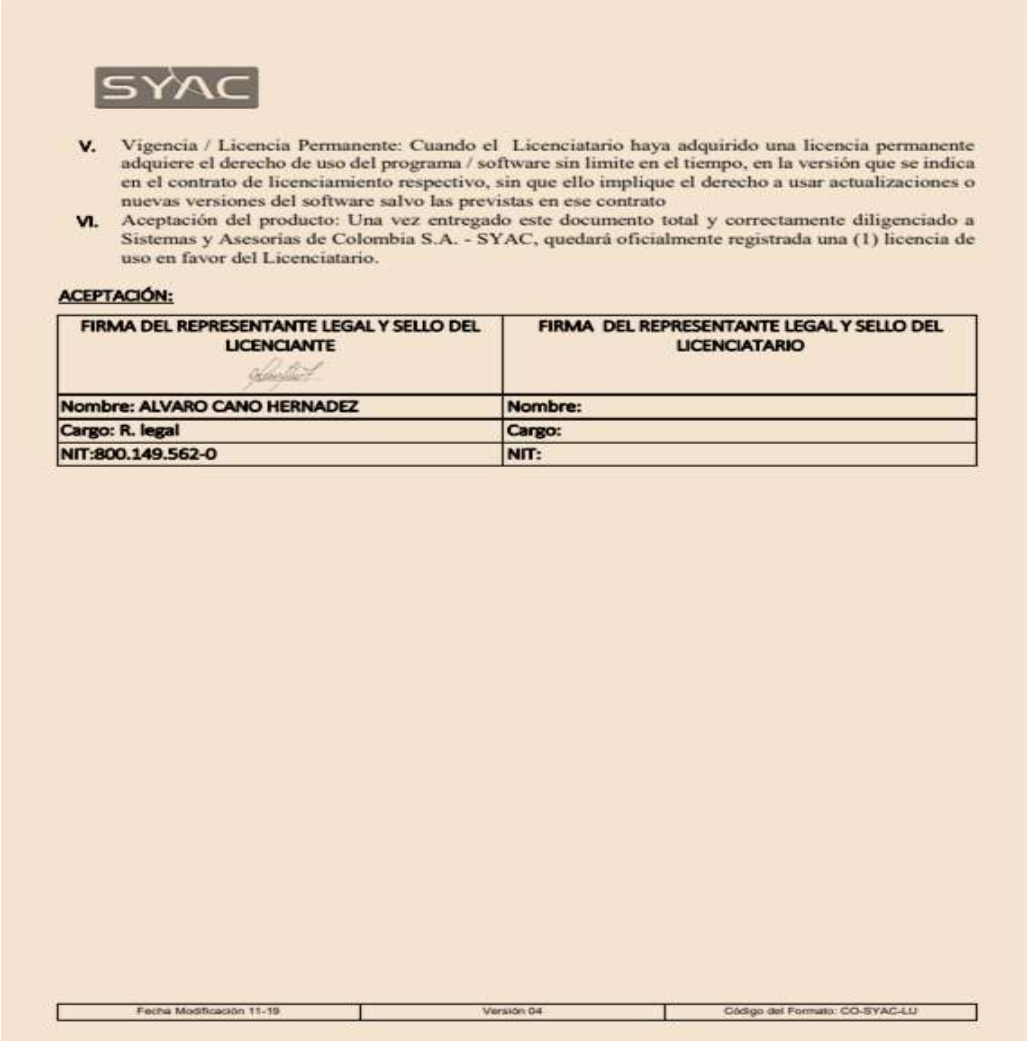
II. Al Licenciatario se le otorga la presente licencia de uso del software DINÁMICA GERENCIAL, de conformidad con el contrato de licenciamiento suscrito entre las partes

III. Sobre la base de lo anterior, el Licenciante y el Licenciatario aceptan los términos y condiciones que se encuentran como anexo a la propuesta economica aprobada o contrato de licenciamiento suscrito entre las partes, que han de regir la licencia de uso del software DINÁMICA GERENCIAL.

IV. Sistemas y Asesorías de Colombia S.A. - SYAC en su calidad de único titular de los derechos de licenciamiento del software "DINAMICA GERENCIAL", concede el uso de una (1) licencia de uso de los siguientes módulos del programa:

Módulo		Módulo	
ACTIVOS FIJOS .NET	X	ADMISIONES .NET	X
ARCHIVO CENTRAL .NET	X	CARTERA .NET	X
CITAS MEDICAS .NET	X	COMPRAS .NET	X
CONTABILIDAD .NET	X	CONTRATOS IPS .NET	X
COSTOS HOSPITALARIOS .NET	X	FACTURACIÓN .NET	X
GENERALES & SEGURIDAD .NET	X	GESTION GERENCIAL .NET	X
HISTORIAS CLINICAS .NET	X	HOSPITALIZACIÓN .NET	X
INFORMACIÓN FINANCIERA NIIF .NET	X	INVENTARIOS .NET	X
LABORATORIO .NET	X	MANTENIMIENTO DE ACTIVOS .NET	X
NOMINA .NET	X	NUTRICION Y DIETAS .NET	X
PAGOS .NET	X	PREAUDITORIA DE CUENTAS .NET	X
PRESUPUESTO .NET	X	PROMOCION Y PREVENCION .NET	X
REGISTRO Y CORRESPONDENCIA .NET	X	WEB CITAS MEDICAS	X
TESORERIA .NET	X		
WEB HISTORIAS CLINICAS	X		

Fecha Modificación 11-19	Versión 04	Código del Formato: CO-SYAC-LU



SYAC

V. Vigencia / Licencia Permanente: Cuando el Licenciatario haya adquirido una licencia permanente adquiere el derecho de uso del programa / software sin limite en el tiempo, en la versión que se indica en el contrato de licenciamiento respectivo, sin que ello implique el derecho a usar actualizaciones o nuevas versiones del software salvo las previstas en ese contrato

VI. Aceptación del producto: Una vez entregado este documento total y correctamente diligenciado a Sistemas y Asesorías de Colombia S.A. - SYAC, quedará oficialmente registrada una (1) licencia de uso en favor del Licenciatario.

ACEPTACIÓN:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO DEL LICENCIANTE	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO DEL LICENCIATARIO
Nombre: ALVARO CANO HERNADEZ	Nombre:
Cargo: R. legal	Cargo:
NIT:800.149.562-0	NIT:

Fecha Modificación 11-19	Versión 04	Código del Formato: CO-SYAC-LU

Lo anterior nos muestra que tienen una licencia de uso por cada módulo, pero a hoy no se evidencia un registro donde nos informen en cuantos y cuales equipos se encuentra instalado Dinámica Gerencial y que módulos opera. (Se evidencia en la parte de abajo del contrato fecha de Noviembre año 2019.

RECOMENDACIÓN: Definir un proceso de control interno de estas instalaciones manejo y seguimiento en todos los equipos tanto propio como en arriendo para tener control efectivo de sus activos como tal.

HALLAZGO 20: No se realizan mantenimientos preventivos en año 2021 no se pudieron realizar los planeados por falta de personal, se evidencia mantenimientos correctivos ya por solicitud de los usuarios en la mesa de ayuda.

RECOMENDACIÓN: Validar entre las mejores prácticas los controles preventivos en los equipos de cómputo y todos su procesos como tal.

CONCLUSIONES GENERALES

- Se evidencia en desorganización, falta de información, errores en la digitación de datos, incoherencia en los inventarios vs, lo visto en la visita de concurrencia a las Unidades, incongruencia en los archivos de Sistemas y Activos Fijos con respecto a los responsables de cada equipo, desactualización de inventarios, campos vacíos, procesos sin definir, no cuentan con recurso humano que soporte completamente las actividades diarias de la Subred Sur, se evidencian muchas tareas por realizar y pocas personas para ejecutarlas en el área de Sistemas de Información Tics.

- No se realizan mantenimientos preventivos, no se lleva control de las instalaciones para el licenciamiento para de Dinámica Gerencial como de Office.

- El data Center del Tunal y el Carmen se encuentra en malas condiciones tanto ambientales, de limpieza y técnicas no cumplen con la normatividad en este momento existen cables sueltos el rack despeinado entre otros.

- No manejan un Control Interno sobre el licenciamiento como el Core el sistema Dinámica Gerencial y como soporte y herramientas el Office. Además no se encuentra actualizado en los inventarios este office instalado a hoy y los evidenciados en la concurrencia no correspondían al que estaba supuestamente instalado en el inventario.

- Los inventarios entregados por el área de Activos Fijos y el área de Sistemas no son iguales tienen diferencias en responsables, ubicaciones entre otros.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Definir procesos y procedimientos de levantamiento, control y seguimiento de inventarios en el área de Sistemas, tener presente los responsables de cada equipo, los traslados y demás información.

- Hacer un plan de acción para la actualización y depuración de dichos inventarios.

- Realizar un control más extenso en los equipos arrendados para exigir las mínimas características para el buen funcionamiento de estos y tener el control y seguimiento del inventario como tal como se pudo observar aún existen equipos con Windows 7 y 8 no solo administrativos también.

- Realizar mantenimientos preventivos para todos los equipos propios validar el proceso de personal para cumplir con estas premisas y evitar riesgos. Así mismo exigir para los equipos en arriendo el controlar los mantenimientos y cambios de equipos al proveedor.

- Realizar un Control Interno sobre el licenciamiento como Core el sistema Dinámica Gerencial y como soporte y herramientas el Office en cada uno de los equipos, que exista seguimiento control actualización en línea de estados de estos equipos que lo tienen para evitar riesgos y consecuencias más adelante.

- Realizar el control de inventarios de los equipos en arriendo estar pendiente de sus traslados, ubicación, responsable características, que se encuentren en óptimas condiciones y todos los equipos que el área de sistemas se encuentre responsable.

- Integrar y consolidar información del área de Sistemas con Activos Fijos.

10. AUDITORIA AMBIENTAL (CENTROS DE SALUD MARICHUELA Y SANTA LIBRADA) Y LA GESTIÓN DOCUMENTAL PIGA

PLAN DE AUDITORÍA	AUDITORIA INTEGRAL CONTRATO 6251-2022
PARTICIPANTES	AUDITOR AMBIENTAL – Ing. Carmen Luisa Reyes
	REVISOR FISCAL - Pedro Barreto
FUNCIONARIOS AUDITADOS DE LA SUBRED	Ing. Angie Barrera / Referente Ambiental Ing. Wilson Hernández Líder Ambiental

RESUMEN

Durante el mes de diciembre se realizó auditoría a los Centros de Salud de Marichuela y Santa Librada, en donde se realizó verificación documental de la implementación de los programas del PIGA acorde a lo establecido en la Resolución 242 de 2014, posteriormente se realizó recorrido por las Unidades mencionadas anteriormente y se verificó el estado de implementación y apropiación por parte de los colaboradores de las Unidades.

Dentro del desarrollo de la auditoría concurrente realizada durante el mes de Diciembre a los Hospitales de Marichuela y Santa librada fueron realizadas con el acompañamiento y entrega de información de la profesional Ing. Angie Barrera Referente Ambiental.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Normatividad Ambiental vigente, se presentan ciertos requerimientos que deben estar ceñidos a los lineamientos dados, por este motivo se establecen programas y planes en las Entidades dirigidos a dar cumplimiento a cada uno de estos, a nivel Distrital se encuentra el PIGA, Plan Institucional de Gestión Ambiental en donde se establecen los programas mínimos para dar cumplimiento a los establecido por la autoridad ambiental como son:

- Ahorro y uso eficiente del Agua.
- Ahorro y uso eficiente de la Energía.
- Gestión de Residuos.
- Consumo Sostenible.
- Implementación de Practicas Sostenibles

Adicionalmente se plantean actividades con el fin de dar cumplimiento en cada una de estas.

El seguimiento establecido por la Revisoría Fiscal pretende realizar una evaluación acorde con los lineamientos normativos con el fin de evidenciar y brindar alertas en el caso que así se requiera para poder implementar acciones de mejora que conlleven al mejoramiento continuo y cumplimiento ambiental.

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de la implementación de los programas del PIGA y la normatividad vigente en las Unidades de Marichuela y Santa Librada.

ALCANCE

Inicia en la revisión documental pertinente al mes y la Unidad a auditar hasta la revisión de la implementación en las Unidades de Marichuela y Santa Librada.

METODOLOGÍA

Para la realización de la presente auditoría, se encuentra dividida en:

- Preparación de auditoría: se realizó la solicitud de información y se acordó el tiempo para la realización de los recorridos.

- Recepción de la información documental y realización de recorridos por los Centros de Salud Marichuela y Santa Librada.

- Evaluación de la información suministrada, análisis de cumplimiento y verificación de fortalezas, oportunidades de mejora y hallazgos.

- Elaboración e hallazgos y socialización de informe.

10.1 DESARROLLO AUDITORÍA MARICHUELA

La verificación realizada al Centro de Salud Marichuela verificando la implementación del PIGA y demás aspectos normativos se realizó con la verificación de los siguientes servicios:

- Odontología
- Consulta Externa
- Toma de muestras
- Vacunación
- Rayos X
- Procedimientos.
- Cuarto de Residuos

10.1.1 FORTALEZAS

10.1.1.1 SEGUIMIENTO A LOS SERVICIOS: De acuerdo con la información suministrada en el Centro de Salud de Marichuela se evidencian soportes de seguimiento a los servicios respecto a los lineamientos dados por el proceso de Gestión de Ambiental de la Subred, realizando verificación y evaluación de los diferentes servicios estableciendo las principales debilidades de estos y así realizar acciones de mejora, estas son presentadas en los comités COGA y GAGAS con las respectivas acciones de mejora.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORIA INTERNA A SERVICIOS — GS-PIG-FT-15 V2

Sede: CDS Marichuela — Fecha: 28/06/2022
Turno: [illegible] — Área o servicio auditado: [illegible]
Tipo de proceso: Asistencial ✓ Apoyo
Responsable del área o servicio: Nidia Avila

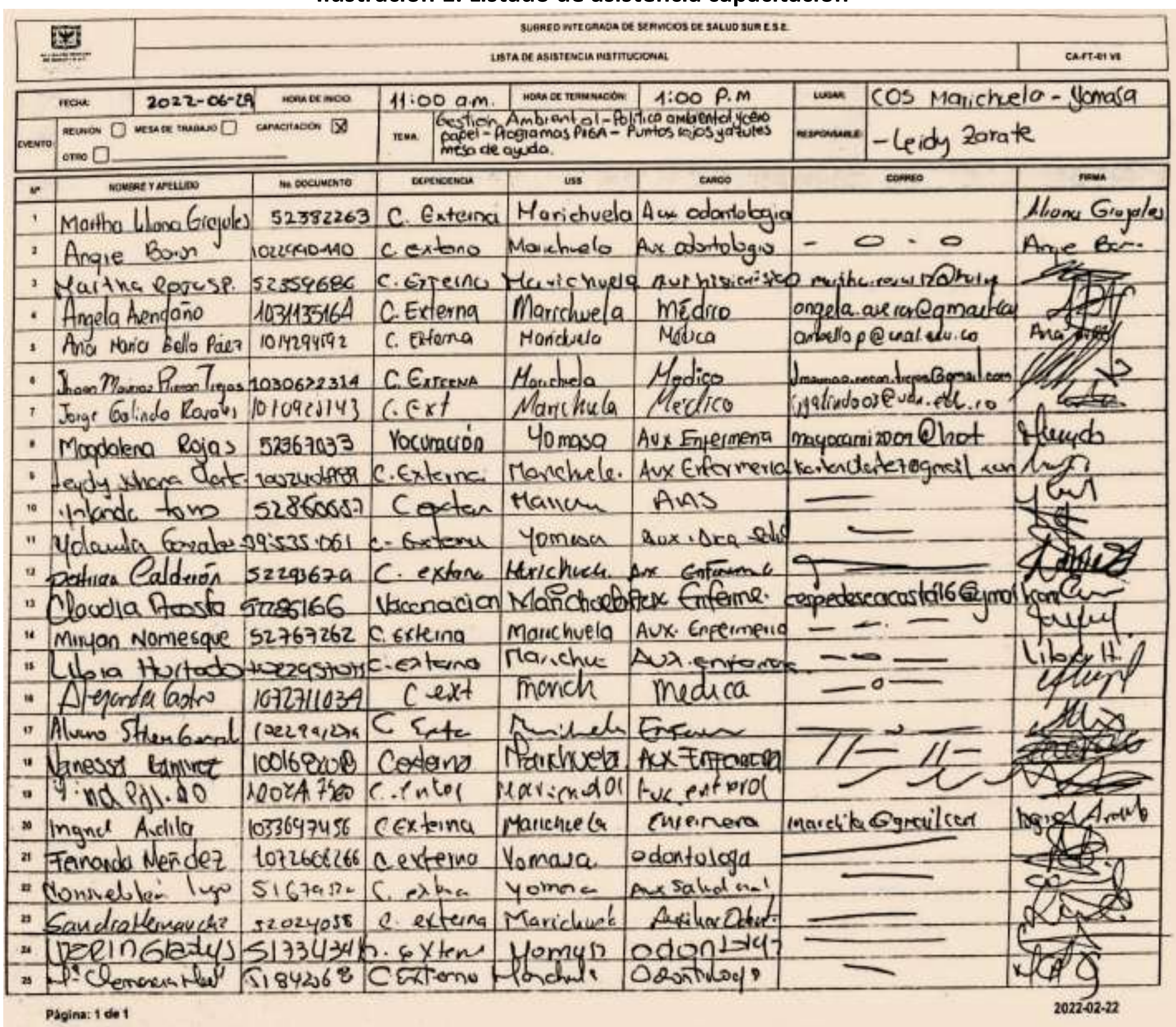
OBJETIVO: Verificar el cumplimiento de los criterios establecidos en la legislación ambiental legal vigente para el manejo integral de los residuos, así como para el ahorro y uso eficiente del agua y de la energía

ITEM	ASPECTO A EVALUAR		C	NC	NA	OBSERVACIONES
	1. SEGREGACIÓN DE RESIDUOS					
1.1	Los residuos están dispuestos adecuadamente en las canecas establecidas en el código de colores			✓		[illegible]
1.2	Se observa adecuada segregación de los residuos en los guardianes		✓			
1.3	Los residuos anatomopatológicos se encuentran con gelificantes o solidificantes para evitar el derrame de residuos líquidos				✓	
	2. RECIPIENTES PARA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS					
2.1.1	CANECAS Y CONTENEDORES RÍGIDOS PARA EL ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	Las canecas y los recipientes rígidos están rotulados y cumplen con la señalización establecida	✓			
2.1.2		Se observan los recipientes rígidos y las canecas de segregación de residuos en buen estado de limpieza	✓			
2.1.3		Las canecas se encuentran en buen estado de conservación (pedales, tapas y cuerpo)	✓			
2.1.4		Las canecas y los recipientes rígidos para la segregación de residuos son de capacidad adecuada	✓			
2.1.5		El color de la bolsa corresponde al color del recipiente	✓			[illegible] cambio de color [illegible]
2.1.6		Las canecas son empleadas correctamente (Los colaboradores no las emplean para sentarse y/o para otros fines distintos a su uso)	✓			
2.2.1	CONTENEDOR ESPECIALIZADO PARA RESIDUOS CORTOPUNZANTES INFECCIOSOS	Los guardianes están ubicados acorde a los requerimientos del servicio, teniendo en cuenta cantidad y tipo	✓			
2.2.2		Los guardianes se encuentran debidamente asegurados, con el soporte adecuado o adherido a una superficie que evite su volcamiento	✓			
2.2.3		Los guardianes se encuentran debidamente rotulados con fecha de inicio, fecha final, responsable y servicio	✓			
2.2.4		La altura de llenado de los guardianes cumple las 3/4 partes y/o los dos meses de reposición	✓			
2.3.1	CONTENEDOR ESPECIALIZADO PARA RESIDUOS CORTOPUNZANTES QUÍMICOS	Los contenedores están ubicados acorde a los requerimientos del servicio, teniendo en cuenta cantidad y tipo			✓	
2.3.2		Los contenedores se encuentran debidamente asegurados, con el soporte adecuado o adherido a una superficie que evite su volcamiento			✓	
2.3.3		Los contenedores se encuentran debidamente rotulados con fecha de inicio, fecha final, responsable y servicio			✓	
2.3.4		La altura de llenado de los contenedores cumple las 3/4 partes y/o los dos meses de reposición			✓	
	3. SERVICIOS GENERALES					
3.1	Realiza la ruta sanitaria en el horario correspondiente		✓			
3.2	Realiza la recolección de acuerdo con el orden y la clasificación de los residuos		✓			
3.3	Se anudan las bolsas correctamente		✓			
3.4	Marca correctamente las bolsas de residuos (área de origen - tipo de residuo - turno - fecha)		✓			
3.5	Existe disponibilidad de bolsas para residuos según los colores requeridos (código de colores)		✓			
3.6	El color de la bolsa corresponde al color de la caneca en la que se ubica		✓			
3.7	En los cuartos de almacenamiento central e intermedios de residuos se evidencia la adecuada diferenciación de los tipos de residuos peligrosos		✓			
3.8	Registra claramente y a diario los formatos RH1 y recepción y despacho		✓			

10.1.2 CAPACITACIÓN: Se evidencian actividades de capacitación en el Centro de Salud de Marichuela, en donde se socializa información relevante de la gestión ambiental como movilidad sostenible, gestión de residuos sólidos, los programas del PIGA, uso eficiente y ahorro del agua, uso eficiente y ahorro de la energía, plan de gestión de residuos hospitalarios, vertimientos, prácticas sostenibles, consumo sostenible, política ambiental y cero papel, puntos rojos, puntos azules, entre otros, se evidencian capacitaciones realizadas al personal Asistencial y Administrativo del centro de salud.

Adicionalmente se evidencia relación de evaluaciones post test cuyo objetivo es verificar la adherencia a los servicios con los temas capacitados.

Ilustración 1. Listado de asistencia capacitación



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL — CA-FT-01 V8

FECHA: 2022-06-29 | HORA DE INICIO: 11:00 a.m. | HORA DE TERMINACIÓN: 1:00 P.M | LUGAR: COS Marichuela - Yomasa

EVENTO: REUNIÓN ☐ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☒ OTRO ☐

TEMA: Gestion Ambiental - Politica ambiental y cero papel - Programas PIGA - Puntos rojos y azules mesa de ayuda.

RESPONSABLE: - Leidy Zarate

N°	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	DEPENDENCIA	USS	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Martha Llano Grajales	52382263	C. Externa	Marichuela	Aux odontologia		
2	Angie Bor[illegible]	1022440440	C. externa	Marichuela	Aux odontologia	- o - o	
3	Martha Rojas P.	52359686	C. Externa	Marichuela	Aux higienista	[illegible]@hotm[illegible]	
4	Angela Arendaño	1031135164	C. Externa	Marichuela	Medico	angela.[illegible]@gmail[illegible]	
5	Ana María Bello Páez	1014294192	C. Externa	Marichuela	Médica	anbellop@unal.edu.co	
6	Jhoan Mauricio Pinzón Triana	1030622314	C. Externa	Marichuela	Medico	[illegible]@gmail.com	
7	Jorge Galindo Rozo	1010920143	C. Ext	Marichuela	Medico	jgalindoo@[illegible].edu.co	
8	Magdalena Rojas	52367033	Vacunación	Yomasa	Aux Enfermeria	mayocami2007@hot	
9	Leydy Johana Zarate	[illegible]	C. Externa	Marichuela	Aux Enfermeria	[illegible]@gmail.com	
10	[illegible]	52860082	C. Externa	Marichuela	AIS	—	
11	Yolanda Gonzalez	39.535.061	C. Externa	Yomasa	Aux. Area Salud	—	
12	Patricia Calderón	52293679	C. externa	Marichuela	Aux Enfermería		
13	Claudia Acosta	52285166	Vacunación	Marichuela	Aux. Enferme.	[illegible]acosta16@gmail	
14	Miryan Nomesque	52767262	C. externa	Marichuela	Aux. Enfermeria	— - —	
15	Libia Hurtado	[illegible]	C. externa	Marichuela	Aux. enfermería	— —	
16	Alejandra Castro	1072711034	C. ext	Marich	Medica	— o —	
17	Alvaro Stiven [illegible]	[illegible]	C. Exte	Marichuela	Enfermero	— —	
18	Vanessa Ramirez	[illegible]	C. externa	Marichuela	Aux Enfermería	// — // —	
19	[illegible]	[illegible]	C. Externa	Marichuela	Aux enfermera		
20	Ingrid Ardila	1033697456	C. Externa	Marichuela	Enfermera	marcela[illegible]@gmail.com	
21	Fernanda Meléndez	1072668266	C. externo	Yomasa	odontologa	—	
22	[illegible] Lugo	[illegible]	C. externa	Yomasa	Aux Salud oral	—	
23	Sandra Hernandez	52024038	C. externa	Marichuela	Auxiliar Odont.	—	
24	[illegible] Gladys	51734341	C. Externa	Yomasa	odontologa	—	
25	M.ª Clemencia [illegible]	51842608	C. Externo	Marichuela	Odontologa		

Página: 1 de 1 — 2022-02-22

Ilustración 2. Post Test de Capacitación.

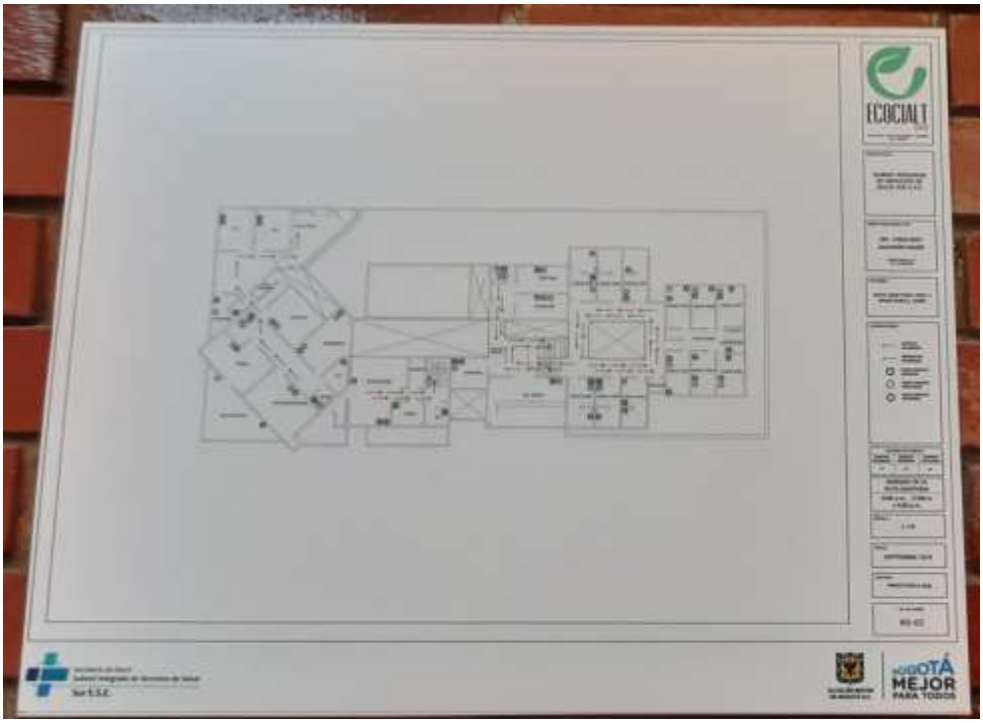
POST TEST

De los 22 funcionarios que realizaron el post test de gestión ambiental, el 100% lo aprobó.

Marca temporal	Dirección de correo electrónico	Puntuación	PUNTUACIÓN FIN	Nombres y Apellidos	Número de documento de identidad	Número de celula	Unidad de Servicio de Salud	Servicio
10/31/2022 12:06:04	Paulapinzon013@gma	15 / 40	3,75	Maria Paula Pinzón Rc	1020833406	3204448652	CAPS MARICHUELA	Consulta externa
10/31/2022 12:06:27	ambellop@unal.edu.cc	14 / 40	3,5	Ana María Bello Paez	1014294592	3182243310	CAPS MARICHUELA	Consulta externa
10/31/2022 12:08:07	jgalindo03@uan.edu.c	14 / 40	3,5	Jorge Luis Galindo Ros	1070925743	3232288702	CAPS MARICHUELA	Consulta externa
10/31/2022 12:10:07	bibianarobayo@hotma	20 / 40	5	Bibiana yolanda roba	52547538	3172888843	CAPS MARICHUELA	Enfermeria
10/31/2022 12:10:13	jmauricio.rincon.trejos	18 / 40	4,5	Jhoan Mauricio Rincor	1030672314	3506137985	CAPS MARICHUELA	Consultar Externa
10/31/2022 12:10:15	erika-vargas@juannco	19 / 40	4,75	Erika Tatiana vargas C	1023035045	3224573183	CAPS MARICHUELA	Medico general
10/31/2022 12:10:15	yinherp18@gmail.com	18 / 40	4,5	Yineth Hernández pue	52162182	3125691382	CAPS MARICHUELA	Odontología
10/31/2022 12:10:15	diana.mora21@hotma	20 / 40	5	Diana Paola Mora	1033694593	3208073584	CAPS MARICHUELA	Odontología
10/31/2022 12:10:15	monis.2005@hotmail.(	18 / 40	4,5	Esmeralda Garzón	53093968	3102923189	CAPS MARICHUELA	Odontología
10/31/2022 12:10:16	an.vivis@hotmail.com	19 / 40	4,75	Angie Baron	1022990440	3013428646	CAPS MARICHUELA	Odontología
10/31/2022 12:10:17	yulima15@hotmail.cor	19 / 40	4,75	Yuli mosquera	1076331546	3102607846	CAPS MARICHUELA	Enfermeria
10/31/2022 12:10:17	gacanchalah@unal.ed	18 / 40	4,5	Gabriela Alejandra Car	1032464909	3175071276	CAPS MARICHUELA	Consulta externa
10/31/2022 12:10:17	charitomed@hotmail.c	20 / 40	5	María Clemencia Medi	51842068	3106190838	CAPS MARICHUELA	Consulta externa
10/31/2022 12:10:17	barbosakatherin@gma	20 / 40	5	Johanna Katherin Barb	1130744147	3174257420	CAPS MARICHUELA	Medicina general
10/31/2022 12:10:17	kartenolarte7@gmail.c	15 / 40	3,75	Leydy johana olarte ria	1002406989	3142872548	CAPS MARICHUELA	Consulta externa
10/31/2022 12:10:17	sand.ruchiss27@gmai	19 / 40	4,75	Sandra Milena Hemán	52024058	3176208324	CAPS MARICHUELA	Odontología
10/31/2022 12:10:18	richardlozanom@hotm	19 / 40	4,75	Richard Lozano Mahec	80800897	3144914949	CAPS MARICHUELA	Odontología
10/31/2022 12:10:19	aidaromm@gmail.com	20 / 40	5	Aida Maritza Romero M	52553419	3017393026	CAPS MARICHUELA	Odontología
10/31/2022 12:10:25	yframirezm@unal.edu.	16 / 40	4	YANDRY FERNANDA	41057974	3202921983	CAPS MARICHUELA	Consultá externa
10/31/2022 12:11:07	Zullyandreamendoza0(	15 / 40	3,75	Zully Andrea Mendoza	1073687626	3103078704	CAPS MARICHUELA	Odontología
10/31/2022 12:11:25	soniacalidadsalud@gn	16 / 40	4	Sonia Johanna Aguiler	52775741	3197257723	CAPS MARICHUELA	Odontología
10/31/2022 12:12:32	Gjuanlopezjj26@hotm	13 / 40	3,25	Juan José Lopez	1022408213	3142445956	CAPS MARICHUELA	C externa

10.1.3 RUTA SANITARIA: Se evidencian planos de la ruta sanitaria del Centro de Salud de Marichuela disponibles, con la información de los puntos de ubicación de recipientes para recolección de residuos, el recorrido a realizar y los horarios de recolección.

Ilustración 3. Planos de Ruta Sanitaria.



10.1.4 SERVICIOS GENERALES: Se indagó con el personal de servicios generales del Centro de Salud de Marichuela, sobre diferentes aspectos relevantes para la seguridad del paciente como actividades de limpieza y desinfección, uso de desinfectantes, recolección de un derrame de fluido corporal, áreas críticas, no críticas y semi críticas, limpieza recurrente y terminal horario de ruta sanitaria, en donde se evidenció conocimiento claro de los diferentes temas.

Ilustración 4. Personal de Servicios Generales

10.1.5 INDICADORES DE DESTINACIÓN: Se evidencia seguimiento a la generación de residuos de acuerdo con su clasificación, en donde se establecen los porcentajes de destinación y las cantidades de generación, de acuerdo con la Resolución 1164 de 2002, esta información permite realizar acciones en torno a la minimización de residuos dispuestos en relleno sanitario y aprovechamiento de estos.

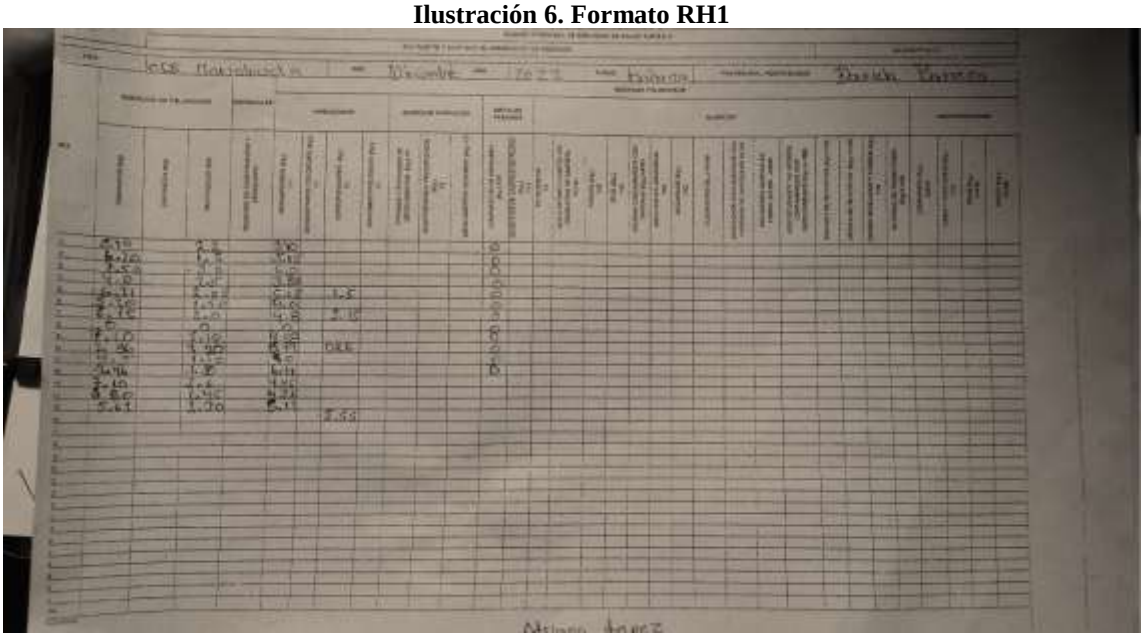
Ilustración 5. Indicadores de destinación de residuos

INDICADORES DE DESTINACIÓN						
	DESACTIVACIÓN ALTA EFICIENCIA	RECICLAJE	RELLENO SANITAR	INCINERACIÓN	OTROS SISTEMAS	TOTAL
ENERO	39,53%	12,80%	30,55%	5,09%	12,03%	100,00%
FEBRERO	44,60%	13,32%	32,06%	6,28%	3,74%	100,00%
MARZO	42,17%	10,67%	31,87%	5,47%	9,82%	100,00%
ABRIL	39,13%	9,55%	28,75%	7,41%	15,16%	100,00%
MAYO	45,71%	12,31%	37,34%	4,63%	0,00%	100,00%
JUNIO	34,97%	10,44%	31,87%	8,68%	14,04%	100,00%
JULIO	34,52%	11,56%	32,63%	7,28%	14,02%	100,00%
AGOSTO	38,35%	13,31%	32,49%	5,03%	10,82%	100,00%
SEPTIEMBRE	41,06%	10,95%	32,88%	4,48%	10,64%	100,00%
OCTUBRE	45,55%	11,49%	40,99%	1,97%	0,00%	100,00%
NOVIEMBRE	39,64%	10,95%	32,27%	5,70%	11,43%	100,00%
DICIEMBRE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
TOTAL	40,32%	11,55%	32,88%	5,72%	9,53%	100,00%

10.1.6 OPORTUNIDAD DE MEJORA

10.1.6.1 FORMATO RH1: Se verificó el diligenciamiento del Formato RH1 de la Unidad, en donde se evidencia correctamente diligenciado; sin embargo, se evidencian tachones, al ser este un documento público no puede tener tachones ni enmendaduras ni estar diligenciado en lápiz, se recomienda se realice socialización de estos aspectos al personal de servicios generales para garantizar el correcto manejo de la información de este documento.

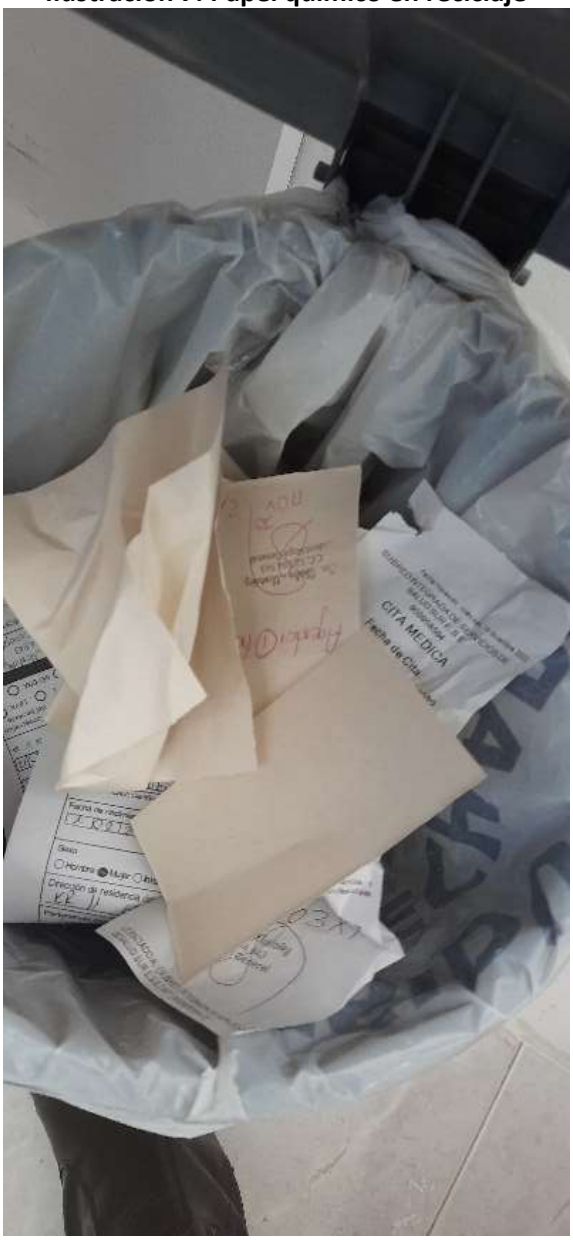
Ilustración 6. Formato RH1



10.1.7 HALLAZGOS

10.1.7.1 SEGREGACIÓN DE RESIDUOS: Se evidencian residuos no peligrosos con incorrecta segregación, incumpliendo la Resolución 1164 de 2002.

Ilustración 7. Papel químico en reciclaje



Se evidencia en el Servicio de Odontología cárpula de medicamento en guardián de biosanitario, siendo una práctica incorrecta y generando riesgo en el tratamiento de residuos biosanitarios, incumpliendo la Resolución 1164 de 2002.

Ilustración 8. Residuo químico en biosanitario.

Se evidencia cito-cepillo por fuera del guardián generando riesgo infeccioso en la manipulación, incumpliendo la Resolución 1164 de 2002.

Ilustración 9. Incorrecta segregación de Cito-cepillo

10.2 DESARROLLO AUDITORÍA SANTA LIBRADA

Durante el desarrollo de la auditoría al Centro de Salud Santa Librada se realizó la verificación de los servicios:

- Hospitalización
- Procedimientos
- Farmacia
- Laboratorio clínico
- Consulta externa
- Urgencias
- Facturación.
- Administrativa
- Cuartos de almacenamiento central de residuos.

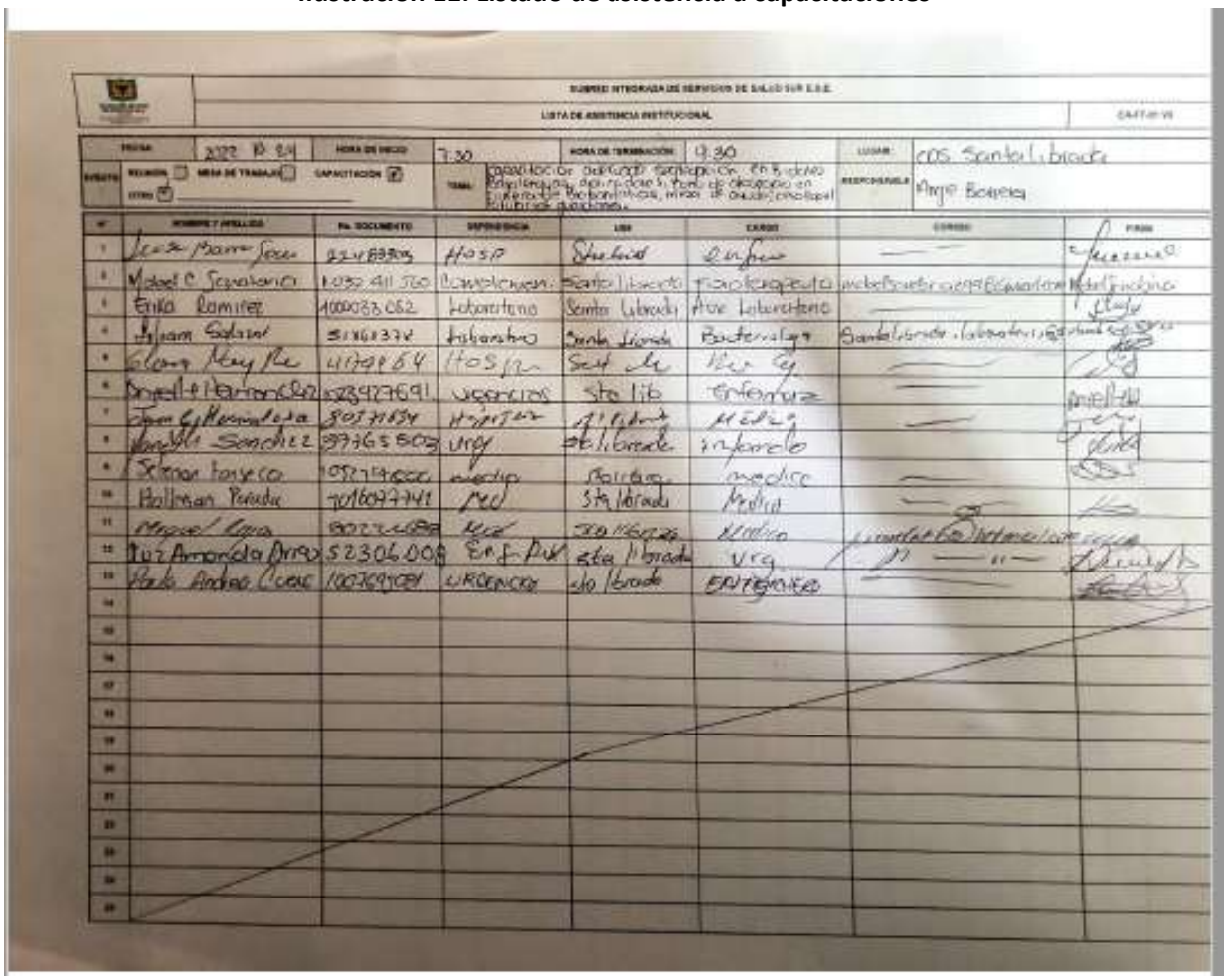
10.2.1 FORTALEZAS

10.2.1.1 SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN: Dentro de la verificación documental se evidencian formatos de seguimiento a los servicios con el fin de verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Gestión ambiental de la Subred, verificando el cumplimiento y tomando acciones para minimizar los hallazgos evidenciados, siendo el punto de partida para las acciones y actividades de fortalecimiento en la Unidad.

Ilustración 10. Lista de chequeo auditoría interna

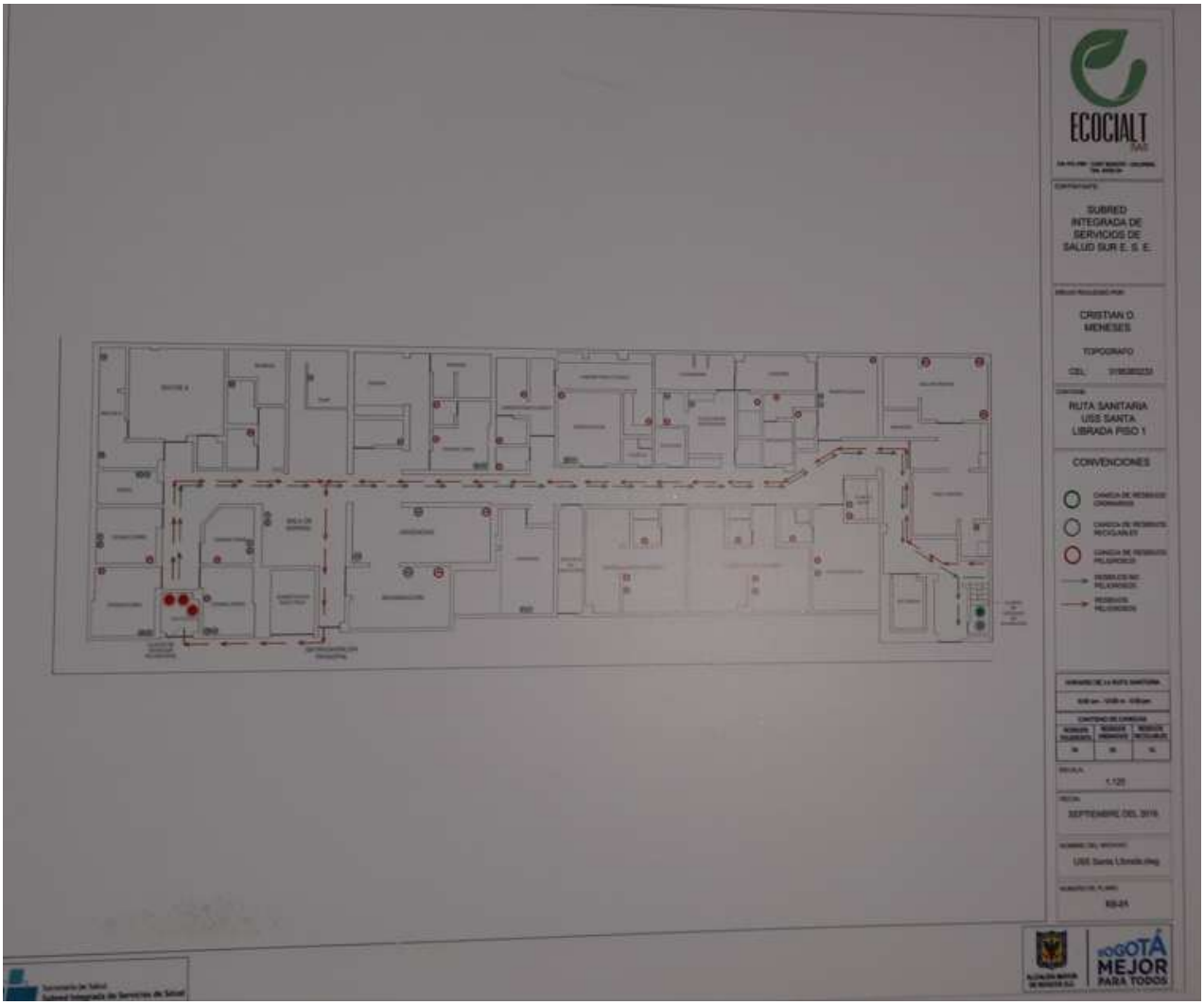
10.2.2 CAPACITACIONES: Se verificaron actividades de capacitación al personal del Centro de Salud de Santa Librada, los temas tratados son los programas del PIGA, gestión de residuos (sólidos, vertimientos), ahorro y uso eficiente del agua y energía, prácticas y consumo sostenible, dirigido al personal asistencial, administrativo y servicios generales.

Ilustración 11. Listado de asistencia a capacitaciones



10.2.3 RUTA SANITARIA: Se evidenciaron planos de ruta sanitaria publicados en el centro de Salud de Santa Librada, en donde se puede evidenciar el horario de la recolección de residuos, recorrido a realizar y lugar donde se ubicarán los recipientes de acuerdo con la clasificación.

Ilustración 12. Planos de la Ruta Sanitaria



10.2.4 SERVICIOS GENERALES: Se indagó al personal de servicios generales aspectos relevantes de sus actividades como uso adecuado de desinfectantes, áreas (críticas, semi críticas, no críticas) actividades de lavado terminal y concurrente, horario de la ruta sanitaria, actividades de limpieza y desinfección, entre otras, verificando un adecuado manejo de los temas y conocimiento claro de las acciones relevante a realizar en torno a la seguridad del paciente.

10.2.5 INDICADORES DE DESTINACIÓN: Dentro de la información documental verificada, se evidencian indicadores de destinación de residuos acorde a lo establecido en la Resolución 1164 de 2002.

Ilustración 13. Indicadores de destinación

INDICADORES DE DESTINACIÓN						
	DESACTIVACIÓN ALTA EFICIENCIA	RECICLAJE	RELLENO SANITAR	INCINERACIÓN	OTROS SISTEMAS	TOTAL
ENERO	39,53%	12,80%	30,55%	5,09%	12,03%	100,00%
FEBRERO	44,60%	13,32%	32,06%	6,28%	3,74%	100,00%
MARZO	42,17%	10,67%	31,87%	5,47%	9,82%	100,00%
ABRIL	39,13%	9,55%	28,75%	7,41%	15,16%	100,00%
MAYO	45,71%	12,31%	37,34%	4,63%	0,00%	100,00%
JUNIO	34,97%	10,44%	31,87%	8,68%	14,04%	100,00%
JULIO	34,52%	11,56%	32,63%	7,28%	14,02%	100,00%
AGOSTO	38,35%	13,31%	32,49%	5,03%	10,82%	100,00%
SEPTIEMBRE	41,06%	10,95%	32,88%	4,48%	10,64%	100,00%
OCTUBRE	45,55%	11,49%	40,99%	1,97%	0,00%	100,00%
NOVIEMBRE	39,64%	10,95%	32,27%	5,70%	11,43%	100,00%
DICIEMBRE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
TOTAL	40,32%	11,55%	32,88%	5,72%	9,53%	100,00%

10.2.6 OPORTUNIDADES DE MEJORA

10.2.6.1 EQUIPOS AHORRADORES DE AGUA: Se evidencian inodoros y lavamanos sin equipo ahorrador de agua, se recomienda incluir estos en la planeación anual para realizar recambio y así disminuir consumos y aportar al programa de ahorro y uso eficiente del agua.

Ilustración 14. Lavamanos sin ahorrador

10.2.7 HALLAZGOS

10.2.7.1 SEGREGACIÓN EN LA FUENTE: En el Servicio de Hospitalización se evidencia tapabocas en recipiente para residuos ordinarios, igualmente se evidencia aplicador (residuo biosanitario) en residuos químicos en el Servicio de Procedimientos, generando riesgo infeccioso e incumpliendo la Resolución 1164 de 2002.

Ilustración 15, residuo infeccioso en recipiente para segregación de residuos ordinarios

Ilustración 16. Residuo infeccioso en recipiente para químicos

10.2.7.2 RECIPIENTES PARA SEGREGACIÓN: En el Servicio de Urgencias se evidencia recipiente para segregación sin la respectiva tapa, generando riesgo químico, adicionalmente en el servicio de facturación y consulta externa se evidencia recipientes con el pedal partido, generando riesgo en la manipulación de residuos, incumpliendo el numeral 7.2.3. Segregación de residuos de la Resolución 1164 de 2002.

Ilustración 17. Caneca sin tapa

Ilustración 18. Caneca sin pedal

Ilustración 19. Caneca sin pedal.

10.2.7.3 ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS: En el almacenamiento central de residuos biosanitarios, se evidencia congelador con termo higrómetro reportando una temperatura de 19°C, reportando una temperatura superior a los 4°C esta temperatura no permite llevar los residuos a congelación y generando riesgo de derrame y riesgo biológico, incumpliendo la Resolución 1164 de 2002, numeral 7.2.6.2, almacenamiento central.

Ilustración 20. Temperatura superior a 4°C

10.3 AUDITORÍA DOCUMENTAL GESTIÓN AMBIENTAL

Durante el mes de Enero se realizó la auditoría documental de la Subred, verificando el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente, tanto Nacional, Distrital y lineamientos específicos internos del proceso de Gestión Ambiental.

La auditoría documental fue realizada con el acompañamiento del Ing. Wilson Hernández Líder Ambiental de la Subred Sur.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la normatividad ambiental vigente, se evidencian aspectos relevantes que deben ser atendidos constantemente para evitar incumplimientos normativos y prevenir cualquier incidente que pueda afectar la seguridad del paciente y la calidad ambiental producto de las actividades propias de la atención en salud.

Dentro de las actividades de verificación producto de las auditorías ambientales para la Revisoría Fiscal pretende generar una evaluación objetiva generando alertas en caso de que se requiera y de esta manera presentar acciones de mejora y acciones tendientes al cumplimiento normativo establecido tanto Nacional, Distrital y Localmente.

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento normativo de la Subred Sur acorde a lo establecido a nivel Nacional, Distrital y Local.

ALCANCE

El alcance de la presente auditoría inicia con la verificación de los aspectos establecidos y la implementación dentro de los lineamientos del proceso de gestión ambiental de la subred.

METODOLOGÍA

Para la realización de la presente auditoría, se encuentra dividida en

- Solicitud y entrega de la documentación relativa a la gestión ambiental de la Subred.
- Establecimiento de la información acorde a la Normatividad.
- Elaboración de informe de Auditoría Ambiental.

10.3.1 FORTALEZAS

10.3.1.1 DOCUMENTO PIGA: La Entidad cuenta con un documento de Plan de Gestión Institucional PIGA con código AM-PIG-PL-01 V4 en el cual se encuentra consolidado el plan de acción para la implementación del programa ambiental que deberá ser cubierto en la totalidad de las unidades de la subred y se establecen programas ambientales y acciones para dar cumplimiento a la Resolución 242 de 2014, el documento cuenta con fecha de actualización 2022-080-05.

10.3.1.2 UNIDADES CONCERTADAS EN EL PIGA: De acuerdo con la Resolución 242 de 2014, la concertación de las sedes de la Subred Sur, ante la Secretaría Distrital de Ambiente, las Unidades concertadas son:

Centro de Salud Abraham Lincoln	Centro de Salud San Benito
Centro de Salud Isla del Sol	Centro de Salud el Carmen
Hospital Medicina Interna	Sede Administrativa y de Participación Ciudadana
Hospital El Tunal.	Sede Administrativa Nuevo Muzu
Centro de Salud Ismael Perdomo	Hospital Vista Hermosa
Centro de Salud Candelaria	Centro de Salud Casa de Teja
Centro de Salud Jerusalén	Hospital la Estrella
Sede Administrativa Limonar	Centro de Salud Manuela Beltrán
Centro de Salud Mochuelo	Centro de Salud Paraíso
Centro de Salud Pasquilla	Centro de Salud San Isidro
Sede Administrativa Sierra Morena	Hospital Meissen
Meissen Apoyo	Sede Administrativa centro Juvenil
Centro de Salud Betania	Centro de Salud Marichuela
Centro de Salud Danubio Azul	Centro de Salud Destino
Centro de Salud Flora	Centro de Salud Lorenzo Alcantuz
Centro de Salud Reforma	Centro de Salud Santa Librada
Sede Administrativa Santa Martha	Centro de Salud Usme
Centro de Salud Yomasa	Centro de Salud Nazareth
Centro de Salud San Juan de Sumapaz	La Unión
Sede Administrativa	Parque Chaquen
Bodega Médico-quirúrgico	

10.3.1.3 POLÍTICA AMBIENTAL: Se evidencia en la Subred Sur la Política Ambiental con código DI-DE-FT-07 con fecha de actualización de 10 de Mayo de 2021 con aprobación del señor Gerente Luis Fernando Pineda; en cuyo contenido se encuentra normatividad, alineación al direccionamiento estratégico, enunciado, objetivo, alcance, definiciones, desarrollo, responsabilidad, seguimiento y evaluación, indicadores, punto de control, responsable, control de cambios.

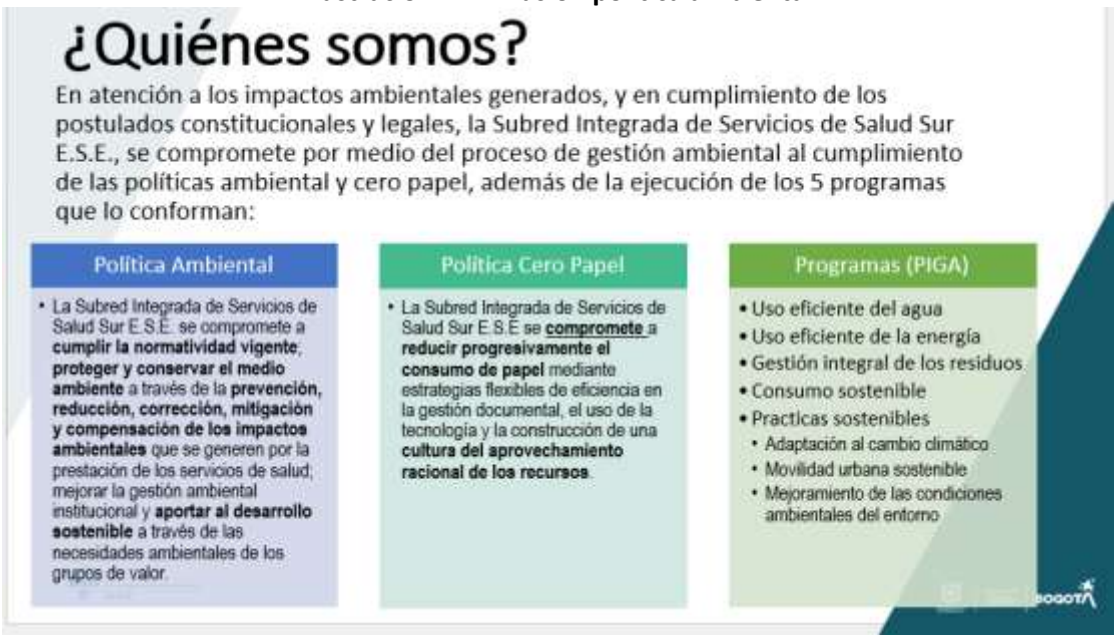
Ilustración 21. Enunciado de la Política Ambiental.

3. ENUNCIADO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. se compromete a cumplir la normatividad vigente; proteger y conservar el medio ambiente a través de la prevención, reducción, corrección, mitigación y compensación de los impactos ambientales que se generen por la prestación de los servicios de salud; mejorar la gestión ambiental institucional y aportar al desarrollo sostenible a través de la identificación de las necesidades ambientales de los grupos de valor.

Dentro de la información suministrada se evidencia la política ambiental en la intranet, adicionalmente es difundida en las capacitaciones de los diferentes servicios al personal asistencial, administrativo y de servicios generales.

Ilustración 22. Difusión política ambiental



10.3.1.4 PLANIFICACIÓN: Se evidenció plan de acción con vigencia 2022, debidamente enviado y concertado con la Secretaría Distrital de Ambiente, en donde se establecen estrategias para dar cumplimiento a los diferentes programas del PIGA; igualmente, se evidencia seguimiento al plan de acción de la vigencia mencionada.

Ilustración 23. Plan de Acción Vigencia 2022

Tipo Informe	16	FORMULACION PLAN DE ACCION PIGA 242
Formulario	117	FORMULACION PLAN DE ACCION ANUAL
Moneda	1	
Entidad	325	
Fecha	2021/12/31	
Periodicida	12	ANUAL

[1]									0 FORMULACI
		1	2	3	4	6	7	8	12	15
		ODS PGA	PRINCIPIOS PGA	OBJETIVOS PGA1	ESTRATEGIA PGA	PROGRAMA1	LINEA PROGRAMA 5	PROGRAMA "OTRO"	OBJETIVO DEL PROGRAMA	META DEL PROGRAMA 4 AÑOS
	FILA_1	6 Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.	1 Calidad ambiental para el desarrollo sostenible.	16 CULTURA AMBIENTAL	4 EDUCACIÓN AMBIENTAL	1 Uso eficiente del agua	4 N/A	N/A	Promover el uso eficiente del agua en el desarrollo de las actividades asociadas a la prestación de los servicios de salud en todas las unidades de la Subred con el fin de mantener el consumo per cápita por debajo de 0.17 m3/persona	Mantener el consumo per cápit del agua igual o por debajo de 0.17 m3/persona
	FILA_2	6 Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.	4 Ecoeficiencia de la función y la forma urbanas.	11 USO EFICIENTE DEL AGUA	6 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1 Uso eficiente del agua	4 N/A	N/A	Promover el uso eficiente del agua en el desarrollo de las actividades asociadas a la prestación de los servicios de salud en todas las unidades de la Subred con el fin de mantener el consumo per cápita por debajo	Mantener el consumo per cápit del agua igual o por debajo de 0.17 m3/persona

Ilustración 24. Seguimiento al Plan de Acción vigencia 2022

PROGRAMA	MES	TEMA CAMPAÑA	CDS ABRAHAM LINCOLN				CDS SAN BENITO		
			Fecha		No. Participantes	Costo	Fecha		No. Particip
			Programado	Ejecutado			Programado	Ejecutado	
Agua	Marzo	Realizar campaña relacionada con el uso eficiente del agua							
Agua	Junio-Octubre	Realizar campaña relacionada con el uso eficiente del agua	Junio	X	38	0	Julio	X	19
Agua	Enero a Diciembre	Realizar el cambio de dispositivos de consumo convencionales a dispositivos ahorradores al 100% en las sedes priorizadas							
Agua	Diciembre	Informe de prefactibilidad para la captación de agua lluvias							
Agua	Octubre-Noviembre	Realizar Inventario hidrosanitario en las unidades concertadas de la Subred	Noviembre	X	N/A	N/A	Noviembre	X	N/A
Agua	Noviembre	Desarrollar campañas sobre ahorro y uso eficiente del agua dirigida al grupo de valor de usuarios, familia y comunidad							

De igual manera se evidencia plan de acción con vigencia 2023 para ser efectuado durante la presente vigencia, se evidencian acciones y actividades a desarrollar de los diferentes programas del PIGA.

Ilustración 25. Plan de Acción 2023

3	FILA_3	6 Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.	1 Calidad ambiental para el desarrollo sostenible.	11 USO EFICIENTE DEL AGUA	6 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1 Uso eficiente del agua	4 N/A	N/A	Promover desarrollo prestación de unidades de el consum
4	FILA_4	6 Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.	2 Desarrollo sostenible como proyecto social y cultural.	11 USO EFICIENTE DEL AGUA	4 EDUCACIÓN AMBIENTAL	1 Uso eficiente del agua	4 N/A	N/A	Promover desarrollo prestación de unidades de el consum
5	FILA_5	6 Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.	2 Desarrollo sostenible como proyecto social y cultural.	11 USO EFICIENTE DEL AGUA	4 EDUCACIÓN AMBIENTAL	1 Uso eficiente del agua	4 N/A	N/A	Promover desarrollo prestación de unidades de el consum

10.3.1.5 IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES: Se evidencia matriz de aspectos e impactos ambientales de acuerdo con los lineamientos dados por la Secretaría Distrital de Ambiente, cuya última actualización fue realizada de acuerdo con la directriz de la SDA, de 31 de diciembre de 2022.

Ilustración 26. Matriz de Aspectos e impactos Ambientales

Tipo Informe	3	PLANIFICACIÓ
Formulario	200	02 DE ASPECTO
Moneda Informe	1	
Entidad	325	
Fecha	2022/12/31	
Periodicidad	6	INTERMEDIO

[1]

		4	8	12	16	20	24	28
		Aplica / No Aplica	PROCESO	NUMERAL DE LA(S) SEDE(S) QUE REPORTA	ACTIVIDAD ASOCIADA AL ASPECTO	REGULARIDAD	ASPECTO AMBIENTAL ASOCIADO	ASPECTO AMBIENTAL
1	FILA_1	1 Aplica	Gerencial	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 1	Direccionamiento estratégico, Gestión d	1 NORMAL: RECURR	OVECHABLES (PAPEL, CARTON, PLASTIC	N/A
2	FILA_2	1 Aplica	Apoyo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 1	Adquisición, manejo y uso de productos	1 NORMAL: RECURR	OVECHABLES (PAPEL, CARTON, PLASTIC	N/A
3	FILA_3	1 Aplica	Misional	5, 6, 9, 12,13 19,27,29	Preparación de alimentos y/o distribuc	1 NORMAL: RECURR	OVECHABLES (PAPEL, CARTON, PLASTIC	N/A
4	FILA_4	1 Aplica	Misional	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19,	Atención de usuarios	1 NORMAL: RECURR	OVECHABLES (PAPEL, CARTON, PLASTIC	N/A
5	FILA_5	2 No Aplica	Misional	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 1	Capacitación en Gestión de Residuos	1 NORMAL: RECURR	OVECHABLES (PAPEL, CARTON, PLASTIC	N/A
6	FILA_6	1 Aplica	Apoyo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 1	Adquisición de productos, insumos y/o	1 NORMAL: RECURR	N DE RESIDUOS APROVECHABLES DE U	N/A

[2]

		4	8	12	16	20	24	28
		Aplica / No Aplica	PROCESO	NUMERAL DE LA(S) SEDE(S) QUE REPORTA	ACTIVIDAD ASOCIADA AL ASPECTO	REGULARIDAD	ASPECTO AMBIENTAL ASOCIADO	ASPECTO AMBIENTAL
1	FILA_1	1 Aplica	Gerencial	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 1	Direccionamiento estratégico, Gestión d	1 NORMAL: RECURR	RACION DE RESIDUOS NO APROVECH	N/A
2	FILA_2	1 Aplica	Apoyo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 1	Adquisición, manejo y uso de productos	1 NORMAL: RECURR	RACION DE RESIDUOS NO APROVECH	N/A
3	FILA_3	1 Aplica	Apoyo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 1	Mantenimiento de jardines y zonas ver	1 NORMAL: RECURR	RACION DE RESIDUOS NO APROVECH	N/A
4	FILA_4	1 Aplica	Apoyo	5, 6, 9, 12,13 19,27,29	Preparación de alimentos y/o distribuc	1 NORMAL: RECURR	RACION DE RESIDUOS NO APROVECH	N/A
5	FILA_5	1 Aplica	Apoyo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 1	Por actividades de mantenimiento de in	1 NORMAL: RECURR	RACION DE RESIDUOS NO APROVECH	N/A

10.3.1.6 NORMATIVIDAD AMBIENTAL ESPECÍFICA: Se evidencia matriz de seguimiento a la normatividad ambiental vigente, cuya última actualización fue realizada el 31 de diciembre de 2022, estableciendo la normatividad relevante para cada uno de los programas del PIGA.

Ilustración 27. Normograma

		4	8	12	16	20	24	28
		TEMA AMBIENTAL RELACIONADO	AMBIENTAL RELACIONADO	PROGRAMA RELACIONADO	GRAMA RELACIONADO	NIVEL	TITULO	TIPO DE NORMATIVA
1	FILA_1	1 AIRE		3 GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS		1 NACIONAL	Reglamento de Protección y control de la calidad del aire	3 DECRETO
2	FILA_2	1 AIRE		5 IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS SOSTENIBLES		1 NACIONAL	Calidad del aire, permiso de emisión atmosférica para fuentas fijas.	4 RESOLUCIÓN
109	FILA_109	4 RESIDUOS		3 GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS		1 NACIONAL	Por medio de la cual se establecen medidas tendientes a la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos productos plásticos de un solo uso y se dictan otras disposiciones	2 LEY
							La presente resolucion tiene como objeto	

10.3.1.7 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DOCUMENTAL: Se evidencia reporte de informes a los diferentes entes de control como el STORM, SHIRO, IDEAM y UAESP, en las fechas establecidas para cada informe.

- SHIRO: Se observó entrega del informe de generación de residuos Hospitalarios ante la Secretaría Distrital de Salud, de las diferentes unidades generadoras de RESPEL.

- STORM: la información reportada ante la Secretaría Distrital de Ambiente acorde a la Resolución 242 de 2014, como son Huella de Carbono, seguimiento al plan de acción, PIGA, Información Institucional, Verificación, Planificación, Formulación del Plan de Acción, en los tiempos establecidos en la normatividad vigente.

- IDEAM: información de la Generación de Residuos peligrosos ante el IDEAM, en el tiempo establecido por la Entidad, en cada una de las unidades generadoras de RESPEL.

- UAESP: se observó el envío de los informes ante la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos en las diferentes fechas estipuladas por la Entidad.

10.3.1.8 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PGIRHS: Se evidencia documento PIGIRH, con código AM-GRH-PL-01V9 con fecha de actualización 2022 del 09 de diciembre, dando cumplimiento a la resolución 1164 de 2002, encontrándose aspectos relevantes de la gestión de residuos hospitalarios, como establecimiento de los residuos de acuerdo con su clasificación, código de colores y diagnóstico general de residuos actual.

Ilustración 28. Documento PGIRH

10.3.1.9 COMITÉ AMBIENTAL COGA – GAGAS: Se evidencian actas de comité en donde se evidencia el cumplimiento mensual para la realización de los comités COGA y GAGAS con listado de asistencia, en donde se evidencia el seguimiento a los programas del PIGA y al plan de acción establecido durante la vigencia.

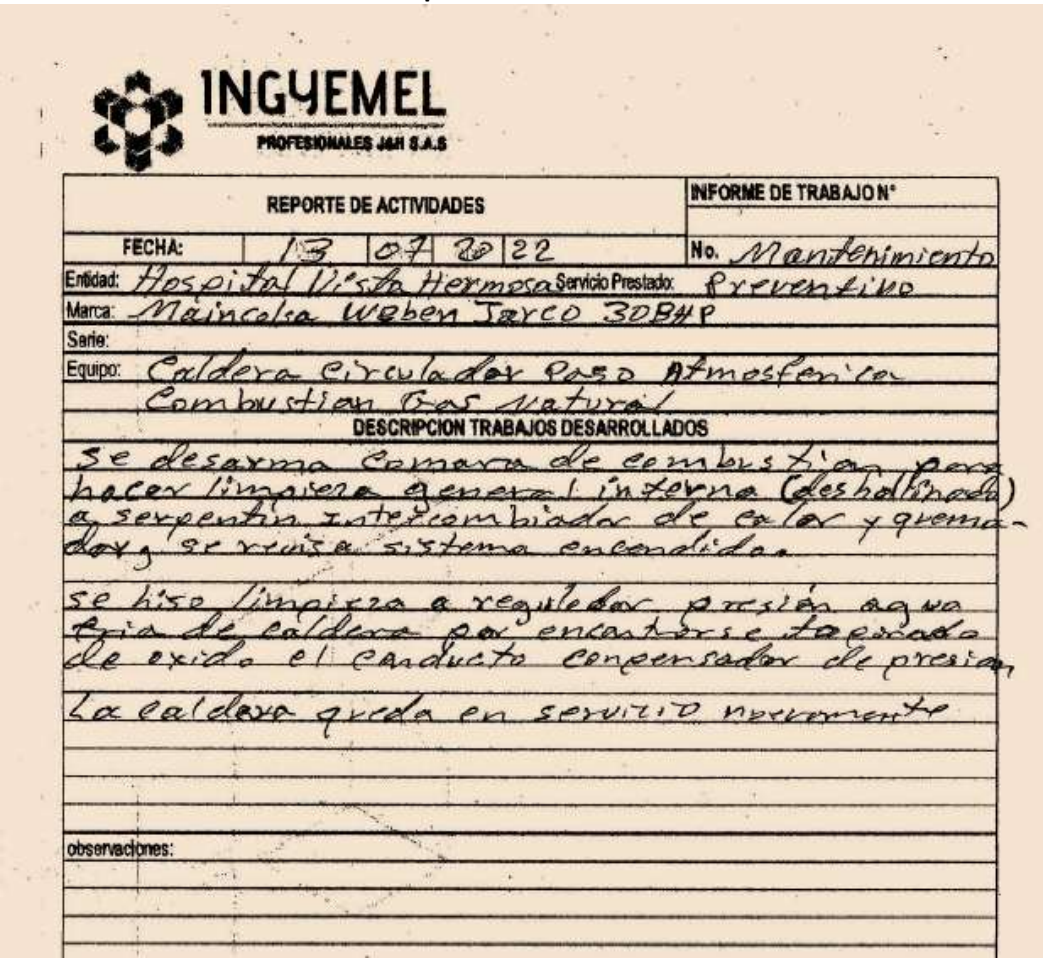
10.3.1.10 ANÁLISIS DE CALDERAS: Dentro de la información documentada se evidencian análisis de calidad de aire en calderas de los Hospitales de Meissen, Tunal, y Vista Hermosa, los cuales no superan los valores máximos permitidos establecidos en la Resolución 6982 de 2011 de la Secretaría Distrital de Ambiente.

10.3.1.11 PERMISO DE PUBLICIDAD EXTERIOR VISUAL: Se evidencian permisos de publicidad exterior visual de las unidades de la Subred Sur, encontrándose los permisos con tiempo de vigencia y observaciones relativas a cada permiso, estos permisos son otorgados por la Secretaría Distrital de Ambiente.

10.3.1.12 LAVADO DE TANQUES: Se evidencia lavado de tanques de las unidades de la subred semestralmente de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1575 de 2007, articulo 10, dicha actividad fue realizada por JDR asistenciamos EU.

10.3.1.13 MANTENIMIENTO DE CALDERAS: Se evidencian actividades de mantenimiento de calderas de las Unidades de Vista Hermosa, Tunal y Meissen actividades realizadas de carácter preventivo y correctivo.

Ilustración 29. Soporte mantenimiento de calderas



INGYEMEL
PROFESIONALES J&H S.A.S

REPORTE DE ACTIVIDADES					INFORME DE TRABAJO N°
FECHA:	13	07	20	22	No. Mantenimiento

Entidad: Hospital Vista Hermosa Servicio Prestado: Preventivo
Marca: Maincalsa Weben Jarco 30BHP
Serie:
Equipo: Caldera Circulador Paso Atmosferica
Combustion Gas natural

DESCRIPCION TRABAJOS DESARROLLADOS

Se desarma camara de combustion para hacer limpieza general interna (deshollinada) a serpentin intercambiador de calor y quemador y se revisa sistema encendido.

se hiso limpieza a regulador presión agua caja de caldera por encontrarse tapizada de oxido el conducto compensador de presion.

La caldera queda en servicio normalmente

observaciones:

10.3.1.14 PLANES DE MEJORA: Se realiza verificación de planes de mejora de hallazgos evidenciados por la revisoría fiscal, de cada una de las unidades auditadas y las acciones de mejora, estableciendo acciones, seguimiento y evaluación, igualmente se evidencia plan de mejora a los vertimientos que dieron como incumplimiento a las diferentes Unidades.

Ilustración 30. Plan de Mejora de Vertimientos

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
	PLAN DE MEJORAMIENTO VERTIMIENTOS

CENTRO DE SALUD	SAN JUAN
FECHA DEL INFORME	2022-02-11
RESPONSABLE DEL INFORME	LIZETH DANIELA CASTELLANOS SANCHEZ
LABORATORIO QUE REALIZA EL ANÁLISIS	WR LABORATORIOS
No. DE INFORME	2

1. PARÁMETROS INCUMPLIDOS:

El muestreo realizado el 30 de agosto de 2021 no presentó incumplimientos respecto a los LMP de la Resolución 0631 de 2015; sin embargo desde el proceso de gestión ambiental se seguirá trabajando en la promoción de buenas prácticas y la implementación de sistemas de retención.

2. GESTIÓN DE LOS VERTIMIENTOS:

ITEM	ÁREA Y/O SERVICIO GENERADOR	ACTIVIDAD GENERADORA	VERTIMIENTO GENERADO	ACCIÓN CORRECTIVA IMPLEMENTADA
1	Cocina	Consumo de alimentos	Grasas y aceites.	- Capacitación al personal. - Publicación de piezas comunicativas en cocina. - Instalación de contenedor para disposición de Aceite vegetal usado.

10.3.2 HALLAZGOS

10.3.2.1 VERTIMIENTOS: De acuerdo con la información suministrada se verificaron las muestras de laboratorio de las unidades de la subred, encontrando incumplimiento normativo en algunas unidades de acuerdo con los máximos permitidos por la Resolución 631 de 2015.

UNIDAD	NO CUMPLE
Abraham Lincoln	Aceites y Grasas
Casa de Teja	Mercurio
Jerusalén	Aceites y grasas
La Estrella	Aceites y Grasas
Laboratorio Meissen	Caudal
Marichuela	Aceites y Grasas

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

UNIDAD	NO CUMPLE
Meissen	Aceites y Grasas
	DBO5
	DQO
Mochuelo	Aceites y Grasas
Nazareth	Aceites y Grasas
	DBO5
	DQO
	Sólidos suspendidos totales
Pasquilla	Aceites y Grasas
San Benito	Aceites y Grasas
San Isidro	Aceites y Grasas
Santa Librada	Aceites y Grasas
Tunal	DBO5
	DQO
Vista Hermosa	Sólidos sedimentables
Yomasa	Fenoles totales

CONCLUSIONES

- Durante el proceso de auditoría a los centros de Salud Marichuela y Santa Librada, se evidencian acciones de avance en la implementación del PIGA; sin embargo, se evidencian desviaciones de la norma que deben ser subsanados para evitar incumplimientos normativos y riesgo infeccioso y de generación de enfermedades intrahospitalarias.

- En términos generales se evidencia cumplimiento a los lineamientos establecidos por la normatividad ambiental vigente, es de resaltar la gestión de la Subred en la gestión ambiental realizada; sin embargo, se evidencia incumplimiento a algunos parámetros establecidos en la Resolución 631 de 2015 "de los valores máximos permisibles de vertimientos a cuerpos de aguas superficiales y sistemas de alcantarillado público", se evidencian acciones de mejora para subsanar este hallazgo.

RECOMENDACIONES

- Contar con alternativas que permitan al personal asistencial contar con adherencia a los programas del PIGA, especialmente el programa de gestión de residuos, y la Resolución 1164 de 2002 segregación de residuos, siendo este el hallazgo recurrente en las unidades de Marichuela y Santa Librada.

- Se evidencia un cumplimiento a los diferentes temas documentales; sin embargo, en las auditorías de verificación de implementación se evidencian desviaciones de la norma sobre todo en temas como segregación de residuos, como se muestra en dichas auditorías la realización de capacitaciones en los diferentes servicios, se recomienda implementar nuevas herramientas que permitan un compromiso real por parte de los colaboradores de las diferentes Unidades.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

11.1 AUDITORIA JURIDICA (SARLAFT)

- De acuerdo con el seguimiento efectuado al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo- SARLAFT, se observan avances en su implementación, sin perjuicio de lo anterior, se anota que subsiste el riesgo de ser objeto de sanciones por parte de la Superintendencia de Nacional de Salud, en tanto se logre consolidar la aprobación de la nueva versión del Manual SARLAFT en el cual se incorpora la Metodología de Gestión de Riesgos LA/FT y la Metodología de segmentación y se apruebe la actualización de la matriz de riesgos.

- Se presentan debilidades en las etapas de implementación SARLAFT (la identificación del riesgo, evaluación, controles, en el oportuno seguimiento y monitoreo.

- Respecto a los reportes que la Entidad realiza a la UIAF no se evidencia debilidad, puesto que se presentan en el plazo estipulado en la Ley.

- De igual manera, se recoge lo manifestado por el Oficial del Cumplimiento respecto de la necesidad de aprobar la etapa documental para su posterior ejecución de acuerdo con lo establecido en la norma.

- Consolidar las actuaciones subsiguientes que permitan la consolidación, presentación y aprobación de la nueva versión del Manual SARLAFT en el cual se incorpora la Metodología de Gestión de Riesgos LA/FT y la Metodología de segmentación.

- Documentar las modificaciones que se lleven a cabo a los procedimientos de la Subred Sur y ajustándolos a los requerimientos del SARLAFT.

- Actualizar la matriz de riesgos y la herramienta tecnológica para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas.

- Realizar la capacitación relacionada con SARLAFT a los funcionarios y contratistas de la Subred Sur.

- Tener en cuenta las instrucciones impartidas en la Circular 009 de 2016 y 055 de 2021, emitidas por la SNS.

11.2 AUDITORÍA ADMINISTRATIVA (GESTIÓN DOCUMENTAL)

En lo concerniente a la concurrencia de la evaluación de la comprensión y aceptación los procesos de gestión documental, y que permiten brindar un soporte técnico legal y de preservación de los registros relacionados a la producción, recepción, tramitación y preservación de los documentos recibidos y generados por la Entidad, según las observaciones establecidas es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- A nivel directivo se debe reforzar la transversalidad en la adopción de los lineamientos del proceso de gestión documental, en aras de proteger a la Entidad frente a potenciales procesos de tipo Jurídico y/o Administrativos que se puedan generar; así como potenciales incumplimientos frente a las Leyes y Decretos en materia de gestión documental de las Entidades Públicas.

- Finalmente, bajo los procedimientos definidos por el área de Gestión Documental, se puede evidenciar que se identifican desviaciones que están asociadas al control y cumplimiento de las demás áreas de la entidad, por lo cual se recomienda realizar los escalamientos a nivel directivo y definir acciones concretas para alinear a los responsables de proceso en el registro y conservación de la información en los sistemas correspondientes.

- Definir acciones concretas frente al cumplimiento de los lineamientos de gestión documental, para que tengan un impacto transversal en la Entidad y se refleje en el indicador e implementación de la estrategia encaminada al 100% de la implementación del aplicativo gestor documental.

- Revisar la viabilidad de establecer medidas que permitan incentivar el cumplimiento del proceso, de forma preventiva o correctiva tanto para funcionarios de la Entidad como para el personal vinculado a través de prestación de servicios, a fin de garantizar el cumplimiento de las políticas y objetivos de gestión documental establecidos por la Entidad.

11.3 AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO (ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS)

En lo concerniente a la concurrencia de la evaluación de la comprensión y aceptación los procesos de contratación de Bienes y Servicios, que permitan brindar un soporte técnico legal y de preservación de los registros relacionados a los procesos de contratación; según las observaciones establecidas es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- En cuanto a la verificación del cargue del respectivo Certificado de Disponibilidad Presupuestal asociado al contrato 5471 de 2020, se debe rectificar el soporte correspondiente a la adjudicación del contrato marco, así como los certificados de disponibilidad presupuestal de las correspondientes adiciones y mantener la trazabilidad en la plataforma SECOP.

- En el procedimiento de etapa precontractual, se evidencia una falta de especificación en los criterios para la presentación de aprobación del Comité de contratación, los contratos que requieren el VoBo por parte de esta instancia.

- Finalmente, bajo los procedimientos definidos por el área de contratación de Bienes y Servicios, según lo establecido en el Manual de contratación de la Subred Sur, se puede evidenciar que se identifican algunas falencias de oportunidad y suficiencia de los soportes de las etapas contractuales frente a la muestra de contratos evaluados, por lo cual se recomienda tomar acción al respecto sobre cómo se deben alinear las áreas de contratación y los funcionarios encargados de la supervisión de contratos para garantizar el adecuado curso de los procesos contractuales y la trazabilidad del mismo.

En lo concerniente a la concurrencia de la evaluación de la comprensión y aceptación los procesos de gestión documental y que permiten brindar un soporte técnico legal y de preservación de los registros relacionados a los procesos de contratación, según las observaciones establecidas es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Es necesario abordar un plan de acción integral a nivel transversal en la entidad que permita que los responsables de los procesos asistenciales se adhieran al adecuado manejo, registro y conservación de las Historias Clínicas.

- Finalmente, se puede inferir que desde el área de Gestión Documental se propende por mantener el regulado el proceso bajo la actualización de los procedimientos se identifican algunas falencias frente al registro y conservación de las historias clínicas, por lo cual se requiere realizar el análisis de causa raíz correspondiente y determinar las acciones necesarias para la mitigación del riesgo identificado.

- Garantizar la trazabilidad de los registros/soportes asociados a los certificados de disponibilidad presupuestal en los procesos contractuales, acorde con las modificaciones y adiciones de los contratos.

- Actualizar los procedimientos asociados a las etapas contractuales, a fin de especificar los detalles de las actividades de control como la convocatoria del Comité de contratación. Así mismo para lograr que los insumos o información de entrada requerida o generada facilite la supervisión de los contratos de Bienes y Servicios. No obstante, se recomienda revisar los documentos de manera integral con las áreas que interactúan en el proceso para actualizar las actividades acordes a como se están ejecutando actualmente.

- Propender por el adecuado cierre y finalización de los contratos de obra, acorde con la recepción a conformidad de las actividades y de la infraestructura a fin de generar de manera oportuna el acta correspondiente de finalización y entrega.

- Frente a las fortalezas identificadas, se recomienda mantener el esquema de seguimiento y de control a las actividades propias del proceso tales como, la actualización de las tablas de retención documental, las capacitaciones a los diferentes niveles jerárquicos y funcionales de la entidad y del soporte brindado de forma transversal a la subred sur

- En lo relacionado al hallazgo identificado, se recomienda generar las acciones inmediatas y concretas que permitan el cumplimiento de los lineamientos en materia de registro y conservación de las historias clínicas de los pacientes.

11.4 AUDITORÍA DE GESTIÓN (CAUSAS ROTACIÓN DEL PERSONAL Y BAJA DE EQUIPOS)

En cuanto a la evaluación de las causas de rotación del personal asistencial por OPS:

- El proceso de contratación cuenta con los recursos administrativos, técnicos y legales para proceder con la ejecución de las actividades definidas por la Subred Sur, sin embargo, es importarte fortalecer los lineamientos de supervisión de contrato, a fin de proteger a la Subred de posibles demandas por parte de contratistas. Para esto, se requiere contar con el apoyo de la Alta Gerencia de la Entidad.

- El proceso de contratación cuenta con los recursos administrativos, técnicos y legales para proceder con la ejecución de las actividades definidas por la subred sur, sin embargo, es importarte fortalecer los lineamientos de supervisión de contrato.

En lo referente a la evaluación de las bajas de equipos:

- Si bien por el número de equipos dados de baja un gran porcentaje fue utilizado hasta el vencimiento de su vida útil, es importante revisar y analizar el costo de mantenimiento y el impacto frente a la prestación del servicio; con relación con las condiciones del estado real y funcional del bien.

- Si bien por el número de equipos dados de baja un gran porcentaje fue utilizado hasta el vencimiento de su vida útil, es importante revisar y analizar la tasa de obsolescencia de los equipos de cómputo para el adecuado manejo y gestión de los sistemas de información.

- Mantener comunicación permanente con los supervisores de contratos de prestación de servicios de las áreas administrativas, con el fin de reforzar y fortalecer los lineamientos frente al tipo de comunicación a mantener con los contratistas.

- Fortalecer el proceso de control y baja de bienes y equipos de la entidad, especialmente en lo que respecta a equipos de cómputo o de soporte a los sistemas de información; se recomienda analizar y validar el estado real de los mismos con el fin de validar el costo beneficio de mantenimiento, así como el estado de la obsolescencia y de esta manera no afectar la prestación de los servicios, especialmente los involucrados en la atención en salud.

11.5 AUDITORÍA ATENCIÓN AL USUARIO (PLAN CANGURO Y NEONATOS)

- Con corte al mes de Diciembre de 2022, la Tipología con mayor número de requerimientos para el área de Plan Canguro y Neonatos, corresponde a Felicitaciones (n=9), su causa principal es el reconocimiento al cuerpo médico.

- La segunda tipología con más manifestaciones son los reclamos en su mayoría por oportunidad de agenda (n=2), otra por seguridad al paciente reportado al área competente (n=1) y otra por falta de información y orientación del parte médico (n=1), para un total de 5 manifestaciones; la atención deshumanizada en el tercer puesto que refleja en el reporte es ajena a al área de Plan Canguro (n=1) la cual se tomaron medidas correctivas al funcionario involucrado, por último una solicitud de interés particular (n=1) para el área de Plan Canguro y Neonatos sobre la compra de equipos especializados, llegando así a un total de 16 manifestaciones en el año de 2022.

- Teniendo en cuenta los datos generados en el año 2022, con referencia a interposiciones relacionadas con el área de Plan Canguro y Neonatos se evidencia que, el trato humanizado se ve reflejado en sus colaboradores puesto que la tipología de felicitaciones es superior que el resto de interposiciones.

- Observando lo reportado por participación comunitaria y servicio al ciudadano nos damos cuenta que sus datos no son significativos en comparación del diario vivir de estas áreas.

- Avanzar en el seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas planteadas por el Servicio Ambulatorio, teniendo en cuenta lo manifestado por los usuarios, lo que permita la disminución de las PQRSD registradas por las mismas causas.

- Mejorar la oportunidad en la asignación de citas en la agenda de Plan Canguro y Neonatos, continuar promoviendo el buen trato hacia los usuarios en el servicio.

- Continuar implementando estrategias para inducir la demanda de PQRS como es el código QR se empezó a manejar desde el mes de Agosto. Esperando que con esto aumente el número de PQRS

- Continuar motivando a los usuarios dando charlas en las diferentes sedes que estimulan el aumento de la utilización de los diferentes canales que tiene la subred para sus PQRS.

11.6 CUENTAS MÉDICAS SOAT (PENDIENTE)

- **REITERAMOS:** Los procesos contractuales deben perfeccionarse bajo una adecuada planeación y planificación según lo establecido en el Decreto 441 de 2022, no se evidencia el seguimiento formal al cumplimiento de las obligaciones contractuales, al no existir una coordinación estructural entre las áreas que intervienen en el proceso. En los contratos de objeto de la auditoría no se evidencia la manera como se controla el ejercicio de las actividades realizadas, se sugiere realizar un informe de ejecución, que cumpla con las especificaciones del Decreto 441 de 2022.

- No se está cumpliendo con el Decreto 441 de Marzo de 2022, que por norma para el mes de Mayo ya debería estar alineado.

- No se encontraron diferencias en lo facturado de los diferentes pagadores.

- **REITERAMOS:** La Subred Sur ESE, debe continuar generando estrategias efectivas tendientes a garantizar el cumplimiento de los requisitos documentales generada en cada una de las etapas de la contratación de la Venta de Servicios de Salud. Se recomienda evaluar la viabilidad de establecer un documento/procedimiento/guía que defina puntualmente todos los documentos de un proceso contractual estándar al igual que la posibilidad de realizar verificación y su consulta, dando cumplimiento a lo establecido en la Norma.

- Cumplir con la totalidad de lo establecido en el Decreto de manera conjunta con las entidades responsables de pago.

- En materia de contratación se recomienda realizar estudios de mercado que permitan tener un marco referencia a la hora de realizar la negociación de Bienes y Servicios.

- Elaborar el procedimiento gestión de mercadeo - contratación de servicios de salud, Etapa precontractual, procedimiento contratación venta de servicios, procedimiento seguimiento a contratos por venta de servicios procedimiento socialización de productos e información de contratación de servicios y mercadeo, estableciendo el Que, Quien, Como, Riesgo, Punto de Control, Cuando – Tiempo, Documento Asociado – Registro.

- Implementar y documentar las medidas de control en un proceso donde se pueda verificar que las actualizaciones de los nuevos procedimientos en salud y las tarifas están bien de acuerdo a lo contratado.

- Cumplir a cabalidad con los estándares del Decreto 441 de Marzo de 2022.

- Continuar con la implementación de nuevas estrategias que van encaminadas a solucionar hallazgos de no conformidad y observaciones dadas en nuestros informes, sugerimos se continúen con este ímpetu que está conllevando a un mejoramiento continuo que cada vez se hace más visible

11.7 AUDITORIA DE CALIDAD, ACREDITACIÓN MEJORAMIENTO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

- Evidenciamos como la Subred ha implementado los procesos de las diferentes auditorías encaminadas a lo propuesto normativamente, observamos el cumplimiento de los diferentes planes de auditoría como el Plan Anual y seguimiento al PAMEC.

- El esfuerzo realizado por la Subred para cumplir con los objetivos planteados por el área de Calidad, se observa llevando a cabo la ejecución de las diferentes actividades propuestas en pro de un mejoramiento continuo.

- Nuestra invitación es a que continúen con el ímpetu que llevan para alcanzar las metas propuestas.

11.8 AUDITORÍA ASISTENCIAL, MÉDICA Y GESTIÓN DEL RIESGO HOSPITALES NAZARETH Y SAN JUAN

- Durante la auditoría concurrente se observó que los Centros de Salud no cumplen con las áreas de los consultorios de Odontología y Medicina General, y con las condiciones para certificar el área de Rx de Odontología. Al igual que la medio caña entre el techo y la pared. No cuenta con las barreras físicas en algunos consultorios y algunas divisiones en zonas de observación, de igual forma no se evidencia consultorio exclusivo para atención de Urgencias.

- Las dos sedes cuentan con dotación de equipos para el manejo Ambulatorio, Urgencias, Hospitalización y Parto, aunque el volumen de pacientes no es alto.

- Cumplen con la dotación de equipos los cuales se encuentran funcionando y se les ha realizado el respectivo mantenimiento preventivo.

- Las dos sedes cuentan con transporte básico, San Juan cuenta con Trasporte Medicalizado con tripulación completa disponible (Conductor, Medico y Auxiliar).

- Se organizan jornadas de Salud las cueles permiten tener acceso a los servicios de Medicina interna, Ginecología, pediatría y Cirugía General.

- Las sedes de Nazareth y San Juan cuentan con extensión en acreditación hasta Abril 2023, la Subred Sur ya solicito cotización y visita para estas sedes, y a la vez postula nuevas sedes en primer lugar de Mochuelo, Pasquilla, Destino y Vista Hermosa y como segunda opción la sede del Tunal.

- Realizar los ajustes necesarios para dar cumplimiento a la Resolución 3100 del 2019.

- Evaluar la necesidad de Recurso Humano actual y los servicios habilitados, frente a la población atendida.

- Realizar retroalimentación del procedimiento manejo contingencia por no disponibilidad del sistema de información en servicios ambulatorias. AMB- PR-01 V1.

Continuar prestando los servicios con oportunidad, continuidad y accesibilidad como hasta el momento se ha podido evidenciar.

11.9 AUDITORÍA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- Se evidencia en desorganización, falta de información, errores en la digitación de datos, incoherencia en los inventarios vs, lo visto en la visita de concurrencia a las Unidades, incongruencia en los archivos de Sistemas y Activos Fijos con respecto a los responsables de cada equipo, desactualización de inventarios, campos vacíos, procesos sin definir, no cuentan con recurso humano que soporte completamente las actividades diarias de la Subred Sur, se evidencian muchas tareas por realizar y pocas personas para ejecutarlas en el área de Sistemas de Información Tics.

- No se realizan mantenimientos preventivos, no se lleva control de las instalaciones para el licenciamiento para de Dinámica Gerencial como de Office.

- El data Center del Tunal y el Carmen se encuentra en malas condiciones tanto ambientales, de limpieza y técnicas no cumplen con la normatividad en este momento existen cables sueltos el rack despeinado entre otros.

- No manejan un Control Interno sobre el licenciamiento como el Core el sistema Dinámica Gerencial y como soporte y herramientas el Office. Además no se encuentra actualizado en los inventarios este office instalado a hoy y los evidenciados en la concurrencia no correspondían al que estaba supuestamente instalado en el inventario.

- Los inventarios entregados por el área de Activos Fijos y el área de Sistemas no son iguales tienen diferencias en responsables, ubicaciones entre otros.

- Definir procesos y procedimientos de levantamiento, control y seguimiento de inventarios en el área de Sistemas, tener presente los responsables de cada equipo, los traslados y demás información.

- Hacer un plan de acción para la actualización y depuración de dichos inventarios.

- Realizar un control más extenso en los equipos arrendados para exigir las mínimas características para el buen funcionamiento de estos y tener el control y seguimiento del inventario como tal como se pudo observar aún existen equipos con Windows 7 y 8 no solo administrativos también.

- Realizar mantenimientos preventivos para todos los equipos propios validar el proceso de personal para cumplir con estas premisas y evitar riesgos. Así mismo exigir para los equipos en arriendo el controlar los mantenimientos y cambios de equipos al proveedor.

- Realizar un Control Interno sobre el licenciamiento como Core el sistema Dinámica Gerencial y como soporte y herramientas el Office en cada uno de los equipos, que exista seguimiento control actualización en línea de estados de estos equipos que lo tienen para evitar riesgos y consecuencias más adelante.

- Realizar el control de inventarios de los equipos en arriendo estar pendiente de sus traslados, ubicación, responsable características, que se encuentren en óptimas condiciones y todos los equipos que el área de sistemas se encuentre responsable.

- Integrar y consolidar información del área de Sistemas con Activos Fijos.

11.10 AUDITORÍA AMBIENTAL CENTROS DE SALUD (MARICHUELA Y SANTA LIBRADA) Y LA GESTIÓN DOCUMENTAL PIGA

- Durante el proceso de auditoría a los centros de Salud Marichuela y Santa Librada, se evidencian acciones de avance en la implementación del PIGA; sin embargo, se evidencian desviaciones de la norma que deben ser subsanados para evitar incumplimientos normativos y riesgo infeccioso y de generación de enfermedades intrahospitalarias.

- En términos generales se evidencia cumplimiento a los lineamientos establecidos por la normatividad ambiental vigente, es de resaltar la gestión de la subred en la gestión ambiental realizada; sin embargo, se evidencia incumplimiento a algunos parámetros establecidos en la Resolución 631 de 2015 "de los valores máximos permisibles de vertimientos a cuerpos de aguas superficiales y sistemas de alcantarillado público", se evidencian acciones de mejora para subsanar este hallazgo.

- Contar con alternativas que permitan al personal asistencial contar con adherencia a los programas del PIGA, especialmente el programa de gestión de residuos, y la Resolución 1164 de 2002 segregación de residuos, siendo este el hallazgo recurrente en las unidades de Marichuela y Santa Librada.

- Se evidencia un cumplimiento a los diferentes temas documentales; sin embargo, en las auditorías de verificación de implementación se evidencian desviaciones de la norma sobre todo en temas como segregación de residuos, como se muestra en dichas auditorías la realización de capacitaciones en los diferentes servicios, se recomienda implementar nuevas herramientas que permitan un compromiso real por parte de los colaboradores de las diferentes Unidades.

Atentamente,

PEDRO A. BARRETO ALFONSO
Revisor Fiscal; C.P.T. No. 23.617-T
CONSULCONTAF LTDA.
CR. 7ª Nº. 123 – 24 Of. 501

Bogotá D.C. Marzo 01 de 2023
File-SUBRS-374-2023

C.C. Dr. Luis Fernando Pineda /Gerente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
C.C Dr. Reyes Murillo Higuera/ Subgerente de prestación de Servicios de Salud
C.C Dra. Ruby Liliana Cabrera/ Subgerente Corporativo
C.C Dra. Martha Delgado/Asesora de Gerencia.