	FORMATO	Código: F-PLA-15
	Informe auditoría interna de calidad	Versión: 04 Fecha: 20/12/2012 **Página 1 de 8**

Auditor Líder:	José Duván Lizarazo Cubillos – Jefe de Oficina de control interno de Gestión
Equipo Auditor:	Nohelva Gutierrez Ninco – Auditor contratista OCIG
Objetivo:	Verificar el cumplimiento de los indicadores en el Mapa de Riesgos Institucional de la Secretaria de Salud del Departamento del Quindío con corte del 01 de enero al 30 de junio correspondiente a la vigencia 2021
Alcance:	Evaluación y Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional mediante las siguientes acciones: 1) El cumplimiento de los indicadores previstos en el Mapa de Riesgos en este periodo. 2) La publicación de la documentación en intranet. 3) El diligenciamiento del formato MECI- F-PLA-25 "Gestión y monitoreo del Riesgo"
Documentos de referencia:	Documentación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
Fecha de apertura:	3 de agosto 2021
Fecha de cierre:	26 de agosto de 2021
Proceso:	La oficina de control interno de Gestión a través de la solicitud emitida con la circular No. S.A.60.07.01-00774 del 13 de julio de 2021; recolecta las evidencias y confronta los resultados de manera que demuestren el cumplimiento de los indicadores contenidos en la Intranet en el proceso estratégico de la Secretaria de Salud del Departamento del Quindío.

Conclusiones del equipo auditor

1. Anotaciones iniciales

El equipo auditor procede a realizar la evaluación de los riesgos descritos a los que estaría expuesto la Secretaría de Salud Departamental, teniendo en cuenta las evidencias presentadas y entregadas a la Oficina de Control Interno de Gestión como respuesta a la circular No. S.A. 60.07.01-00774 del 13 de julio de 2021 y las cuales fueron suministrados a través del oficio S.S.G.E.A. 133.145.01-02085 fechado 23 de julio de 2021 y radicado en la oficina de Control Interno de Gestión 26-07-2021 del mismo año, presentando evidencias que soportan el cumplimientos al Mapa de Riesgos Institucional correspondiente al primer semestre de la vigencia 2021 en 1 CD.

2. Aspectos relevantes

La Secretaria de Salud, determinó los siguientes Siete (07) riesgos institucionales en los que estaría expuesta la misma y es por ello que la Oficina de Control Interno en su **Rol de Evaluación y Seguimiento*** que describe y aplica los instrumentos de juicios creados por la misma secretaria con el fin de analizar el avance de cumplimiento en procura de la mitigación de riesgos evaluados a partir *de* las evidencias suministradas.

RIESGO1: RESPUESTA INOPORTUNA DE LOS DERECHOS DE PETICIÓN.

Indicador Nº 1: Nº De respuesta oportunas a las peticiones de competencia de la Secretaria de Salud / Nº de peticiones recibidas de competencia de la Secretaria de Salud*100

Indicador Nº 2: Nº de revisiones realizadas /Nº de revisiones programadas * 100

Aplicación de los Indicadores

Indicador Nº 1: 0 respuesta oportunas a las peticiones de competencia de la Secretaria de Salud / Nº de peticiones recibidas de competencia de la Secretaria de Salud *100 = 0%

Indicador Nº 2: Nº de revisiones realizadas /Nº de revisiones programadas * 100 = 0%

Una vez realizada la verificación en el aplicativo SEVENET Y VENTANILLA VIRTUAL por parte del equipo auditor de la oficina de Control Interno de Gestión, se pudo evidenciar que en el periodo comprendido entre el 1º de enero al 30 de junio de 2021 se han recibido 121 PQRS, de los cuales se ha dado respuesta oportuna a 110, quedando pendiente por contestar 11. Pero en la información aportada por la Secretaría de Salud en la medición del indicador el formato F-PLA-25, correspondiente a los PQRS, la Secretaría reporta un total de 35 PQRS recibidos y 23 con respuesta.

PROCESO: Secretaria de Salud

RIESGO	ACTIVIDADES CONTINGENTES	INDICADOR	CRONOGRAMA	FECHA SEGUIMIENTO INDICADOR	MEDICION DEL INDICADOR	OBSERVACION
Respuesta inoportuna de los derechos de petición.	1.El comité técnico de la Secretaría de Salud establecerá un responsable por cada dirección, quien hará seguimiento diario a los derechos de petición que ingresan a la secretaría a través de la plataforma SEVENET En caso del incumplimiento del dicho responsable desde la Dirección de GEAS se delega el responsable de revisar el seguimiento. Como evidencia queda el acta de comité técnico 2. Desde la dirección de GEAS se realizará un acompañamiento a cada dirección Con el seguimiento de las respuestas de los derechos de petición por medio de un informe mensual en el cual se consolidará las respuestas oportunas y aquellos tramites que no se les han dado respuesta dicho responsable será autorizado por la directora de la dirección de GEAS Como evidencia se tendrá en cuenta el oficio e informe obtenido del aplicativo y entregado a cada dirección	1.N de respuesta oportunas a las peticiones de competencia de la Secretaria de Salud / N de peticiones recibidas de competencia de la Secretaria de Salud. 2.N de revisiones realizadas /N de revisiones programadas	Semestral	23/07/2021	23/35 6/6	1. Desde la secretaria de Salud se actualizo el procedimiento y quedo bajo la responsabilidad de la oficina del SAAC. 2. Teniendo en cuenta que a la secretaria no solo llegan PQRS de la ventanilla y de Sevenet se envia los soportes de los seguimientos de los diferentes canales " seguimientos que se realizan desde la oficina del SAAC

Riesgo 1- Indicador Nº1 F_PLA-25

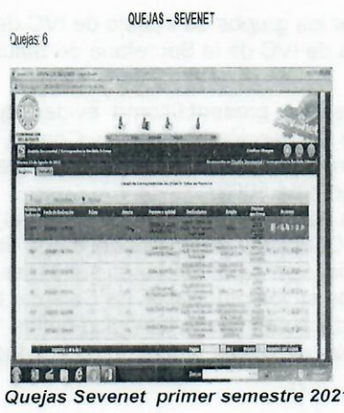
La Secretaría de Salud aporta las siguientes evidencias:

1. 50 Oficios de los cuales 36 corresponden a PQRS del primer semestre de 2021, 4 al mes de julio del mismo año y 10 oficios que contienen Actas de seguimientos a casos de salud y otros solicitando información sobre las respuestas brindadas a las PQRS de los meses de marzo, abril y mayo de la vigencia 2021.
2. Oficio Nº 001 con listado de SAC – Superintendencia de salud con PQR finalizadas.

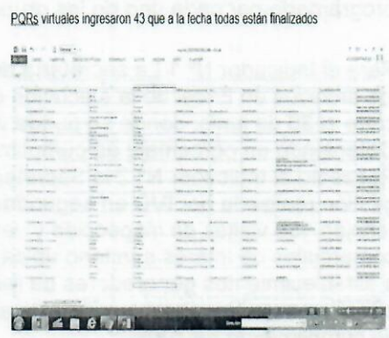
3. Acta del Comité Técnico de la Secretaría de salud del día 15 de marzo de 2021, En la cual se trataron diferentes temas, entre ellos las inconsistencias y dificultades que se han presentado desde la vigencia 2020 con el manejo de los PQRS y el desconocimiento del mapa de procesos por parte de los responsables de dicho proceso. Así mismo manifiestan su preocupación por solucionar estas dificultades y el interés que tienen en que todos los responsables conozcan la estructura y organización del proceso y así poder garantizar las respuestas oportunas a los PQRS.

La información aportada como evidencia del Indicador Nº 1 continua presentando diferencias con respecto a los datos que se descargan del aplicativo Sevenet y la ventanilla virtual, tal como fue comunicado mediante acta Nº 126 correspondiente al seguimiento a los indicadores de Gestión del primer cuatrimestre de 2021 donde se solicita al Secretario de las TIC, mediante Oficio CIG.13.103.00-00295 la OCIG una Mesa de trabajo con el personal encargado del aplicativo Sevenet y Ventanilla virtual, en conjunto con la Oficina de Gestión Documental y la Oficina de Control Interno de Gestión para que se tomen las medidas pertinentes, que den lugar a una pronta solución. Obteniendo un porcentaje de cumplimiento para el indicador Nº1 del 0%.

Peticiones Sevenet Primer semestre 2021



Quejas Sevenet primer semestre 2021



Ventanilla Virtual primer semestre 2021

Referente al Indicador Nº2 las Actas números 11 y 12 del 27 y 30 de abril de 2021 respectivamente, tienen por objeto hacer seguimiento a las EAPB Asmet Salud y Nueva EPS, donde se reporta un total de 17 seguimientos, y en el formato F-PLA- 25 enviado por la Secretaría de Salud reporta 6/6, presentando diferencia con las evidencias aportadas. Por lo tanto no se puede determinar el porcentaje de cumplimiento.

RIESGO 2: COBERTURA INSUFICIENTE EN LA AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Indicador Nº 1: N° de asistencia realizadas / N° de asistencias programadas*100

Aplicación de los Indicadores

Indicador Nº 1: 103 asistencia realizadas / 103 asistencias programadas*100= 100%

La secretaria de Salud Aporta como evidencia de cumplimiento para este indicador, los correos y actas de visitas del acompañamiento y gestión realizada por la Secretaría de salud a todos los municipios del departamento del Quindío, a fin de fortalecer la afiliación al sistema de seguridad social y alcanzar la cobertura suficiente, en cumplimiento del Decreto 064 de 2020 y la resolución 1128. Obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 100%

RIESGO Nº 3: RETRASO U OMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL (IVC) ESTABLECIDAS PARA EL SECTOR SALUD.

Indicador Nº 1: Nº de personal idóneo contratado para actividades de IVC de la Secretaria de Salud en la vigencia / Total de personal necesario identificado para esta actividad

Indicador Nº 2: Nº de informes presentado por los grupos de trabajo de IVC de la secretaria de Salud / Nº de informes programados por cada uno de los grupos de IVC de la Secretaria de Salud.

Aplicación de los Indicadores

Indicador Nº 1: 28 de personas idóneas contratadas para actividades de IVC de la Secretaria de Salud en la vigencia / 28 personas necesarias identificadas para esta actividad*100 = 100%

Indicador Nº 2: 2 informe presentado por los grupos de trabajo de IVC de la secretaria de Salud / 2 informe programado por cada uno de los grupos de IVC de la Secretaria de Salud*100=100%

Para el Indicador Nº 1 La secretaría de salud presenta como evidencias para el cumplimiento del indicador Nº1 los archivos en Excel de la ejecución de Inspección Vigilancia y Control correspondiente a la vigencia 2021, con corte al 30 de junio, donde se puede verificar el personal contratado para el cumplimiento de las metas. Obteniendo un porcentaje de cumplimiento de 100%.
Respecto al Indicador Nº 2 la Secretaria aporta los informes con corte al 30 de junio de la vigencia 2021,de la gestión realizada por IVC en seguridad Química y el informe del mapa de riesgos en salud ambiental, donde se reflejan 150 visitas de inspección y verificación de condiciones sanitarias y ambientales en los establecimientos comerciales de interés sanitario ubicados en los municipios de Calarcá, La tebaida y Armenia y 178 visitas de IVC a establecimientos generadores de residuos con riesgo biológico de los 11 municipios de competencia departamental. Igualmente presenta actas de visitas a diferentes entidades de salud. Alcanzando un porcentaje de cumplimiento de 100%

.

RIESGO Nº 4: USO INADECUADO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS EN SUS DIFERENTES FUENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.

Indicador Nº 1: N° de ejecuciones revisadas / N° de ejecuciones por revisar*100%

Aplicación de los Indicadores

Indicador Nº 1: 1 ejecuciones revisadas / 1 de ejecuciones por revisar *100= 100%

De acuerdo a las evidencias aportadas por la Secretaría de Salud, presenta una ejecución presupuestal de proyectos del periodo comprendido desde el 1º de enero al 30 de junio de 2021; igualmente la ejecución Presupuestales de ingresos correspondiente al mismo periodo, el cual permite realizar el seguimiento oportuno de los recursos financieros y la verificación de la ejecución por componente y fuente de financiación de la Secretaria de Salud. Con un cumplimiento del 100%. Alcanzando un porcentaje de cumplimiento de 100%

FUENTE 20	3.835.805.790	320.000.000	3.835.805.790	1.902.882.419	1.810.349.047	1.152.989.056	1.152.989.056	1.952.823.371	2.045.156.743	0
FUENTE 35	400.000.000	0	400.000.000	0	0	0	0	400.000.000	400.000.000	0
FUENTE 58	3.684.809.425	0	3.684.809.425	1.198.938.941	616.192.836	0	0	2.485.873.484	3.068.616.589	0
FUENTE 61	4.236.165.548	63.682.049	4.299.847.597	2.551.717.053	2.312.419.775	1.256.280.136	1.256.280.136	1.748.130.544	1.987.427.822	0
FUENTE 63	844.700.000	0	844.700.000	544.122.480	209.073.642	203.548.642	203.548.642	300.577.540	635.626.358	0
FUENTE 72	5.899.067.802	0	5.899.067.802	2.689.331.885	2.687.181.463	2.685.531.163	2.685.531.163	3.209.735.917	3.211.886.339	0
FUENTE 88	0	4.732.180.945	4.732.180.945	574.910.849	550.764.559	118.766.031	118.766.031	4.157.270.096	4.181.416.386	0
FUENTE 91	0	400.000.000	400.000.000	31.556.524	0	0	0	368.443.476	400.000.000	0
FUENTE 96	0	712.647.105	712.647.105	712.647.105	0	0	0	0	712.647.105	0
FUENTE 97	0	3.434.211	3.434.211	3.434.211	0	0	0	0	3.434.211	0
FUENTE 98	0	433.334.276	433.334.276	236.726.700	236.726.700	11.476.204	11.476.204	196.607.576	196.607.576	0
FUENTE 99	0	571.581.421	571.581.421	0	0	0	0	571.581.421	571.581.421	0
FUENTE 110	1.361.612.640	0	1.361.612.640	900.784.608	650.094.552	0	0	460.828.032	711.518.088	0
FUENTE 111	210.707.393	0	210.707.393	210.707.393	150.199.643	150.199.543	150.199.543	0	60.507.750	0
FUENTE 113	155.911.553	-3.541.113	152.370.440	68.380.000	68.380.000	0	0	83.990.440	83.990.440	0
FUENTE 114	26.235.411	0	26.235.411	2.000.000	2.000.000	0	0	24.235.411	24.235.411	0
FUENTE 154	31.351.259.122	0	31.351.259.122	14.942.132.661	14.942.132.661	14.942.132.661	14.942.132.661	16.409.126.461	16.409.126.461	0
FUENTE 155	115.688.008	-54.899.687	60.788.321	0	0	0	0	60.788.321	60.788.321	0
FUENTE 168	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FUENTE 171	2.224.028.029	-2.224.028.029	0	0	0	0	0	0	0	0
FUENTE 171	0	1.734.393.294	1.734.393.294	1.583.722.600	1.583.722.600	0	0	150.670.694	150.670.694	0
FUENTE 180	0	308.966.733	308.966.733	0	0	0	0	308.966.733	308.966.733	0
FUENTE 181	609.111.067	0	609.111.067	0	0	0	0	609.111.067	609.111.067	0
FUENTE 182	21.046.812	0	21.046.812	0	0	0	0	21.046.812	21.046.812	0
FUENTE 184	0	33.078.292	33.078.292	33.078.292	33.078.292	33.078.292	33.078.292	0	0	0
FUENTE 191	0	33.937.549	33.937.549	0	0	0	0	33.937.549	33.937.549	0
FUENTE 192	0	3.039.348	3.039.348	0	0	0	0	3.039.348	3.039.348	0
FUENTE 193	0	1.216.600.524	1.216.600.524	917.083.528	0	0	0	299.516.996	1.216.600.524	0
FUENTE 194	0	22.221.327	22.221.327	22.221.327	0	0	0	0	22.221.327	0
FUENTE 198	0	468.599.154	468.599.154	0	0	0	0	468.599.154	468.599.154	0
FUENTE 200	0	772.314	772.314	0	0	0	0	772.314	772.314	0
	54.876.848.800	8.776.899.710	63.461.848.313	29.128.376.558	26.862.316.770	20.564.001.728	20.564.001.728	34.326.472.758	37.599.632.643	0

Ejecución por Proyecto. Primer semestre 2021

RIESGO Nº 5: PERDIDA DE RECURSOS POR SUSTRACCIÓN MALINTENCIONADA POR PARTE DE FUNCIONARIO PÚBLICO DE INSUMOS PROPIEDAD DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA O MEDICAMENTOS DE ALMACÉN EN BENEFICIO PARTICULAR.

Indicador Nº 1: N° de inventarios programados / N° Inventarios relacionados*100%

Aplicación de los Indicadores

Indicador Nº 1: 1 inventarios realizados / 1 inventarios programados*100% = 100%

La secretaría de Salud aporta 6 archivos como evidencias de cumplimiento de este indicador, sin embargo 5 de ellos corresponden a listados de inventarios a diferentes fechas del semestre; por lo tanto no se toman como inventarios realizados durante el periodo, por ende sólo el inventario el realizado el día 7 de abril de 2021 se considera como evidencia de inventario realizado, cumpliendo con lo requerido para este indicador, el cual establece la realización de un (1) inventario por semestre. Obteniendo un porcentaje de cumplimiento de 100%.

Vale la pena resaltar que el indicador que se presenta en el formato F-PLA-25 hace referencia a N° de inventarios programados / N° Inventarios relacionados*100%, presentando error tanto en los términos como en

la formula, ya que para obtener un porcentaje efectivo el indicador adecuado es: Nº inventarios realizados / Nº inventarios programados*100%

Nombre	Fecha de modifica...	Tipo	Tamaño
existencias enero 20 del 2021.xlsx	20/01/2021 2:49 p....	Hoja de calculo d...	40 KB
inventario abril.pdf	15/07/2021 12:00 ...	Chrome HTML Do...	4.420 KB
INVENTARIO ALMACEN JUNIO 2021.xlsx	15/07/2021 12:11 ...	Hoja de calculo d...	156 KB
inventario marzo.pdf	15/07/2021 12:01 ...	Chrome HTML Do...	4.686 KB
inventario mayo.pdf	15/07/2021 12:02 ...	Chrome HTML Do...	2.292 KB
INVENTARIO REACTIVOS -INSUMOS SE...	23/06/2021 5:29 p....	Hoja de calculo d...	166 KB

Archivo de evidencias Riesgo Nº 5

RIESGO Nº 6: RETRASOS EN EL DESARROLLO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA POR PARTE DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA.

Indicador Nº 1: N° de procesos contractuales realizados/ N| procesos contractuales programados

Aplicación de los Indicadores

Indicador Nº 1:
6 procesos contractuales realizados/ 6 procesos contractuales programados = 100%

La Secretaría de Salud presenta como evidencia de cumplimiento de este indicador 3 minutas y 3 actas de inicio de los contratos realizados por el Departamento para Prestación de servicios y compra de insumos y reactivo necesarios para el funcionamiento del laboratorio y la realización de los análisis que sirvan de apoyo a los procesos de vigilancia en salud pública departamental y prestación de servicios. Obteniendo cumplimiento de 100%.

DOCUMENTO -EVIDENCIA	NOMBRE	OBJETIVO
Contrato 004 de 2021	QUIOMIOLAB	Compra de reactivos e insumos en el Laboratorio (PCR)
Acta de Inicio-Contrato 1122	JUAN DAVID FLOREZ VELEZ	Prestacion de servicios de Mantenimiento
Acta de Inicio-Compra -venta 011	IVAN ALBERTO ANTEQUERA C.	Compra de reactivos, medios de cultivo y cepas
Acta de Inicio-Contrato 832	JIMMY ALEXANDER OCAMPO V.	Prestación de servicios en procesos logistico
Contrato Nº 088	DIANA CAROLINAOSPINA V.	Servicios de analisis de muestras de agua, alimentos, .etc
Contrato Nº 640	JHON JAMES GUTIERREZ GIL	Aseguramiento metrológico en el laboratorio Departamental

RIESGO Nº 7: PÉRDIDA DE INFORMACIÓN DEBIDO A UN DAÑO EN LA RED DE INFORMACIÓN DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA.

Indicador Nº 1: No. de back ups realizados a todos los computadores del Lab. / Nº de meses del año

Aplicación de los Indicadores

Indicador Nº 1: 204 back ups realizados a los computadores del Lab. / 216 Back ups programados*100= 94,4%

RESUMEN DE BACK UP REALIZADOS EN EL 1 SEMESTRE 2021 S. DE SALUD							
	FECHA						
PROGRAMA	enero	feb-03	mar-02	mar-29	abr-30	may-31	jun-29
Administrativo		1	1	1	1	1	1
Metrologìa		8	8	8	8	8	8
Entomologìa		6	6	6	6	0	6
Resultados		5	5	5	5	5	5
General		7	7	7	7	7	7
Calidad		0	0	0	0	PC	PC
Microbacterias		2	2	2	2	0	2
Microbiologìa		3	3	3	3	3	3
Virologìa		4	4	4	4	0	4
Receptora UVEISP							
Receptora UVEREA							
TOTAL EQUIPOS CON BACK UP		**36**	**36**	**36**	**36**	**24**	**36**

Back Ups realizados durante el primer semestre 2021

Según evidencias presentadas por la Secretaría de Salud, se deben realizar Back Ups a 36 equipos cada mes, pero durante el mes de mayo no se reporta copia de seguridad a 6 equipos de Entomología, 2 equipos de Micro bacterias y 4 equipos de virología; Por lo Tanto de 216 Back Ups que se debían realizar en el primer semestre de 2020 se hicieron 204. Alcanzando un porcentaje de cumplimiento de 94,4%

Es importante aclara que la formula presentada en el Formato F-PLA-25 no determina el nivel de cumplimiento de este indicador, por lo tanto se tomaron el Nº de Back Ups realizados sobre el Nº de Back ups programados. Así mismo se advierte sobre la necesidad de que este indicador se mantenga en un 100%, ya que se debe proteger la información contenida en ellos ante cualquier eventualidad en la red del laboratorio.

CONCLUSIONES

Como se manifestó en los Indicadores de gestión correspondientes al primer cuatrimestre de la vigencia 2021, el porcentaje de Peticiones, quejas, reclamos y denuncias atendidas y monitoreadas en la secretaría de salud, requieren la realización de un seguimiento, que permita determinar las diferencias encontradas, respecto al reporte de la OCIG.

La formulación de algunos indicadores no permite hallar un porcentaje de cumplimiento adecuado, que determine el grado de avance para mitigar los riesgos de la secretaria de Salud.

RECOMENDACIONES

Riesgo Nº 1: la Oficina de control Interno de Gestión sugiere identificar las causas que ocasionan las diferencias entre los reportes enviados por la Secretaría de Salud y la información descargada por la OCIG del aplicativo Sevenet y Ventanilla virtual, a fin de garantizar una respuesta oportuna a los PQRS y darle cabal cumplimiento a la constitución y la ley. Igualmente realizar las capacitaciones que requieren las personas responsables del proceso, para que la información que manejan la OCIG, la Oficina de Gestión Documental y la Secretaría de Salud sea igual.

2. **El Riesgos Nº5 y 7:** Analizar los indicadores de estos riesgos y determinar si cumple el propósitos de medir el avance en el cumplimiento las metas establecidas para el primer semestre de 2021, y así facilitar la evaluación y seguimiento, permitiendo generar las alertas tempranas.

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR ESTE INFORME:

Este informe se comunicará después de la auditoría únicamente a los procesos involucrados y no será divulgado a terceros sin su autorización.

Nombre completo	Responsabilidad	Firma
José Duván Lizarazo Cubillos	Jefe Oficina **de** Control Interno de Gestión	
Nohelva Gutierrez Ninco	Equipo auditor — Control Interno de Gestión.	

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Revisado por: José Duván Lizarazo Cubillos	Revisado por: José Duván Lizarazo Cubillos	Aprobado por: José Duván Lizarazo Cubillos
Jefe de Oficina de control interno de Gestión	Jefe de Oficina de control interno de Gestión	Jefe de Oficina de control interno de Gestión