



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

— María Upegui —

HOMO



“Integridad y Compromiso”

***Oficina de Control Interno
Informe de Auditoria
Gestión de la infraestructura de las TICS
Mayo 05 del 2023***

1. INTRODUCCIÓN

La oficina de Control Interno en desarrollo del Programa Anual de Auditorías aprobado para la vigencia 2023 por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la ESE HOMO, programó efectuar la auditoría interna a la Gestión de infraestructura de las TICS, labor que se adelantó en el marco de sus funciones como mecanismo de apoyo al cumplimiento de los objetivos de control establecidos en la ley 87 de 1993.

La auditoría estuvo orientada a identificar oportunidades de mejora para el Sistema de Control Interno Institucional en los procesos relacionados, a través del análisis de su objetivo, actividades y documentos anexos.

Para el desarrollo de esta, se tuvo en cuenta como marco normativo, las funciones encomendadas por la ley 87 de 1993, que define el Control Interno como un sistema integrado por el esquema de la organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas Constitucionales y legales vigentes, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas y objetivos previstos.

2. OBJETIVO GENERAL.

Se evaluó la Gestión de infraestructura de las TICS de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, se verificó el registro, almacenamiento, tratamiento, comunicación y presentación de la información institucional.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Se revisó y analizó la ejecución de los planes, programas y proyectos establecidos en el Plan Estratégico PETI.
- Se evaluó la gestión del soporte técnico informático de la Institución.
- Se verificó el registro y el almacenamiento de la información Institucional.
- Se verificó la aplicación del procedimiento de contingencia del sistema de información.
- Se verificaron las copias de seguridad de la información institucional.



4. ALCANCE.

La Auditoría abarcó las actividades y/o estrategias definidas para evaluar la gestión de la infraestructura de las TICS.

5. MARCO LEGAL.

- Decreto 1008 de 2018.
- Decreto 1151 de 2008.
- Ley 1341 de 2009.
- Decreto 2433 de 2015
- Decreto 1078 de 2015
- Decreto 415 de 2016
- Conpes 3854 Política Nacional de Seguridad Digital de Colombia, del 11 de abril de 2016
- Procedimientos, riesgos, indicadores, puntos de control y demás criterios del proceso.
- MIPG: 1ª Dimensión: Talento Humano
3ª Dimensión: Gestión con valores para resultados.
- ISO 9001:2015:
 - ✓ 5.1.2 Enfoque al cliente.
 - ✓ 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

6. METODOLOGÍA:

Para el desarrollo de la presente auditoría se utilizarán la verificación y análisis de documentos a través de pruebas selectivas, además se utilizaran las siguientes Técnicas:

- **Observación:** Es una manera de inspección, se verificó la información soporte de las operaciones y la información dispuesta en los aplicativos para tal fin.



- **Indagación:** Se obtuvo información verbal mediante averiguación con los responsables de la información en el área encargada de operar el proceso.
- **Documental:** Se revisaron los procedimientos establecidos en el SIGC.
- **Muestreo:** Se seleccionó una muestra representativa de la población, es decir, que represente lo más fielmente posible a la población a la que se pretende evaluar.

7. DESARROLLO DEL INFORME.

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos a partir de los criterios de auditoría definidos para el servicio de Urgencias.

7.1 Mapa de Riesgos.

El mapa del proceso cuenta con 6 riesgos y se plantearon 6 acciones para mitigarlos, se evidencia seguimiento mensual a los mismos.
No se evidencia reporte de riesgos materializados.

7.2 Indicadores.

No se evidencia seguimiento a los indicadores del proceso en lo corrido de la vigencia 2023.

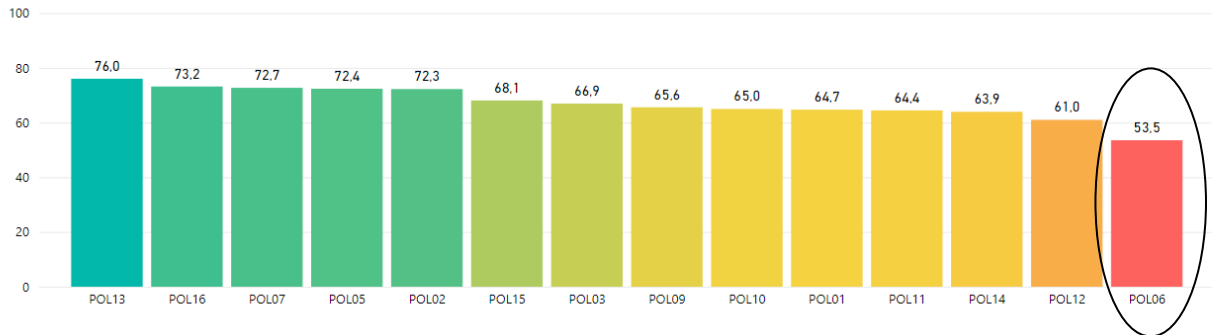
7.5 Política de Gobierno Digital y Seguridad Digital

Las políticas de Gobierno Digital y de Seguridad Digital define los lineamientos, estándares y proyectos estratégicos, que permiten llevar a cabo la transformación digital de la Entidad, a fin de lograr una mejor interacción con ciudadanos, usuarios y grupos de interés; permitiendo resolver necesidades satisfactoriamente, resolver problemáticas públicas, posibilitar el desarrollo sostenible y en general, crear valor público.

El seguimiento y medición de la implementación de las Políticas se evidencia a través de la plataforma del FURAG – Formulario Único de Reporte del Avance de Gestión, el cual para la vigencia 2021, arrojó un puntaje del 53.5.



Valor máximo de referencia: 98,6 98,3 98,4 99,3 98,4 98,7 98,2 98,0 98,4 98,0 97,4 98,9 98,6 98,2



Nota: Los colores en este gráfico representan un ranking de las políticas según los puntajes obtenidos. No necesariamente determinan un alto o bajo desempeño.

POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano
POL02: Integridad
POL03: Planeación Institucional

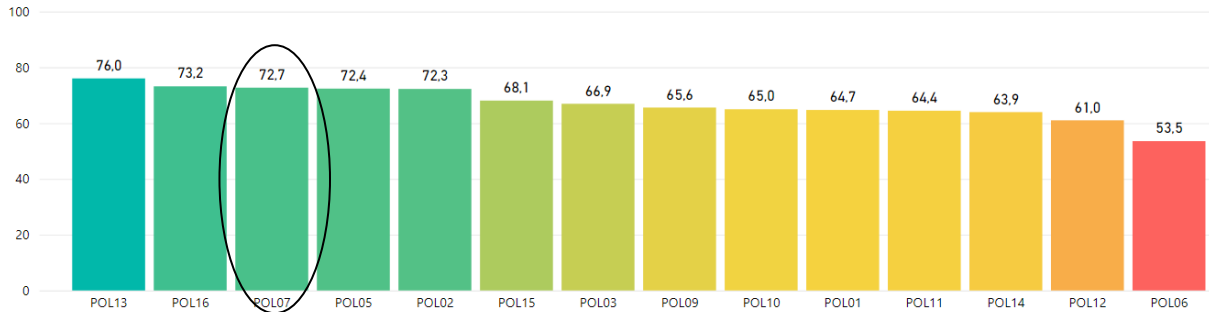
POL05: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
POL06: Gobierno Digital
POL07: Seguridad Digital

POL09: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción
POL10: Servicio al ciudadano
POL11: Racionalización de Trámites
POL12: Participación Ciudadana en la Gestión Pública

POL13: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
POL14: Gestión Documental
POL15: Gestión del conocimiento
POL16: Control Interno

Valor máximo de referencia:

98.6 98.3 98.4 99.3 98.4 98.7 98.2 98.0 98.4 98.0 97.4 98.9 98.6 98.2



Nota: Los colores en este gráfico representan un ranking de las políticas según los puntajes obtenidos. No necesariamente determinan un alto o bajo desempeño.

POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano
POL02: Integridad
POL03: Planeación Institucional

POL05: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
POL06: Gobierno Digital
POL07: Seguridad Digital

POL09: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción
POL10: Servicio al ciudadano
POL11: Racionalización de Trámites
POL12: Participación Ciudadana en la Gestión Pública

POL13: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
POL14: Gestión Documental
POL15: Gestión del conocimiento
POL16: Control Interno

Se sugiere revisar las 22 recomendaciones dadas por el FURAG en la Política de Seguridad Digital y las 98 recomendaciones dadas en la Política de Gobierno Digital, así mismo fortalecer las acciones que permitan aumentar el puntaje en la evaluación del desempeño Institucional.

PETI 2023.

7.6 Plan de Mantenimiento Preventivo anual de equipos de cómputo.

No se evidencia un plan de mantenimiento de equipos de cómputo para la vigencia 2023, tal como se encuentra estipulado en el cronograma del PETI.

7.7. Fichas técnicas de los equipos tecnológicos.

Se evidencian fichas técnicas de los equipos tecnológicos de la entidad.

7.8 Verificación de inventario de Equipos de cómputo.

Se evidencia inventario de equipos de cómputo actualizado, actividad desarrollada y previamente planeada en el cronograma del PETI para el primer semestre en los meses de enero y abril.

7.9 Servicios Tecnológicos

Se evidenció la asignación de correos de dominio institucional, tanto a servidores de planta como contratistas.

8. Sistemas de Información

Según la líder de Gestión documental, el sistema de información SAIA cumple apenas en un 79,61% del MOREQ, razón por la cual, no es óptimo para parametrizar las Tablas de Retención Documental –TRD vigentes y los distintos instrumentos archivísticos del Hospital.

9. Capacitación

No se evidencia capacitación y formación para el personal administrativo y asistencial (Herramientas ofimáticas, XENCO, políticas de seguridad y otros) en el primer semestre del año, tal como se proyectó en el PETI, debe articularse con el plan de capacitación institucional, el cual tiene proyectado dichas actividades en el segundo semestre del año.

OBSERVACIONES

| COMPONENTE AUDITADO | OBSERVACIÓN | CAUSA | EFECTO |
|-------------------------------|---|--|---|
| Servicios Tecnológicos | Se evidenciaron correos electrónicos de dominio institucional generados a nombre de contratistas de la Institución. | Falta de Directrices claras frente al uso de las TICS. | Formalizar relación laboral con consecuencias jurídicas para la entidad. Perdida de información Institucional. |

HALLAZGOS

| COMPONENTE AUDITADO | HALLAZGO | CRITERIO | CAUSA | EFECTO |
|---------------------|---|--|---|--|
| PETI | Falta de un Plan de Mantenimiento Preventivo anual de equipos de cómputo. | Incumplimiento al Plan Estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones (PETI). Otros criterios relacionados: Norma ISO 9001:2015, 7.5 Información documentada MIPG: 5ta Dimensión Información y Comunicación. | Incumplimiento a los procedimientos establecidos en el SIGC, numeral de la norma ISO 9001-2015 y el MIPG. | Incumplimiento a los objetivos institucionales trazados por el HOMO, ineficiencia e ineficacia en las operaciones. |

RECOMENDACIONES:

- Analizar con el apoyo del área jurídica la asignación de los correos electrónicos a los contratistas y sus implicaciones judiciales.
- Socializar el PETI con áreas involucradas como lo es Gestión documental, gestión humana, entre otras.

CONCLUSIONES:

- El PETI se evidenció como un plan documentado, mas no socializado entre las diferentes áreas de la entidad, su principal falencia corresponde al incumplimiento en la elaboración de un Plan de Mantenimiento Preventivo anual, si bien se desarrollan actividades relacionadas, no se tiene un engranaje con el mismo.

La oficina de Control interno establece un plazo Máximo de 10 días para la entrega del plan de Mejoramiento.

Atentamente,



Juan Guillermo Henao Gómez
Jefe Asesor Control Interno



Luz Deisy Tamayo Palacio
Profesional Universitario (E)



Erika Monsalve Londoño
Técnico Administrativo