

Fecha de elaboración:

30/09/2021

Auditoría Interna No.

6

**LIDER DE ROCESO Y/O PROCESO, PROYECTO:**

**1. OBJETIVO**

Seguimiento a la Información y comunicación, Gestión del conocimiento MIPG, medios y canales de comunicación

**2. ALCANCE**

Seguimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI). modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPI). accesibilidad web, conforme a la norma técnica NTC 5854. verificar la metodología de referencia para el desarrollo, adquisición de software y sistemas de información.

**3. CRITERIOS**

- Ley 594 de 2000, Decreto 1080 de 2015
- Numeral 8 del artículo 2 de la Ley 1341 de 2009
- Ley 1437 de 2011, Artículo 2.2.9.1.2.1 del Decreto 1078 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones"
- Ley 1712 de 2014
- Decreto 103 de 2015
- Decreto 1008 del 14 de junio de 2018
- Decreto 2106 del 22 de noviembre de 2019.
- Artículo 2.2.17.1.1. del Decreto 1078 de 2015 reglamenta parcialmente los artículos 53, 54, 60, 61 y 64 de Ley 1437 de 2011, los literales e, j y el parágrafo 2" del artículo 45 de la Ley 1753 de 2015, el numeral 3 del artículo 147 de la Ley 1955 de 2019. y el artículo 9 del Decreto 2106 de 2019
- Resolución N° 1519 de 24 de agosto de 2020 Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la ley 1712 de 2014 y se definen requisitos en materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos.
- Resolución No. 500 de marzo 10 de 2021, Por la cual se establecen los lineamientos y estándares para la estrategia de seguridad digital y se adopta el modelo de seguridad y privacidad como habilitador de la política de gobierno digital.
- Actos administrativos internos aplicables.

**4. EQUIPO AUDITOR**

Marely Quintero Osorio

Líder de Auditoría/ Asesora Control Interno

Geraldine Real

Auditor/ Profesional de Apoyo Control Interno

Reunión de Apertura				Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre		
Día	Mes	Año	Desde	Hasta	Día	Mes	Año			
			D / M / A	D / M / A						

**5. INFORME DE VERIFICACION (RESUMEN EJECUTIVO)**

Se desarrolla el proceso con el levantamiento de información mediante entrevistas, aplicación de listas de chequeo, verificación y revisión de la página web, de los elementos soporte a las políticas adoptadas por la entidad, con el fin de realizar un análisis documental de políticas, procedimientos, planes y registros asociados a la gestión TIC del hospital del sarare, comparar con los elementos solicitados en la normatividad vigente, a fin de mejorar los aspectos que no permiten la mejora continua de los procesos, o que afectan el normal desarrollo a los mismos.

Así mismo se apoyó el proceso de auditoria en el subproceso gestión documental con la aplicación de la matriz de criterios diferenciales por componentes - política de gestión documental del mipg.

**EL PROCESO CUENTA CON EL SIGUIENTE PERSONAL ASIGNADO AL PROCESO:**

TALENTO HUMANO DEL PROCESO DE GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES					
NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	TIPO DE VINCULACION	SUB PROCESO	AREA ASIGNADA	FUNCION GENERAL
ELIANA YUDEICY GELVES GARCIA	TECNICO ADMINISTRATIVO	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	GESTION DOCUMENTAL	ARCHIVO	Realizar inventarios documentales de los documentos, archivos semiactivos, actualizar cuadros normativos en series y subseries documentales y demás funciones que están en el contrato.
ZAIDE RAMIREZ LAZARO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	GESTION DOCUMENTAL	ARCHIVO	Realizar préstamo de documentos administrativos semiactivos e Historias Clínicas Inactivas, a los responsables de archivos de gestión y los usuarios externos y demás funciones que están en el contrato.
CENAIDA DURAN SANCHEZ	AUXILIAR SERVICIOS BASICOS - REUBICACION POR CONCEPTO SALUD LABORAL	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	GESTION DOCUMENTAL	ARCHIVO	Realizar clasificación documental a los archivos, Clasificar y maquillar el expediente de Historia Laboral inactiva, Ordenar y foliar el expediente de historias laborales inactivas y demás funciones que están en el contrato
ELIZABETH AVELLANEDA MERCHAN	TECNICO ADMINISTRATIVO	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	ESTADISTICA E HISTORIAS CLINICAS	ESTADISTICAS	Solicitar los formatos de certificados de nacidos vivos a las autoridades competentes, Elaborar y llevar control de Registro Civil de Nacimiento de los bebés nacidos en la Institución y demás funciones que están en el contrato.
ERIKA	TECNICO	NOMINA CONTRATO	ESTADISTICA E	HISTORIAS	Recibir, verificar y procesar las

YARITZA GONZALEZ PEREZ	ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	HISTORIAS CLINICAS	CLINICAS	Historias clínicas de los servicios extramurales del Hospital, Buscar en el Archivo de Gestión las Historias Clínicas Antiguas y demás funciones que están en el contrato.
JULIA ALVINA GARCIA BOTELLO	AUXILIAR SERVICIOS BASICOS - REUBICACION POR CONCEPTO SALUD LABORAL	NOMINA PLANTA ADMINISTRATIVO	ESTADISTICA E HISTORIAS CLINICAS	HISTORIAS CLINICAS	Recibir papelería, Depurar papelería, ordenar alfabéticamente las Historia Clínica y demás funciones que están en el contrato.
JUANA YINET CERMEÑO BECERRA	TECNICO ADMINISTRATIVO	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	ESTADISTICA E HISTORIAS CLINICAS	ESTADISTICAS	Aplicar los conocimientos técnicos específicos en el cumplimiento de las funciones y procedimientos de la dependencia en la cual se desempeña
ANGIE NILLIRETH CACERES LIZCANO	PROFESIONAL MERCADEO Y PUBLICIDAD	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	GESTION DE LAS TICS	IMAGEN CORPORATIVA	Elaborar el plan de comunicaciones del Hospital, Apoyar el fortalecimiento de la imagen, Liderar el diseño de los medios masivos de comunicación y demás funciones que están en el contrato.
YANET MORENO VELSCO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	NOMINA PLANTA ADMINISTRATIVO	GESTION DE LAS TICS	SISTEMAS	Ejecución de labores profesionales de su especialidad y de su competencia a fin de planear, organizar, dirigir, coordinar, evaluar y controlar los programas respectivos del grupo
WILMAR YOSEP LIZCANO CRUZ	TECNICO ADMINISTRATIVO	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	GESTION DE LAS TICS	SISTEMAS	Administrar, mantener y ejercer el control de las copias de seguridad del sistema, Dar soporte técnico y administrativo en el manejo de los recursos informáticos, Apoyar los mantenimientos preventivos de los equipos informáticos y demás funciones que están en el contrato.
LEIDY CATERINE MEJIA ORTEGA	TECNICO ADMINISTRATIVO	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	GESTION DE LAS TICS	SISTEMAS	Administrar, mantener y ejercer el control de las copias de seguridad del sistema, Dar soporte técnico y administrativo en el manejo de los recursos informáticos, Apoyar los mantenimientos preventivos de los equipos informáticos y demás funciones que están en el

					contrato.
ANDERSON FABIA SANCHEZ PEÑA	TECNICO ADMINISTRATIVO	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	GESTION DE LAS TICS	SISTEMAS	Administrar, mantener y ejercer el control de las copias de seguridad del sistema, Dar soporte técnico y administrativo en el manejo de los recursos informáticos, Apoyar los mantenimientos preventivos de los equipos informáticos y demás funciones que están en el contrato.
ROSA HELENA MARTINEZ RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	GESTION DOCUMENTAL	UNIDAD DE CORRESPONDENCIA	Administrar todas las comunicaciones oficiales, recibidas en la institución por los diferentes medios, cumpliendo cada uno de los pasos de recepción, radicación, registro y envío y demás funciones que están en el contrato.
MIRTA SARMIENTO GRISMALDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO	GESTION DOCUMENTAL	UNIDAD DE CORRESPONDENCIA	Recibir y destapar legajos, paquetes, sunchos y sobres que contienen documentación, Sacar fotocopias de algunas de las comunicaciones oficiales que requieren y demás funciones que están en el contrato.

**Verificar la Implementación MIPG. (Autodiagnóstico, FURAG y Plan de Acción).**

Índice de Desempeño Institucional	D1 Talento Humano	D2 Direccionamiento Estratégico y Planeación	D3 Gestión para Resultados con Valores	D4 Evaluación de Resultados	D5 Información y Comunicación	D6 Gestión del Conocimiento	D7 Control Interno
60,6	53,4	56,8	64,6	54,7	66,4	51,1	59,7

El proceso Gestión de la información debe estar claramente relacionada con las políticas y lineamientos impartidos por del minitic, dada la transversalidad de los medios digitales en los procesos internos de la entidad y en el relacionamiento con los usuarios, la Política de Gobierno Digital está estrechamente relacionada con las políticas de: Planeación Institucional, Talento humano, Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción, Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, Servicio al Ciudadano, Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Racionalización de trámites, Gestión Documental, Seguridad Digital y Gestión del Conocimiento y la Innovación

Verificar la Implementación MIPG. (Autodiagnóstico, FURAG y Plan de Acción).

**Dimensión 5 Información y Comunicación** del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) con un puntaje 66,4 no se evidencio el diligenciamiento del autodiagnóstico de la política Gobierno digital, ni tampoco se encuentra adoptada y documentada la aplicación de la herramienta, la cual permite

determinar el estado de su gestión, sus fortalezas y debilidades y lo más importante, tomar medidas de acción encaminadas a la mejora continua. Con el propósito de garantizar la adecuada implementación de la estrategia gobierno digital y modelo de seguridad y privacidad de la información, es importante que el líder de sistemas o líder del proceso gestión de la información y comunicación, que como líder y vocero ante la alta gerencia se realice reuniones periódicas con los encargados de los subprocesos o grupos de trabajo, con el fin de identificar las necesidades, estados en la implementación de la directrices generadas por lo entes rectores, debilidades de conocimiento, canales de comunicación y establecer compromisos que permitan llevar de manera adecuada los procesos y lograr la automatización de los mismos, teniendo en cuenta las fortalezas con las que cuenta la entidad, es importante tener en cuenta que la líder del proceso se encuentra sobrecargada de funciones administrativas y operativas y sin apoyo de recurso humano profesional, con el que se pueda apoyar en el planear, organizar, dirigir, coordinar, evaluar y controlar las actividades designadas al líder, lo cual puede generar riesgos al proceso.

Se observa que la gestión de la información y comunicaciones y el subproceso estadísticas e historias clínicas, no poseen documentados sus procesos y procedimientos, ni mapas de riesgos que permita realizar un debido control y seguimiento de los mismos, lo cual impiden realizar un proceso de auditoria basada en riesgos. Sin embargo, en el desarrollo de la auditoria se vieron algunas vulnerabilidades y son las siguientes:

- Riesgos de seguridad de la información y respuestas ante incidentes
- Riesgos de administración de datos
- Administración inefectiva del riesgo debido a que no se documentan
- Defectos bien conocidos en el software sin controles
- Conexión deficiente de los cables que se encuentra en proyecto de mejoras
- Ausencia del personal
- Entrenamiento insuficiente en seguridad
- Falta de conciencia acerca de la seguridad
- Ausencia de mecanismos de monitoreo
- Ausencia de responsabilidad en seguridad de la información en la descripción de los cargos
- Deficiencias en políticas sobre el uso de correo electrónico institucional.
- Ausencia de procedimientos para el manejo de información clasificada
- Gestión inadecuada de la red (tolerancia a fallas en el enrutamiento)

La plataforma tecnológica (Hardware, software y comunicaciones) no cuenta con las medidas de protección física y eléctrica, con el fin de evitar daños, fraudes, interceptación de la información o accesos no autorizados. Se manifiesta por varios usuarios inconformismos por eliminación de información y datos dentro del proceso, por cuanto se evidencia que no se tienen instalados en la red sistemas de protección de la información y seguridad en el centro de cómputo y comunicaciones de manera que se puede interrumpir el normal funcionamiento de los demás procesos de la entidad. Así mismo, se debe garantizar la infraestructura de procesamiento de información mediante contratos de mantenimiento y soporte para lo cual se debe documentar los incidentes para que el proveedor garantice la no ocurrencia de los mismos hechos.

No se tienen registros periódicos de los controles operativos de los procesos de mantenimiento a los sistemas de información que permitan validar o monitorear cumplimiento de parámetros que minimicen impactos o materialización de riesgos sobre las áreas críticas.

Se evidencia que no se cuenta con la política de gobierno digital lo cual está generando recomendaciones del FURAG y la desactualización de instrumentos TIC como es el caso del PETI su actualización permite a la entidad conocer la estructura de los sistemas de información, caracterizarlos y conocer las capacidades de la institución en materia tecnológica y de información. Así mismo documentar las brechas de la gestión TI y la planeación debido a que solo se cuenta con un programa para adquisición de equipos de cómputo.

No se cuentan con matriz de riesgos de los subprocesos, ni indicadores y puntos de control en algunas de las áreas que componen el proceso, con el fin de evitar materializar los riesgos en los diferentes subprocesos.

Se evidencia que el área tic debe ser actualizada frente a los nuevos retos de la seguridad informática aumentando las capacidades del personal, en temas relacionado con buenas prácticas y retos en Gestión de las TIC desarrollo de aprendizaje, para lo cual la entidad debe garantizar a través del Plan Institucional de Capacitación (PIC); la inclusión de temas de seguridad informática, gobierno digital y arquitecturas para la gestión de las TIC, lo cual también puede a obedecer a sobrecarga laboral o falta de personal en el área de sistemas.

En la evaluación realizada al subproceso gestión documental con la matriz de criterios diferenciales por componentes - política de gestión documental se logra evidenciar que:

**Componente estratégico en la Planeación de la Función Archivística** Comprende las actividades de la función archivística encaminadas al diseño, elaboración, aprobación y evaluación de los lineamientos de la gestión documental y administración de archivos. La entidad viene realizando un proceso de actualización se deja la observación que el subproceso de gestión documental desarrolle la matriz de riesgos con los 8 procesos de la gestión documental.

**Control, Evaluación y Seguimiento:** Comprende la definición puntual de los lineamientos e instrumentos que permitan realizar la evaluación, seguimiento y control de las acciones planeadas en la función archivística institucional. Se evidencia que se encuentran actualizando los indicadores con el apoyo del área de calidad, se deja la recomendación de la implementación de un instrumento que permita el seguimiento y control para la mejora continua.

**Componente Administración de Archivos:** Comprende el conjunto de estrategias organizacionales dirigidas a la planeación, dirección y control de los recursos físicos, técnicos, tecnológicos, financieros y del talento humano, necesarios para la realización de los procesos de la gestión documental y el eficiente funcionamiento de los archivos, en el marco de la administración institucional como lo indica la Ley General de Archivos, Ley 594 de 2000, en el Título IV. Se debe documentar el Seguimiento y control PINAR Y PGD por parte de los líderes y/o funcionarios de apoyo al subproceso.

**Componente Documental:** Comprende el diseño e implementación de los procesos de la gestión documental a través de actividades relacionadas con la información y la documentación institucional para que sea recuperable para uso de la administración en el servicio al ciudadano y fuente de la historia. Dichos procesos son: planeación (técnica), producción, gestión y trámite, organización, transferencia, disposición de documentos, preservación a largo plazo, y valoración. Este componente se encuentra adelantado. Se debe elaborar el procedimiento de valoración Documental producido en cualquier soporte en la entidad que contemple la valoración primaria y secundaria. Y hacer el respectivo

seguimiento.

**Componente Tecnológico** que comprende las actividades relacionadas con la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones al desarrollo de la gestión documental y la administración de archivos, de manera que se permita la articulación de los documentos electrónicos con los procesos y procedimientos administrativos se encuentra débil. Este componente es el más débil de los 5.

**Componente Cultural:** El análisis de este componente aborda, tanto el concepto de cultura como conjunto de conocimientos, ideas, tradiciones y costumbres que caracterizan a un pueblo, como la producción cultural y la manifestación de las artes, la generación de conocimiento en ámbito de las ciencias duras y humanas. Se deben implementar mecanismos que permitan seguimiento y control a las estrategias de acceso y consulta de la información contenida en sus documentos de archivo a través de fichas o formatos de control.

En el proceso de auditoría, así como el de seguimiento y evaluación al Plan de anticorrupción y de atención al ciudadano; se logró evidenciar la Resolución No. 004 del 2019, por medio de la cual se adopta el registro de activos de la información clasificada y reserva legal del hospital del sarare ESE, la cual se encuentra publicada en la página web institucional, es ineficiente o mal formulada, ya que se encuentra contraviniendo los artículos 30 y 31 del decreto 103 de 2015 y confundiendo a los colaboradores, limitando la publicación del ITA, el PAAC y el seguimientos del control interno. Debido a que la reserva se encuentra a los expedientes clasificados de acuerdo a la series documentales, carece de fundamentos jurídicos, de la excepción de la información y el objetivo legítimo de la excepción, ejemplo las historias laborales, no se evidencia que la información de la hoja de vida puede ser Parcial la excepción (La excepción aplica sólo a los datos referentes a información sensible, datos personales y por reserva legal, datos médicos.) lo anterior NO indica, que por ley de transparencia y acceso a la información pública; no se deba publicar directorio de información de servidores públicos, empleados y contratistas.

En desarrollo de la auditoria se logra evidenciar falencias, debilidades en los Canales de comunicación por medios electrónicos, frente al uso de correos institucionales y pagina web, que permitan la comunicación de la entidad con sus dependencias, de la entidad con otras entidades públicas y de control y de la entidad con la ciudadanía en general, generando con ello que los procesos y sus líderes deban crear correos diferentes a los institucionales, sin que la entidad tenga un control efectivo o gestión frente a la creación y uso de los mismos. Contraviniendo las regulaciones normativas; es importante tener en cuenta que la entidad debe hacer la gestión con la Dirección de Gobierno Digital con su servicio de GOV.CO-Territoriales, diseña, desarrolla, implementa, pone en marcha y mantiene soluciones tecnológicas que impulsan la ejecución de la Estrategia de Gobierno Digital. Por cuanto es pertinente debido a todas las dificultades con las que cuenta el hospital en materia de página web y correos electrónicos, hacer la gestión ante esta dirección o al contacto de Plataformas Territoriales, la mesa de ayuda estará disponible por medio de los siguientes canales de comunicación: Equipo de Gobierno Digital, a través del correo electrónico: soporteccc@mintic.gov.co o en Bogotá al teléfono 390 79 51, o a la línea gratuita nacional 01 8000 910 742, para ampliar la información.

Se evidencia que los equipos de la entidad se encuentran configurados una hora diferente a la colombiana adelantado 6 minutos lo cual genera dificultades al momento de ingresar a navegar en páginas de consulta de entidades públicas, ejemplo algunos enlaces del minitric que controlan los accesos. Situación que fue superada en el cierre de la auditoria por la líder del proceso.

## 6. FORTALEZAS

### PROCESO GESTION DE LAS TIC

- Existe y se encuentra documentado un programa de disposición final de residuos electrónicos
- Existe un sistema de información denominado DINAMICA
- La entidad adquirió una data center móvil, el cual va permitir reorganizar la red de datos y diseñar diagrama de red para la entidad.

### PROCESO ESTADISTICAS E HISTORIAS CLINICAS

- Se cuenta con el sistema de información DINÁMICA GERENCIAL apoya el proceso estadístico y en las historias clínicas electrónicas.
- Se evidencia buen manejo de historias clínicas.
- Se ve el buen trabajo en equipo del subproceso.

### PROCESO GESTION DOCUMENTAL

- Se cuenta con todos instrumentos archivísticos actualizados al 2021
- Existe la guía de elaboración de documentos y es controlada
- Se cuenta con buen personal el área para apoyar los ocho procesos de la gestión documental

## 6. ASPECTOS POR MEJORAR/ RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIONES:

- Se debe continuar con la actualización y documentación de los procesos, sub procesos y procedimientos de la gestión de la información y comunicación del hospital del sarare con el apoyo de Calidad.
- Se deben documentar los controles debido a que los procesos vienen desarrollando actividades sin dejar evidencia de las mismas, que permitan desarrollar seguimiento y monitoreo a los procedimientos que desarrollamos a diario.
- No se tienen debidamente actualizados los riesgos en los procesos, lo cual genera que no los podamos analizar, monitorear, ni realizar auditorías basadas en Riesgos.
- No se cuenta con un PETI debidamente formulado, se recomienda realizar la actualización conforme a los lineamientos establecidos por el MITIC y aplicando la guía dispuesta, la cual fue entregada en el trabajo de campo al líder del proceso se debe brindar apoyo al profesional para que se documente el proceso.
- Se deben realizar registros de los Incidentes de Seguridad Informática, así mismo la evaluación

de dichos incidentes posterior a que se supera el incidente.

- La entidad debe adoptar medidas para garantizar la seguridad digital y mitigar riesgos de incidentes cibernéticos o filtración de datos personales o sensibles.
- Se debe realizar la adopción del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) de acuerdo a los lineamientos del MINITIC.
- Se requiere desarrollar e implementar una política sobre el uso de controles criptográficos para la protección de la información que tenga en cuenta el ciclo de vida completo: generación, uso y protección, distribución, renovación y destrucción.
- Se recomienda realizar el fortalecimiento al área TIC con personal que conozca los procesos y apoye en la documentación de las actividades generadas en el área, como apoyo a la actualización de PETI, actividades de seguridad de la información, diseño de formatos de control, soportes de monitoreo y seguimiento a riesgos,
- Realizar el diseño, configuración y documentación el diagrama de data center de la red del hospital del sarare.
- Se debe realizar un catálogo de los sistemas de información que se manejan en la entidad y su inter operatividad.
- Realizar campañas de sensibilización, las cuales se pueden realizar a través de los diferentes canales de comunicación como los son los correos, los fondos de pantalla, notas a través del Facebook de colaboradores.
- Se debe realizar un plan de trabajo que permita la implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación de los instrumentos archivísticos, así como la integración de la gestión documental de manera transversal en los diferentes componentes del sistema integrado de gestión.

#### **ASPECTOS A MEJORAR**

- Los procesos deben estar permanentemente en actualización de acuerdo a los cambios normativos, se evidencian subprocesos sin actualización.
- Articulación de los procesos con el sistema de Gestión documental de la entidad.
- Reorganizar los procesos y documentar mejores prácticas para el manejo de los incidentes del sistema de información DINAMICA se recomienda realizar registros, seguimientos y control de los mismos.
- Adquisición de una herramienta automatizada que garantice el adecuado manejo y trazabilidad de la información de la entidad y que apoye la gestión del conocimiento.
- Incluir en el Plan institucional de capacitación temas relacionados con las TIC, seguridad de la información y gestión documental.
- Cumplir con los lineamientos de la resolución No. 1519 de 24 de agosto de 2020

- Se deben liderar procesos de adquisición de bienes y servicios de tecnología, mediante la definición de criterios de optimización y métodos que **direccionen la toma de decisiones** de inversión en tecnologías de la información, buscando el beneficio económico y de los servicios que presta la entidad, así como salvaguardar la información y apoyar en los procesos de la gestión documental del hospital del sarare.
- Dar cumplimiento a la Resolución número 00500 de marzo 10 de 2021 “Por la cual se establecen los lineamientos y estándares para la estrategia de seguridad digital y se adopta el modelo de seguridad y privacidad como habilitador de la política de Gobierno Digital”

**7. NO CONFORMIDADES Y/O HALLAZGOS/**

No.	Descripción	Requisito Normativo y/o de proceso
1	Inadecuada planeación del proceso gestión de la información y comunicación debido a que los procesos y procedimientos, controles y riesgos se encuentran desactualizados. Lo cual no permite realizar un proceso de auditoría basada en riesgos de acuerdo a la guía de auditoría V4.	El Proceso de Gestión de la información y Comunicaciones presenta documentos desactualizados como se evidenció en el desarrollo de la auditoría.
2	El PETI se encuentra desactualizado y no cuenta con planeación y caracterización ni con proyectos y presupuesto, así mismo debe estar articulado con la planeación institucional. se debe actualizar conforme a la guía del MINITIC con los parámetros que se encuentran relacionados, así mismo, la implementación de la política de gobierno digital para mejorar los indicadores de desempeño de la evaluación practicada en la aplicación FURAG.	Artículo 2.2.9.1.2.1. del decreto 1008 de 2018, decreto 612 de 2018
3	La plataforma data center de la entidad se encuentra desactualizada generando malestares y caídas inesperadas de la red, pérdida de información y constantes riesgos a los procesos frente a la seguridad de la información.	Artículo 2.2.9.1.1.3. Principios del Decreto 1008 de 2018.
4	No se tienen registros periódicos de los controles operativos de los procesos de mantenimiento a los sistemas de información que permitan validar o monitorear cumplimiento de parámetros que minimicen impactos o materialización de riesgos.	Ley 87 de 1993, decreto 1008 Artículo 2.2.9.1.1.3. Principios

5	El registro de activos de la información clasificada y reserva legal del hospital carece de Identificación de la norma que dispone que la información sea clasificada o reservada.	Artículo 30 del decreto No. 103 de 2015
6	La entidad cuenta con el documento diagnóstico integral de archivos; el cual incluye los aspectos archivísticos, de administración, conservación, infraestructura y tecnología, pero no se evidencia el seguimiento de la evolución o mejora de los anteriores, por cuanto se deja como observación para ser incluida en el plan de mejoramiento para realizar los monitoreo y seguimientos documentados a dichos instrumentos que aportan a la gestión documental de la entidad y al desempeño institucional.	Decreto 1499 de 2017." Modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
7	La entidad no cuenta con un plan de Seguridad y Privacidad de la Información, el cual debe estar integrado en el plan de acción institucional y la gestión documental de la entidad; metas que deben ir encaminadas a lograr condiciones de uso confiable en el entorno digital.	Artículo 2.2.9.1.2.1. del decreto 1008 de 2018, decreto 612 de 2018

## 8. OBSERVACIONES

No.	Descripción
1	La entidad debe diseñar un plan de trabajo para cumplir con los estándares AA de la Guía de Accesibilidad de Contenido Web (Web Content Consortium (W3C) en la vigencia 2021 e implementarlo, debido a que a partir del 1 de enero del 2022, el hospital del sarare deberá dar cumplimiento a los estándares AA de la Guía de Accesibilidad de Contenidos Web (Web Content Accessibility Guidelines - WCAG) en la versión 2.1, expedida por el World Web Consortium (W3C), conforme con el anexo 1 aplicable en todos los procesos de actualización, estructuración y reestructuración, diseño y rediseño de sus portales web y sedes electrónicas, así como de los contenidos existentes relacionados en la resolución 1519 de 2020 Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la ley 1712 de 2014 y se definen requisitos en materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos. Así mismo, esta referenciada en la circular 018 del 2021 de la procuraduría General de la nación, por cuanto se debe establecer como meta dentro del plan de mejora.
2	La entidad debe proyectarse para realizar la planeación de la interoperabilidad de la historias clínicas de conformidad con la ley 2015 del 2020.
3	Debilidades en los canales de comunicación por medios electrónicos, no se manejan correos institucionales los cuales no permiten integridad y trazabilidad de la información.

## 9. CONCLUSIÓN GENERAL

La auditoría se ejecutó de acuerdo con lo previsto en el Plan de Auditoría y, a la vez, se cumplió con el objetivo y alcance programado gracias a la disposición de los colaboradores del Proceso de gestión de la información y comunicaciones, dado que reciben la auditoria con proyección de mejorar sus subprocesos.

La entidad realiza seguimiento y control a la función archivística a través del Programa de auditoría y control, con el fin de garantizar el cumplimiento y desarrollo de los planes y proyectos propuestos en el PINAR y PGD, es importante aclarar que los mismos fueron actualizados en la vigencia actual, pero el proceso de auditoria se practicó, con todos los aspectos de la matriz de criterios diferenciales en sus 5 componentes del MIPG; se entrega a la técnico de archivo a fin de que se realice monitoreo a los resultados.

La Auditoría interna, se observó que la gestión adelantada por sus colaboradores se realiza de manera razonable, dentro del marco regulatorio aplicable y vigente. En el Proceso se deben actualizar varios procedimientos y formatos que le permiten adelantar su función de manera integral; cuenta con funcionarios competentes y comprometidos con el cumplimiento de los objetivos institucionales y con la mejora continua, sin embargo, se evidencia que para el caso del área de sistemas hay insuficiencia de personal, para fortalecer el área Gestión de las TIC que apoye en la documentación, monitoreo y seguimiento de la planeacion del proceso.

No hay una adecuada Organización y Planificación TI en el hospital del sarare, por cuanto se realiza el cierre en el comité de control interno a fin de que la alta gerencia conozca el estado del proceso.

Se debe establecer un plan de mejoramiento, para el proceso gestión de la información y comunicación, que establezca acciones que incluyan las observación y hallazgos de la auditoria y las recomendaciones del FURAG en los correspondiente a las políticas aplicables al proceso.

Es importante aclarar que en la planeacion se proyectó para el 30 de septiembre error que se presentó en la planeacion. En cierre de auditoria se concertó con la líder del proceso y debe allegar el plan de mejora a través del correo electrónico institucional de control interno a más tardar el día 2 noviembre del 2021.

Para constancia se acepta y se firma Saravena, informe final de auditoria No. 6, a los 5 días del mes de octubre del año 2021.

**APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA**

<b>Nombre Completo</b>	<b>Cargo</b>	<b>Firma</b>
Yanet Moreno Velasco	Líder de Sistemas	(Firmado en Original)
Eliana Gelves	Técnico Gestión Documental	(Firmado en Original)
Geraldine Real Lozano	Profesional de Apoyo Control Interno	(Firmado en Original)
Marely Quintero Osorio	Asesora Control Interno	(Firmado en Original)