	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	Descripción	Informe de Auditoria	
	Fecha	02-01-2025	
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 1 de 52	

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA A PROCESOS INSTITUCIONALES DEL HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA ESE

FECHA DE ELABORACIÓN: octubre de 2025

FECHA DE AUDITORIA: junio de 2025

EMPRESA AUDITADA: HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E

NIT: 824000785-2

CODIGO DE HABILITACIÓN: 200110012601

DIRECCIÓN: Carrera 7 N° 2-160

MUNICIPIO: AGUACHICA- CESAR

GERENTE: ANYI PAOLA SALTARIN GOMEZ

EQUIPO AUDITOR:

VIVIANA JULIETH MARTINEZ QUINTERO (Auditora de Calidad)


MAIRA ALEJANDRA CLAVIJO LEMUS (Asesora Control Interno)

PRESENTACIÓN

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría Interna y en concordancia con los lineamientos establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), se desarrolló la Auditoría Interna de Procesos Institucionales del Hospital Local de Aguachica E.S.E., con el propósito de evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos normativos, técnicos y de calidad establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud y demás disposiciones aplicables al funcionamiento institucional.

La auditoría se orientó bajo un enfoque sistemático, objetivo, disciplinado y basado en la gestión del riesgo tal como lo establecen los subsistemas de gestión de riesgos que fueron priorizados para las IPS de los grupos C1, C2 y D1 a través de las Circulares Externas 009 de 2016 (modificada por la CE 2021170000005-5 de 2021), 2021170000005-5 de 2021, 2021170000004-5 de 2021 que componen el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos –SIGR; permitiendo valorar la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos, así como su articulación con la misión institucional y los principios de la función pública, en procura de garantizar la transparencia, la rendición de cuentas y la generación de valor público.

El ejercicio auditor se realizó a los siguientes procesos y dependencias clasificados en un primer grupo: SIAU, Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Servicios Farmacéuticos, Urgencias, Maternidad e Internación, Consulta Externa, Odontología, Auditoría de cuentas, Cartera, Facturación, Gestión de Talento Humano, Sistemas, Almacén, Mantenimiento y servicios generales, Sistema de gestión ambiental, Seguridad y salud en el trabajo, Contratación, Costos hospitalarios, Gestión documental.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	Descripción	Informe de Auditoria	
	Fecha	02-01-2025	
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 2 de 52	

La auditoría tuvo como finalidad principal identificar oportunidades de mejora, fortalecer los mecanismos de control interno, promover la mejora continua de la calidad y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales, asegurando que los procesos se desarrollen bajo criterios de eficiencia, calidad y transparencia en beneficio de la comunidad usuaria.


OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos generales, normativos y de calidad aplicables a los procesos y oficinas auditadas del Hospital Local de Aguachica E.S.E., mediante la aplicación de un enfoque sistemático, objetivo, disciplinado y basado en la gestión del riesgo, que permita analizar la eficacia, eficiencia y efectividad de los procedimientos institucionales frente a los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos –SIGR, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, y las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

Asimismo, orientar la identificación de oportunidades de mejora que fortalezcan la gestión institucional, la transparencia y el cumplimiento de los principios de la función pública, promoviendo la rendición de cuentas, la generación de valor público y la mejora continua de la calidad en la atención en salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA

- ❖ Verificar el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y administrativos establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, y demás normatividad vigente emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes de control.
- ❖ Revisar la coherencia entre la planeación, ejecución y resultados de los procesos institucionales, identificando desviaciones o no conformidades que puedan afectar el logro de los objetivos estratégicos y la prestación de servicios con calidad.
- ❖ Priorizar los riesgos asociados a los procesos auditados, estableciendo oportunidades de mejora y acciones preventivas que mitiguen posibles impactos en la seguridad del paciente, la gestión institucional y la transparencia administrativa como lo establece el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos -SIGR.
- ❖ Promover la observancia de los principios de la función pública (eficacia, eficiencia, economía, imparcialidad, moralidad y transparencia), garantizando la rendición de cuentas y la generación de valor público en cada uno de los procesos auditados.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 3 de 52	

- ❖ Formular recomendaciones orientadas a la optimización de los procedimientos, al fortalecimiento del sistema de gestión de calidad y a la sostenibilidad de las acciones correctivas, preventivas y de mejora identificadas durante la auditoría.

CRITERIOS DE LA AUDITORIA - NORMATIVIDAD

Requisitos de los procedimientos o normas aplicables según corresponda, Sistema obligatorio de garantía de calidad - habilitación según Resolución 3100/2019, resolución 1619 de 2015, Manual de acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia. Resolución 5095 de 2018, 1328 de 2021, Estatuto de Auditoría Interna y Código del Auditor Interno, realizará en desarrollo del Plan Anual de Auditoría Interna – PAAI, vigencia 2025, aprobado por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el día 28 de enero de 2025.

METODOLOGIA

Entre las técnicas de auditoría se utilizarán la observación, la revisión documental y/o la entrevista a funcionarios de la institución que se encuentren desarrollando el proceso.


El plan de auditoria contiene la lista de verificación bajo el ciclo PHVA, en la que se evidenció a través de los líderes de procesos:

- El aporte al proceso a la planificación estratégica de la organización.
- Nuevas estrategias planteadas en el proceso
- Mecanismos para la toma de decisiones
- Desarrollo de las acciones de mejora por auditorias anteriores
- Se audito in situ cada proceso.

Evaluación y Priorización de Riesgos:

Para cada riesgo identificado, se evaluará la probabilidad de ocurrencia y el impacto en una escala del 1 al 5, donde 1 es bajo y 5 es alto. A su vez, se determina el nivel de riesgo ((N = P x I) permitiendo una clasificación entre Baja, Media y Alta.

PRIORIZACIÓN	SEMAFORO
Bajo	
Medio	
Alto	

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	Descripción	Informe de Auditoria	
	Fecha	02-01-2025	
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 4 de 52	

Interpretación:

Riesgos altos (≥ 15): requieren intervención inmediata.

Riesgos medios (7–14): deben mantenerse monitoreados y seguimiento frecuente.

Riesgos bajos (1-6): no requieren atención urgente.

Posterior a la realización de la auditoría se elabora el informe final de auditoría con los resultados encontrados como base de las acciones de mejora.

PROCESOS AUDITADOS

SIAU, Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Servicios Farmacéuticos, Urgencias, Maternidad e Internación, Consulta Externa, Odontología, Auditoría de cuentas, Cartera, Facturación, Gestión de Talento Humano, Sistemas, Almacén, Mantenimiento y servicios generales, Sistema de gestión ambiental, Seguridad y salud en el trabajo, Contratación, Costos hospitalarios, Gestión documental.


ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La Auditoría Interna de Procesos Institucionales del Hospital Local de Aguachica E.S.E. comprendió la revisión, evaluación y análisis de los procesos asistenciales, administrativos, financieros, de apoyo y de gestión, desarrollados durante la vigencia 2025 en las diferentes dependencias y sedes institucionales.

El alcance incluyó la verificación de la implementación, aplicación y cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y normativos definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, la Resolución 3100 de 2019, la Resolución 3280 de 2018, la Resolución 1619 de 2015, el Decreto 1011 de 2006, resolución 5095 de 2018, resolución 1328 de 2021, así como demás disposiciones vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social, normas de la Función Pública y lineamientos internos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la E.S.E y, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos -SIGR.

Se realizó la auditoría bajo un enfoque sistemático, integral y basado en la gestión del riesgo, abarcando los procesos de SIAU, Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Servicios Farmacéuticos, Urgencias, Maternidad e Internación, Consulta Externa, Odontología, Auditoría de cuentas, Cartera, Facturación, Gestión de Talento Humano, Sistemas, Almacén, Mantenimiento y servicios generales, Sistema de gestión ambiental, Seguridad y salud en el trabajo, Contratación, Costos hospitalarios, Gestión documental.

El periodo auditado comprendió la vigencia 2025, e incluyó la revisión de documentos, registros, indicadores de gestión, evidencias de cumplimiento, entrevistas al personal responsable y observación directa de las actividades realizadas en cada área.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA	Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
		Página 5 de 52	

El alcance no contempló la revisión de actividades de contratación externa ni la evaluación de los resultados financieros finales, salvo cuando estos guardaron relación directa con el cumplimiento de los requisitos de calidad, normatividad o control interno.

HALLAZGOS DE LA AUDITORIA

PROCESO: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO - SIAU

Fecha de auditoria: 26 de junio de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:


- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ El servicio tiene documentado lo procesos y procedimientos que realiza el SIAU, como modelos y formatos de encuestas, PQRS, deberes y derechos de los usuarios, actas de apertura de buzón de sugerencias.
- ❖ Atiende de forma personalizada a los usuarios garantizando la oportuna canalización y resolución de quejas que se encuentran a su alcance.
- ❖ La organización cuenta con una asociación de usuarios legalmente constituida, un comité de ética Hospitalaria y un área de trabajo social.
- ❖ Se realizó en situ el proceso de auditoría, realizando la verificación del proceso.

RIESGO:

- ❖ El proceso de SIAU, actualmente presenta inoportunidad en la entrega de los informes solicitados por el ente Municipal, departamental y desde la oficina de control interno.

Matriz de Evaluación de Riesgos

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (P x I)	PRIORIZACIÓN
Retraso en la respuesta o gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRS)	4	5	20	Alto
Falta de registro adecuado de las PQRS en el sistema de información institucional	3	4	12	Medio
Incumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos por la Ley 1755 de 2015	4	5	20	Alto
Pérdida o extravío de documentos o soportes de PQRS	3	4	12	Medio
Deficiente comunicación con el usuario durante la atención o seguimiento de solicitudes	3	4	12	Medio

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 6 de 52	


Desactualización de la información institucional publicada para los usuarios	3	3	9	Medio
Falta de capacitación del personal en atención humanizada y normatividad del SIAU	3	4	12	Medio
Deficiente articulación entre el SIAU y las demás áreas asistenciales o administrativas	3	4	12	Medio
No análisis de tendencias ni elaboración de informes de gestión sobre PQRS	3	4	12	Medio
Riesgo de vulneración de datos personales del usuario por manejo inadecuado de información	3	5	15	Alto

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No se entregan oportunamente los informes de PQRSF, participación social solicitados por el ente Municipal, departamental y desde la oficina de control interno.
- ❖ Las fechas programadas en el cronograma de apertura de buzón de sugerencia no concuerdan con las registradas en las actas de apertura de buzón de sugerencias.
- ❖ No se observan evidencias actualizadas de la realización del plan de acción de la política de participación social en salud.
- ❖ No se evidencia actas de comité de humanización.
- ❖ No se evidencia soporte de actividades del programa de humanización según lo remitido.
- ❖ No se socializan los planes de mejora a los usuarios, ni en los comités institucionales.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Entregar oportunamente los informes de PQRSF y participación social solicitados por los entes municipales, departamentales y de control interno.	Coordinador SIAU	Junio 2025	Inmediato	Informes entregados en los plazos establecidos
Realizar la apertura del buzón de sugerencias según las fechas programadas y dejar actas de cada apertura.	Coordinador SIAU	Junio 2025	Inmediato	Actas de apertura archivadas y firmadas
Ejecutar las actividades del plan de acción de la política de participación social en salud y remitir evidencia al correo institucional.	Coordinador SIAU	Junio 2025	Inmediato	Actividades ejecutadas según cronograma
Elaborar las actas de comité de humanización y remitirlas al correo auditoriacalidadhla@gmail.com coninterno@hospitallocalaguachica.gov.co	Coordinador SIAU / Comité de Humanización	Junio 2025	Inmediato	Actas elaboradas y remitidas
Desarrollar las actividades del programa de humanización según lo planificado.	Coordinador SIAU / Comité de Humanización	Junio 2025	Inmediato	Cumplimiento del 100% de actividades del programa

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 7 de 52	

Socializar los planes de mejora con los usuarios y comités institucionales, dejando evidencia en actas.	Coordinador SIAU	Junio 2025	Inmediato	Planes socializados y evidenciados
Diseñar e implementar estrategias para la humanización de la atención en salud y promoción de derechos y deberes.	Comité de Humanización / SIAU	Junio 2025	Inmediato	Estrategias implementadas y evaluadas
Garantizar adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones realizadas por los usuarios.	Coordinador SIAU	Junio 2025	Inmediato	PQRS resueltas dentro de los plazos establecidos
Participar en reuniones del Comité de Ética Hospitalaria para tramitar inquietudes y quejas de los usuarios.	Coordinador SIAU / Comité Ética	Junio 2025	Inmediato	Actas de reunión y seguimiento a compromisos
Consolidar inquietudes y quejas recibidas, indicando responsables y soluciones implementadas.	Coordinador SIAU	Junio 2025	Inmediato	Consolidado mensual elaborado y archivado
Dar respuesta a las peticiones (PQR) de los usuarios dentro del tiempo establecido según la Ley 1755 de 2015.	Coordinador SIAU	Junio 2025	Inmediato	100% de PQR respondidas en los términos legales

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Sistema de Información y Atención al Usuario	6

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA


PROCESO	Nº DE ACCIONES
Sistema de Información y Atención al Usuario	11

PROCESO: LABORATORIO CLINICO

Fecha de auditoria: 24 de junio de 2025.

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ El personal contratado es idóneo para la prestación del servicio.
- ❖ Cuenta con algunos de los insumos para la prestación del servicio.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 8 de 52	

- ❖ El personal utiliza los elementos de protección personal durante el proceso.
- ❖ Cuenta con los manuales de procesos y procedimientos.

RIESGO:

- ❖ Adecuaciones de infraestructura no son aptas para la prestación del servicio, ni confidencialidad al momento de la toma de muestras vulnerando el derecho a la intimidad de los usuarios.
- ❖ La evaluación de riesgos se realizó utilizando una matriz de probabilidad e impacto, donde se valoró cada riesgo identificado en función de su probabilidad de ocurrencia y el impacto que tendría sobre la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

Matriz de Evaluación de Riesgos


RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (P X I)	PRIORIZACIÓN
Contaminación de muestras	4	5	20	Alto
Errores en la identificación de pacientes	3	5	15	Alto
Fallos en el mantenimiento de equipos	4	4	16	Alto
Inadecuada capacitación del personal	3	4	12	Medio
Falta de señalización adecuada	2	3	6	Bajo

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No cuenta con la certificación de ISO 9001:2015
- ❖ Infraestructura y Equipos (Resolución 3100 de 2019, Art. 7). Equipos de laboratorio como microscopio que se encuentran deteriorado o ya no funcionan.
- ❖ No cuenta con una cabina de bioseguridad para el análisis de pruebas microbiológicas

RECOMENDACIONES:

- ❖ Implementar un sistema de gestión de calidad como la Certificación ISO 9001:2015.
- ❖ Adquirir una cabina de bioseguridad para el análisis de pruebas microbiológicas
- ❖ Realizar programas de capacitación continua para el personal, asegurando la actualización en procedimientos y tecnologías del laboratorio clínico.
- ❖ Adquisición de microscopios y neveras para garantizar el buen funcionamiento del laboratorio.
- ❖ Establecer un programa de mantenimiento preventivo para todos los equipos de laboratorio y mejorar las condiciones de higiene y seguridad en las áreas de trabajo.
- ❖ Realizar las labores de mantenimiento necesarias a los equipos que se requiere.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 9 de 52	

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Implementar un sistema de gestión de calidad para el laboratorio clínico bajo la norma ISO 9001:2015 (Certificación).	Gerente / Subgerente	Junio de 2025	Inmediato	Sistema de gestión de calidad documentado e implementado según ISO 9001:2015
Adquirir equipos como microscopios, con el fin de garantizar el buen funcionamiento del laboratorio clínico.	Gerente / Subgerente	Junio de 2025	Inmediato	Equipos adquiridos y en funcionamiento
Adquirir una cabina de bioseguridad para el análisis de pruebas microbiológicas.	Gerente / Subgerente	Junio de 2025	Inmediato	Cabina de bioseguridad instalada y operativa

Estas acciones deben ser implementadas de manera prioritaria y coordinada para garantizar la mejora continua de los servicios prestados por el Laboratorio Clínico de la ESE Hospital Local de Aguachica y el Centro de Salud San Eduardo, cumpliendo así con los estándares de calidad y seguridad exigidos, contribuyendo así a la prestación de servicios de salud confiables y seguros para la comunidad.

ACCIONES RECOMENDADAS CONSIDERANDO LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 Y LA RESOLUCIÓN 1619 DE 2015:


Certificación de Equipamiento y Material: Verificar que todo el equipamiento y material utilizado en el laboratorio clínico cumpla con los requisitos establecidos en la Resolución 3100 de 2019 y en la Resolución 1619 de 2015, garantizando su idoneidad y calidad para la realización de procedimientos médicos.

Implementación de Procedimientos Estandarizados: Desarrollar y documentar procedimientos operativos estandarizados (POE) para todas las actividades llevadas a cabo en el laboratorio clínico, siguiendo las directrices establecidas en la Resolución 1619 de 2015, con el fin de asegurar la calidad, trazabilidad y reproducibilidad de los resultados.

Validación de Procedimientos Analíticos: Realizar la validación de todos los procedimientos analíticos utilizados en el laboratorio clínico de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Resolución 1619 de 2015, garantizando la precisión, exactitud y fiabilidad de los resultados obtenidos.

Mantenimiento de la Cadena de Frío: Implementar medidas para garantizar el mantenimiento de la cadena de frío durante el transporte, almacenamiento y manipulación de muestras biológicas, en cumplimiento con los requisitos establecidos en la Resolución 1619 de 2015, asegurando así la integridad y estabilidad de las muestras.

Capacitación del Personal: Capacitar al personal del laboratorio clínico en los requisitos y procedimientos establecidos en las Resoluciones 3100 de 2019 y 1619 de 2015, asegurando su

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 10 de 52	

cumplimiento y promoviendo una cultura de calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud.

Mantenimiento de Registros: Establecer un sistema de registro y documentación que cumpla con los requisitos de trazabilidad y seguimiento establecidos en la Resolución 1619 de 2015, garantizando la integridad y confidencialidad de la información generada en el laboratorio clínico.

Auditoría Interna y Externa: Realizar auditorías internas y externas periódicas para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en las Resoluciones 3100 de 2019 y 1619 de 2015, así como para identificar áreas de mejora y oportunidades de optimización en los procesos del laboratorio clínico.

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Laboratorio Clínico	3

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	Nº DE ACCIONES
Laboratorio Clínico	3

PROCESO: RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICA


Fecha de auditoria: 22 de junio de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ El personal contratado es idóneo para la prestación del servicio.
- ❖ Cuenta con algunos los insumos para la prestación del servicio.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO:

- ❖ Riesgo de efectos adversos en la salud de los pacientes debido a prácticas inadecuadas en el manejo de equipos de radiología.
- ❖ Riesgo de enfermedades profesionales y efectos agudos en la salud de los trabajadores debido a exposiciones prolongadas a radiación.
- ❖ Riesgo de sanciones y pérdida de habilitación por incumplimiento de normativas.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoría
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 11 de 52	

Evaluación y Priorización de Riesgos

Para cada riesgo identificado, se evaluará la probabilidad de ocurrencia y el impacto en una escala del 1 al 5, donde 1 es bajo y 5 es alto.

RIESGO	PROBABILIDAD (P)	IMPACTO (I)	NIVEL DE RIESGO (N = P X I)	PRIORIZACIÓN
Falta de Sistema de Comunicación	3	3	9	Medio
Exceso de Tareas y Falta de Vacaciones para Técnicos	4	4	16	Alto
Realización de Exceso de Tomografías	4	5	20	Alto
Ausencia de Vigilancia y Control de Radiación (Dosímetro Personal)	5	5	25	Alto
Insuficiencia de Equipamiento de Protección (Chaleco Plomado)	4	4	16	Alto
Condiciones Ambientales Inadecuadas (Falta de Termo Higrómetro)	3	3	9	Medio
Retraso en la Entrega de Resultados	3	4	12	Medio


Priorización de Riesgos

Los riesgos están priorizados según su nivel de riesgo (N). Los riesgos con mayor nivel de riesgo serán abordados primero.

1. **Ausencia de Vigilancia y Control de Radiación (Dosímetro Personal)** - Nivel de Riesgo: 25
2. **Realización de Exceso de Tomografías** - Nivel de Riesgo: 20
3. **Exceso de Tareas y Falta de Vacaciones para Técnicos** - Nivel de Riesgo: 16
4. **Insuficiencia de Equipamiento de Protección (Chaleco Plomado)** - Nivel de Riesgo: 16
5. **Retraso en la Entrega de Resultados** - Nivel de Riesgo: 12
6. **Falta de Sistema de Comunicación** - Nivel de Riesgo: 9
7. **Condiciones Ambientales Inadecuadas (Falta de Termo Higrómetro)** - Nivel de Riesgo: 9

NO CONFORMIDAD:

- ❖ El área de radiología no cuenta con un sistema de comunicación eficiente, lo cual afecta la coordinación y la seguridad en la prestación del servicio.
- ❖ Solo se cuenta con dos técnicos para realizar las diferentes tomas de radiografías, quienes no han recibido vacaciones conforme a lo establecido en la normativa vigente (Ley 1952 de 2019, Art. 12).
- ❖ Se realizan más tomas de rayos X de las permitidas por técnico, lo que incrementa el riesgo de exposición a radiación.
- ❖ No se garantiza la vigilancia y control para los funcionarios del área. Las personas encargadas del proceso no poseen un dosímetro personal para la medición periódica de radiaciones ionizantes, lo que es una obligación según la Resolución 482 de 2018, Art. 10.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 12 de 52	


- ❖ No se cuenta con el equipamiento de Protección para los usuarios, solo cuentan con un chaleco plomado para la prestación de servicios. Según la normativa, se deben tener al menos dos chalecos plomados disponibles (Resolución 3100 de 2019, Anexo Técnico).
- ❖ El área no cuenta con un dosímetro ambiental para medir las radiaciones que genera el equipo, además no hay termo higrómetro para medir la temperatura del ambiente y la humedad relativa, incumpliendo con las condiciones de control ambiental requeridas.
- ❖ La oportunidad en la solicitud de citas para rayos X se encuentra a 3 días, sin embargo, el indicador de entrega de resultados de la lectura está mayor a 15 días, lo cual supera el tiempo recomendado por la normativa.
- ❖ Actualmente el equipo de rayos x del hospital está presentando fallas debido al deterioro por tiempo de utilidad, por lo tanto, es necesario el cambio y actualización del mismo para mejorar el servicio de imágenes diagnósticas.
- ❖ En cuanto a la infraestructura la sala de rayos x presenta deterioro, falta de mantenimiento, paredes en mal estado, goteras entre otras.
- ❖ La lámpara la cual nos indica en el momento exacto cuando está siendo irradiada la zona no cumple con los criterios establecidos, para garantizar la señalización a la radiación ionizante.

RECOMENDACIONES:

- ❖ Establecer un sistema de comunicación interno eficiente para mejorar la coordinación y la seguridad en el área de radiología.
- ❖ Asignar vacaciones a los técnicos conforme a la normativa vigente y contratar personal adicional si es necesario para garantizar la continuidad del servicio.
- ❖ Implementar un programa de monitoreo de exposición a radiación y asegurar que todos los técnicos cuenten con dosímetros personales.
- ❖ Adquirir un segundo chaleco plomado para cumplir con las normas de protección radiológica.
- ❖ Instalar un dosímetro ambiental y termo higrómetro en el área de radiología para controlar la temperatura y la humedad relativa.
- ❖ Optimizar el proceso de interpretación y entrega de resultados de rayos X para reducir el tiempo de espera a menos de 3 días.
- ❖ Se sugiere priorizar de forma urgente la adquisición de un equipo para la toma de rayos X.
- ❖ Se sugiere priorizar de forma urgente mantenimiento a la infraestructura la sala de rayos X, debido a que presenta deterioro, paredes en mal estado, goteras entre otras.
- ❖ Colocar una lámpara que indique el momento exacto cuando está siendo irradiada la zona, que sirva como señalización a la radiación ionizante.

PLAN DE ACCIÓN:


ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
--------	-------------	-----------------	-----------------------	---------------------------

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 13 de 52	

Implementación de sistema de comunicación	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Mejora en la coordinación del servicio
Asignación de vacaciones y contratación de personal adicional	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Técnicos con vacaciones al día
Garantizar el número máximo para la toma de Rx según lo permitido por la norma.	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Toma de Rx según la normatividad
Programa de monitoreo de exposición a radiación – Adquisición de dosímetros personal	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Dosímetros en uso por todo el personal
Adquisición de chaleco plomado adicional	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Disponibilidad de dos chalecos plomados
Adquisición e Instalación de dosímetro ambiental y termo higrómetro	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Condiciones ambientales controladas
Optimización de entrega de resultados	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Reducción del tiempo de entrega de resultados
Adquisición de un equipo para la toma de rayos X	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Adquisición del equipo de Rayos X
Realizar mantenimiento a la infraestructura la sala de rayos X, debido a que presenta deterioro, paredes en mal estado, goteras entre otras.	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Instalación con adecuación requerida de acuerdo a la norma.
Colocar una lampara que indique el momento exacto cuando está siendo irradiada la zona, que sirva como señalización a la radiación ionizante.	Gerente Subgerente	Junio 2025	Inmediato	Adquisición de lámpara acorde a la norma.

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Servicio de Radiología e Imágenes diagnósticas	10

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 14 de 52	

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	N.º DE ACCIONES
Servicio de Radiología e Imágenes diagnósticas	10

PROCESO: SERVICIO FARMACEUTICO

Fecha de auditoria: 23 de junio de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:


- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ El personal contratado es idóneo para la prestación del servicio.
- ❖ Cuenta con los insumos para la prestación del servicio.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO:

- ❖ Pendiente modificar la resolución de manejo de medicamentos de control especial por parte de la secretaria de salud Departamental.
- ❖ Actualizar inventario en el sistema de información RFAST.
- ❖ La evaluación de riesgos del servicio farmacéutico se realizó utilizando una matriz de probabilidad e impacto, en la cual se valoraron los riesgos identificados en función de su probabilidad de ocurrencia y del impacto que podrían tener sobre la calidad del servicio, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo.

Matriz de Evaluación de Riesgos

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (P x I)	PRIORIZACIÓN
Desabastecimiento de medicamentos esenciales	4	5	20	Alto
Error en la dispensación de medicamentos	3	5	15	Alto
Deterioro o vencimiento de medicamentos	3	4	12	Medio
Falla en la cadena de frío de medicamentos termolábiles	4	5	20	Alto
Pérdida o extravío de medicamentos de control especial	2	5	10	Medio
Inadecuado registro y trazabilidad de medicamentos	3	4	12	Medio
Falta de mantenimiento preventivo de estanterías y equipos	2	3	6	Bajo

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 15 de 52	

Accidentes laborales por malas condiciones ergonómicas	3	3	9	Medio
--	---	---	---	-------

NO CONFORMIDAD:


- ❖ No están actualizados los manuales del servicio farmacéutico, refiere que están en proceso.
- ❖ Se encuentran en mal estado los estantes y puerta del servicio.
- ❖ La resolución de manejo de medicamentos de control especial se encuentra vigente, pero se debe modificar ya que se encuentran con los nombres del gerente y regente de farmacia anteriores.
- ❖ Las actas de comité de farmacia, están nombradas como seguridad del paciente.
- ❖ Refieren que necesitan una silla ergonómica y un computador para la realización de las actividades diarias.

RECOMENDACIONES:

- ❖ Actualizar los manuales del servicio farmacéutico de acuerdo al nivel de complejidad de la ESE.
- ❖ Realizar mantenimiento a los estantes y puerta del servicio de farmacia.
- ❖ Solicitar visita a los responsables de la SSD para la actualización de la resolución de manejo de medicamentos de control especial que incluya los nombres del gerente y regente de farmacia actuales.
- ❖ Ajustar el nombre de las actas de comité de farmacia, están nombradas como seguridad del paciente.
- ❖ Adquisición de una silla ergonómica y un computador para la realización de las actividades diarias.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Actualizar los manuales del servicio farmacéutico de acuerdo al nivel de complejidad de la E.S.E.	Gerente / Regente de Farmacia	Junio de 2025	Inmediato	Manuales actualizados y aprobados según nivel de complejidad
Realizar mantenimiento a los estantes y puerta del servicio de farmacia.	Gerente / Mantenimiento / Regente de Farmacia	Junio de 2025	Inmediato	Estantes y puerta en óptimo estado de conservación
Solicitar visita a los responsables de la SSD para la actualización de la resolución de manejo de medicamentos de control especial que incluya los nombres del gerente y regente de farmacia actuales.	Gerente / Regente de Farmacia	Junio de 2025	Inmediato	Resolución actualizada con nombres vigentes
Ajustar el nombre de las actas del	Regente de	Junio de 2025	Inmediato	Actas correctamente

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 16 de 52	

Comité de Farmacia, actualmente identificadas como de Seguridad del Paciente.	Farmacia / Calidad			denominadas y archivadas
Adquisición de una silla ergonómica y un computador para la realización de las actividades diarias.	Gerente / Subgerente Administrativo	Junio de 2025	Inmediato	Equipos adquiridos y en uso

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Servicio Farmacéutico	5

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	Nº DE ACCIONES
Servicio Farmacéutico	5

PROCESO: URGENCIAS MATERNIDAD E INTERNACIÓN

Fecha de auditoria: 25 de junio de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:


- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ El personal contratado es idóneo para la prestación del servicio.

RIESGO:

- ❖ La evaluación de riesgos de los servicios de Urgencias, Maternidad e Internación se realizó utilizando una matriz de probabilidad e impacto, donde se valoró cada riesgo identificado en función de su probabilidad de ocurrencia y del impacto que tendría sobre la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

Matriz de Evaluación de Riesgos


RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (P x I)	PRIORIZACIÓN
Retraso en la atención de pacientes críticos	4	5	20	Alto
Fallas en la disponibilidad de personal asistencial	4	4	16	Alto

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 17 de 52	


Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	3	5	15	Alto
Falla en el suministro de oxígeno o energía eléctrica	3	5	15	Alto
Ruptura en la cadena de custodia de medicamentos o insumos	3	4	12	Medio
Error en la administración de medicamentos	3	5	15	Alto
Insuficiencia de camas o equipos durante alta demanda	4	4	16	Alto
Deficiencias en la limpieza y desinfección de áreas	3	4	12	Medio
Riesgo biológico por exposición a fluidos corporales	4	5	20	Alto
Falta de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos	2	4	8	Bajo

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No se evidencia condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección. Las paredes de los consultorios, baños y sala de observaciones se encuentran deterioradas, algunas con presencia de hongos.
- ❖ El servicio de Urgencia no cuenta con baño para discapacitados.
- ❖ El servicio de Urgencia no cuenta con un ambiente exclusivo para el lavado y desinfección de patos, los cuales deben tener duchas o aspersores tipo ducha teléfono.
- ❖ Los aires y ventiladores de todos los servicios necesitan mantenimiento.
- ❖ No se evidencia entrega de turnos por parte de los Médicos en el servicio de Urgencia.
- ❖ En todos los servicios no se cuenta con las herramientas e insumos para dar cumplimiento del protocolo de lavado de manos.
- ❖ No se evidencia Calibración de los equipos de Gases medicinales.
- ❖ Las habitaciones del servicio de urgencias los baños no tienen las medidas para personal discapacitados, las puertas no abren hacia afuera como lo describe la norma y no hay timbre en los baños, los atriles se encuentran oxidados, los baños no tienen ducha teléfono, no cuentan con protocolo de lavado de manos.
- ❖ Se evidencia poca adherencia del personal con el cumplimiento de las normas de bioseguridad, se encontraron médicos sin batas y algunas auxiliares de enfermería con aretes y cadenas no aptas para la realización de los procedimientos asistenciales propias del servicio.
- ❖ No se evidencia registro de entrega de turnos por parte del personal médico
- ❖ Las toallas de secado se encontraron fuera del porta papel.
- ❖ No se ha implementado la escala de valoración de riesgo de caída de Downton.
- ❖ Los timbres de llamado de las habitaciones de internación no están funcionando.
- ❖ No se cuenta con inmovilizadores pediátricos de fácil limpieza para la canalización
- ❖ No se cuenta con un ambiente para el lavado de patos en los servicios de urgencias, maternidad e internación.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	Descripción	Informe de Auditoria	
	Fecha	02-01-2025	
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 18 de 52	


- ❖ Las habitaciones del servicio de internación, los controles de las camas no funcionan, los cables están enredados, sueltos y libres del aislante que lo recubre
- ❖ No hay locación para áreas limpias, ni para áreas sucias.
- ❖ En puerperio no hay baño para cambiar, ni bañar a los recién nacidos.
- ❖ No hay área para preparación de leche de fórmula.
- ❖ En la habitación de aislados se encuentran 2 camas no hay ventiladores, los colchones están en mal estado.
- ❖ En la habitación señalizada como: Puerperio 1, solo hay un ventilador para dos camas, colchones en mal estado, no hay timbre, los tableros de identificación están manchados, no hay ducha teléfono.
- ❖ En la habitación señalizada como: Puerperio 2, solo hay un ventilador para dos camas, colchones en mal estado, no hay timbre, los tableros de identificación están manchados, no hay ducha teléfono, la toma corriente está abierto, situación que genera riesgos a los pacientes.
- ❖ En la habitación señalizada como: Mujeres, colchones en mal estado, no hay timbre, los tableros de identificación están manchados, no hay ducha teléfono, las paredes están sucias falta pintura, las cortinas están rotas y sucias.
- ❖ En la habitación señalizada como: Hombres (1), colchones en mal estado, no hay timbre, los tableros de identificación están manchados, si hay ducha teléfono, solo tiene un ventilador para dos camas, las cortinas están rotas y sucias.
- ❖ Las habitaciones de internación ubicadas en el segundo piso de forma general, cada una tiene 2 ventiladores y son habitaciones de 2 camas, sin ducha teléfono y no funcionan los dispensadores de jabón no hay dispensadores para toalla de secado, los baños se ven oxidados.
- ❖ En el consultorio de maternidad la camilla que está no es la adecuada para atender a las maternas, es incomoda, bajita y está la colchoneta deteriorada.
- ❖ No se cuenta señalizada el área de maternidad
- ❖ La alta rotación del personal no permite la continuidad de los procesos en el servicio.
- ❖ Las camas y camillas del servicio de urgencias no cuentan con sabanas.
- ❖ No cuenta con procedimiento para referir y recibir a un usuario a servicios de consulta externa u hospitalización de cualquier complejidad.
- ❖ No este documentado ni se tiene insumos para el Sistema de inmovilización segura de usuarios para cuando su condición clínica lo requiera.
- ❖ No está documentado las guías y protocolos de atención en paciente agitado, intento de suicidio, síndrome de abstinencia a sustancia psicoactivas.
- ❖ No está documentado el procedimiento para recibir a un usuario referido de servicios de consulta externa u hospitalización de salud mental de cualquier complejidad.
- ❖ No hay documento actualizado de planes para emergencias internas y externas.
- ❖ No este documentado el protocolo para la donación de órganos.
- ❖ No se tiene un protocolo para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre.
- ❖ La institución no garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para servicios de alimentación, ya sea que se preste de manera directa o contratada y no tiene documentado los

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 19 de 52	


siguientes protocolos: Manejo nutrición enteral para los pacientes, según las principales patologías que maneja la institución, Preparación de dietas para la alimentación vía oral.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Garantizar el orden, limpieza y desinfección de cada una de las áreas de la organización.	Gerente / Coordinadores de servicio	Junio de 2025	Inmediato	Áreas limpias y desinfectadas según cronograma institucional
Adecuar un baño para los discapacitados según lineamientos normativos.	Gerente / Mantenimiento	Junio de 2025	Inmediato	Baño adaptado y en funcionamiento
Realizar seguimiento al cumplimiento de normas de bioseguridad al personal médico y de enfermería.	Subgerente / Calidad	Junio de 2025	Inmediato	Cumplimiento del 100% en rondas de bioseguridad
Implementar registro de entrega de turnos del personal médico.	Subgerente / Talento Humano	Junio de 2025	Inmediato	Registro diligenciado y archivado diariamente
Conseguir portapapel para almacenamiento de toallas de secado.	Gerente / Almacén	Junio de 2025	Inmediato	Portapapeles instalados en las áreas de lavado
Implementar y parametrizar en RFAST la escala de valoración de riesgo de caída de Downton.	Subgerente / Sistemas / Calidad	Junio de 2025	Inmediato	Escala parametrizada y en uso en el sistema
Garantizar el funcionamiento de timbres en habitaciones de internación.	Mantenimiento / Subgerente	Junio de 2025	Inmediato	Timbres operativos en todas las habitaciones
Adquirir inmovilizadores pediátricos de fácil limpieza para canalización.	Gerente / Almacén	Junio de 2025	Inmediato	Inmovilizadores adquiridos y en uso
Instalar duchas teléfonos en baños de urgencias, internación y maternidad.	Mantenimiento	Junio de 2025	Inmediato	Duchas operativas en todas las áreas requeridas
Arreglar controles, timbres y colchonetas de camas en urgencias e internación.	Mantenimiento / Subgerente	Junio de 2025	Inmediato	Camas y equipos en correcto funcionamiento
Definir y señalizar área limpia y área sucia.	Calidad / Mantenimiento	Junio de 2025	Inmediato	Áreas correctamente señalizadas y diferenciadas
Adaptar espacio en habitaciones de puerperio para baño y cambio de recién nacidos.	Mantenimiento / Enfermería	Junio de 2025	Inmediato	Espacio adaptado y en funcionamiento
Destinar área para preparación de leche de fórmula.	Gerente / Enfermería	Junio de 2025	Inmediato	Área habilitada según normas de bioseguridad
Arreglar colchonetas, colocar	Mantenimiento /	Junio de	Inmediato	Habitaciones con

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 20 de 52	

ventiladores, duchas teléfonos, timbres y tableros de identificación.	Subgerente	2025		dotación completa
Adquirir camilla adecuada para consultorio de maternidad.	Gerente / Almacén	Junio de 2025	Inmediato	Camilla instalada y en uso
Señalizar adecuadamente el área de maternidad.	Calidad / Mantenimiento	Junio de 2025	Inmediato	Área señalizada según lineamientos de seguridad
Garantizar insumos para cumplimiento del protocolo de lavado de manos.	Gerente / Almacén / Calidad	Junio de 2025	Inmediato	Insumos disponibles en todos los puntos de atención
Calibrar equipos de gases medicinales de manera urgente.	Mantenimiento / Gerente	Junio de 2025	Inmediato	Equipos calibrados con soporte técnico
Evaluar adherencia del personal a protocolos del servicio.	Calidad / Coordinadores	Junio de 2025	Inmediato	Informe de adherencia elaborado
Garantizar continuidad del personal para fortalecer adherencia a procesos.	Gerente / Talento Humano	Junio de 2025	Inmediato	Personal estable en los servicios críticos
Garantizar dotación de sábanas para camas y camillas de urgencias.	Gerente / Almacén	Junio de 2025	Inmediato	Dotación completa y en uso
Documentar procedimiento para referir y recibir usuarios entre servicios.	Calidad / Coordinadores	Junio de 2025	Inmediato	Procedimiento documentado y socializado
Documentar y solicitar insumos para sistema de inmovilización segura de usuarios.	Gerente / Calidad / Almacén	Junio de 2025	Inmediato	Sistema documentado y funcional
Adoptar y elaborar guías de atención para paciente agitado, intento de suicidio y síndrome de abstinencia.	Calidad / Psiquiatría / Medicina	Junio de 2025	Inmediato	Guías elaboradas y vigentes
Documentar procedimiento de recepción de usuarios remitidos de salud mental.	Calidad / Coordinadores	Junio de 2025	Inmediato	Procedimiento implementado y socializado
Actualizar planes de emergencias internas y externas.	Seguridad y Salud / Calidad	Junio de 2025	Inmediato	Plan actualizado y aprobado
Documentar protocolo para donación de órganos.	Calidad / Coordinación Médica	Junio de 2025	Inmediato	Protocolo institucional vigente
Garantizar dotación e insumos que aseguren atención segura al paciente.	Gerente / Almacén / Calidad	Junio de 2025	Inmediato	Dotación completa y verificada
Diseñar protocolo para identificación de pacientes sin documento o con nombres similares.	Calidad / Sistemas	Junio de 2025	Inmediato	Protocolo implementado y parametrizado
Cumplir requisitos sanitarios en servicio de alimentación institucional.	Gerente / Nutrición / Calidad	Junio de 2025	Inmediato	Cumplimiento verificado por autoridad sanitaria
Garantizar suministro continuo de alimentación a pacientes hospitalizados.	Gerente / Nutrición	Junio de 2025	Inmediato	Alimentación suministrada sin interrupción

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 21 de 52	

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Servicio de Urgencias e Internación	37

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	N.º DE ACCIONES
Servicio de Urgencias e Internación	31

PROCESO: CONSULTA EXTERNA

Fecha de auditoria: 24 de junio de 2025


ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ Cuenta con un líder en el proceso
- ❖ El personal contratado es idóneo para la prestación del servicio.
- ❖ Se aprobó por acto administrativo la adopción de guías de manejo clínico según la morbilidad presentada en el año 2025.

RIESGO:

- ❖ Cuenta con los manuales de procesos y procedimientos, más no están actualizados para la vigencia 2025.

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (P x I)	PRIORIZACIÓN
Retraso en la atención de los pacientes por sobrecupo o déficit de profesionales.	4	5	20	Alto
Falta de disponibilidad de consultorios adecuados o de insumos médicos básicos.	4	4	16	Alto
Historia clínica incompleta o con registros desactualizados en el sistema de información.	4	4	16	Alto
Incumplimiento de los protocolos clínicos establecidos o guías de práctica médica.	3	4	12	Medio
Pérdida o inconsistencia de la información en el sistema de registro (RIPS, RFAST).	3	4	12	Medio
Falta de adherencia a las normas de bioseguridad durante la atención.	3	5	15	Alto

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 22 de 52	


Escasa humanización en la atención o deficiencias en la comunicación con el paciente.	3	4	12	Medio
Interrupciones del servicio por fallas eléctricas o tecnológicas.	3	3	9	Medio
No seguimiento a pacientes con patologías crónicas o controles programados.	4	4	16	Alto
Desabastecimiento de medicamentos o insumos para tratamientos ambulatorios.	3	4	12	Medio

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No se encuentran actualizados los protocolos de atención de acuerdo al perfil epidemiológico identificado en los servicios de consulta externa de medicina general, urgencias, internación y de salud pública de la vigencia 2025.
- ❖ No se encuentran socializados los protocolos de atención de acuerdo al perfil epidemiológico identificado en los servicios de consulta externa de medicina general, urgencias, internación y de salud pública. de la vigencia 2025.
- ❖ No se encuentran evaluados los protocolos de atención de acuerdo al perfil epidemiológico identificado en los servicios de consulta externa de medicina general, urgencias, internación y de salud pública. de la vigencia 2025.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Actualizar los protocolos de atención de acuerdo con el perfil epidemiológico identificado en los servicios de consulta externa de medicina general, urgencias, internación y salud pública, vigencia 2025.	Coordinador Médico / Subgerente Científico	Junio 2025	Inmediato	Protocolos actualizados y aprobados en comité científico
Socializar los protocolos de atención actualizados con el personal médico y de enfermería de los servicios de consulta externa, urgencias, internación y salud pública.	Coordinador Médico / Calidad	Junio 2025	Inmediato	Actas de socialización firmadas y archivadas
Evaluar la adherencia a los protocolos de atención de acuerdo con el perfil epidemiológico identificado, verificando su aplicación en los servicios mencionados.	Auditor Médico / Calidad	Junio 2025	Permanente	Informe de adherencia elaborado y presentado a la gerencia
Realizar auditoría periódica de historias clínicas por médicos, para verificar el correcto diligenciamiento y la calidad del dato.	Auditor Médico / Coordinador de Calidad	Junio 2025	Permanente	Porcentaje \geq 95% de historias diligenciadas correctamente
Capacitar continuamente y actualizar al	Subgerente	Junio	Permanente	Cumplimiento del

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 23 de 52	

personal médico en temas clínicos y normativos de interés institucional.	Científico / Talento Humano	2025		100% del plan anual de capacitación
--	-----------------------------	------	--	-------------------------------------

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Servicio de Consulta externa	3

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	N.º DE ACCIONES
Servicio de Consulta externa	5

PROCESO: ODONTOLOGIA

Fecha de auditoria: 25 de junio de 2025


ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ El personal contratado es idóneo para la prestación del servicio.
- ❖ El personal utiliza los elementos de protección personal durante el proceso.

RIESGO:

- ❖ El espacio locativo del área de la odontología de la sede principal es muy reducido, se debe garantizar mantenimiento a las unidades odontológicas de todas las sedes, lo anterior debido a que se encuentran en malas condiciones para la prestación del servicio se evidencia oxidada. No se evidencia sistema de secado para garantizar el protocolo de lavado de manos.

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (P x I)	PRIORIZACIÓN
Fallas en la esterilización y control de infecciones cruzadas durante la atención odontológica.	4	5	20	Alto
Daño o calibración inadecuada de equipos odontológicos (autoclave, compresor, unidad dental).	4	4	16	Alto
Desabastecimiento de insumos, materiales	4	4	16	Alto

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 24 de 52	


odontológicos o elementos de bioseguridad.				
Falta de mantenimiento preventivo de instrumental y equipos.	3	4	12	Medio
Retrasos en la atención por fallas técnicas, eléctricas o de infraestructura.	3	4	12	Medio
Inadecuado registro clínico odontológico o ausencia de historia clínica digital completa.	3	4	12	Medio
Inadecuado manejo de residuos biosanitarios generados durante la atención.	3	4	12	Medio
No cumplimiento de los protocolos de bioseguridad y lavado de manos.	4	5	20	Alto
Riesgo de exposición ocupacional del personal odontológico a fluidos biológicos.	4	5	20	Alto
Falta de seguimiento postoperatorio o de control a los pacientes intervenidos.	3	4	12	Medio

NO CONFORMIDAD:

- ❖ Los manuales de procesos y procedimientos no se encuentran actualizados.
- ❖ No se cuenta con toallas de secado para el lavado de manos.
- ❖ No se realiza evaluación de adherencia a los protocolos.
- ❖ No se realiza medición de adherencia a las GPC de las principales causas de morbilidad de odontología.
- ❖ El espacio locativo es muy reducido.
- ❖ Las unidades odontológicas de todas las sedes se encuentran en malas condiciones para la prestación del servicio se evidencia oxidada.
- ❖ No se encuentra independizado el área de lavado de material con el área de esterilización.

PLAN DE ACCIÓN:

- ❖ Actualizar y socializar los manuales de procesos y procedimientos.
- ❖ Garantizar los insumos para el cumplimiento del protocolo de lavados de manos.
- ❖ Realizar evaluación de adherencia al personal.
- ❖ Realizar la implementación de la medición de adherencia a las GPC de las principales causas de morbilidad de odontología.
- ❖ Adecuar un ambiente exclusivo para el lavado de material odontológico y la esterilización.
- ❖ Solicitar a farmacia los insumos necesarios para la prestación del servicio.
- ❖ Se debe reubicar el área de odontología.
- ❖ Garantizar el mantenimiento de la unidad odontológica.

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA	Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
		Página 25 de 52	

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Servicio de Odontología	7

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	N.º DE ACCIONES
Servicio de Odontología	8

PROCESO: AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

Fecha de auditoria: 26 de junio de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:


- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ El proceso cuenta con un líder.

RIESGO:

- ❖ No cuenta con los manuales de procesos y procedimientos.

Matriz de Evaluación de Riesgos

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (P x I)	PRIORIZACIÓN
Errores en la revisión y validación de las cuentas médicas que generan glosas o devoluciones.	4	5	20	Alto
Falta de soporte clínico o documental que respalde los servicios facturados.	4	4	16	Alto
Retrasos en la auditoría y radicación de cuentas ante las entidades responsables de pago.	4	4	16	Alto
Inconsistencias entre los registros clínicos y los valores facturados.	4	4	16	Alto
Desactualización en la normatividad o manual tarifario (SOAT, ISS, MIPRES, PBS).	3	4	12	Medio
Deficiente articulación entre los procesos asistenciales, facturación y auditoría.	3	4	12	Medio
Falta de trazabilidad en el proceso de auditoría por fallas en el sistema de información.	3	4	12	Medio
Pérdida o extravío de documentos durante el	3	3	9	Medio

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 26 de 52	


proceso de revisión y conciliación.				
No aplicación o seguimiento de las acciones correctivas derivadas de hallazgos reiterativos.	3	4	12	Medio
Riesgo de sesgo o falta de objetividad en el proceso auditor.	2	4	8	Bajo

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No se evidencia el Informe mensual del cumplimiento de metas (Porcentual) de PE y DT especificado por EAPB y plan de mejoramiento para aquellas actividades que no cumplan.
- ❖ No se evidencia el consolidado de glosas mensuales especificado por EAPB, por procedimiento y por contrato. Plan de mejoramiento.
- ❖ No se evidencia conciliación de Glosas con las diferentes EAPB, ni Estrategias de conciliación.
- ❖ No se evidencia el Plan de capacitaciones del proceso de cuentas médicas y sus respectivas actas de socialización.
- ❖ No se evidencia Auditorias concurrentes en los diferentes servicios de la institución con el objetivo de disminuir las glosas.
- ❖ No se evidencia Informes de auditorías realizadas a los procesos asistenciales con el fin de disminuir las glosas.
- ❖ No se evidencia registros estandarizados y socializados de los diferentes procedimientos según lo estipulado en la normatividad vigente.
- ❖ No se evidencia Seguimiento al proceso de referencia y contrareferencia en lo referente al TAB y sus registros.
- ❖ No se evidencia Informes de gestión del proceso de Auditoría de cuentas médicas a la alta dirección.
- ❖ No se evidencia el Consolidado de glosas por Régimen.
- ❖ No realizan Indicador de la facturación eficiente de acuerdo a las glosas generadas en el periodo, discriminada por régimen.
- ❖ No se tiene documentado el Procedimiento de SOAT.
- ❖ No está la Parametrización en el sistema de información del proceso de auditorías de cuentas médicas.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Realizar de forma mensual el informe de cumplimiento de metas (porcentual) de PE y DT especificado por EAPB y plan de mejoramiento para las actividades que no cumplan.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Mensual	Informe de metas elaborado y remitido en los tiempos establecidos
Elaborar mensualmente el consolidado de glosas especificado por EAPB, por	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Mensual	Consolidado de glosas actualizado y plan de

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 27 de 52	


procedimiento y por contrato, con su respectivo plan de mejoramiento.				mejora ejecutado
Realizar conciliación de glosas con las diferentes EAPB y documentar las estrategias de conciliación.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Trimestral	Actas de conciliación firmadas y archivadas
Desarrollar el plan de capacitaciones del proceso de cuentas médicas y elaborar las respectivas actas de socialización.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Inmediato	Capacitaciones ejecutadas y actas disponibles
Ejecutar auditorías concurrentes en los diferentes servicios asistenciales con el fin de disminuir glosas.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Permanente	Informe de auditorías concurrentes con hallazgos y acciones correctivas
Elaborar informes de auditorías realizadas a procesos asistenciales orientados a la reducción de glosas.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Mensual	Informes emitidos y socializados
Estandarizar y socializar los registros de los diferentes procedimientos según normatividad vigente.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Inmediato	Formatos estandarizados y divulgados
Realizar seguimiento al proceso de referencia y contrarreferencia en lo referente a TAB y registros.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Permanente	Registros completos y verificados
Elaborar informes de gestión del proceso de Auditoría de Cuentas Médicas dirigidos a la alta dirección.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Trimestral	Informes entregados a la gerencia con evidencias de mejora
Consolidar las glosas por régimen y tipo de contrato.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Mensual	Consolidado actualizado y firmado
Medir el indicador de facturación eficiente conforme a las glosas generadas por periodo y régimen.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Mensual	Indicador calculado y reportado
Documentar y actualizar el procedimiento de SOAT.	Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Inmediato	Procedimiento documentado y vigente
Parametrizar en el sistema de información el proceso de auditorías de cuentas médicas.	Profesional de Sistemas / Auditoría de cuentas medica	Junio 2025	Inmediato	Sistema actualizado y operativo

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Auditoría de cuentas medicas	13

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	Nº DE ACCIONES

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA	Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
		Página 28 de 52	

Auditoría de cuentas medicas	13
------------------------------	----

PROCESO: FACTURACIÓN

Fecha de auditoria: 26 de junio de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:


- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ El proceso cuenta con un líder de facturación.
- ❖ Se tiene al día la generación de cuentas por empresas, radicado de facturas, elaboración de RIPS.
- ❖ Se realiza el proceso de admisión, autorización de servicios hospitalarios según lo estipula la Resolución 2335 de 2023.

RIESGO:

- ❖ No tienen los procesos del área actualizados ni socializados.

Matriz de Evaluación de Riesgos

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (P x I)	PRIORIZACIÓN
Errores en la digitación o registro de los servicios prestados en el sistema de información.	4	5	20	Alto
Facturación incompleta o con falta de soportes clínicos requeridos.	4	5	20	Alto
Retrasos en el proceso de facturación que afectan el flujo financiero institucional.	4	4	16	Alto
Glosas recurrentes por errores de codificación, desactualización tarifaria o inconsistencia documental.	4	5	20	Alto
Falta de control sobre las fechas de radicación ante las EAPB.	3	4	12	Medio
Pérdida o extravío de facturas físicas o digitales.	3	4	12	Medio
Deficiente articulación entre los procesos de facturación, cartera y auditoría.	3	4	12	Medio
Desactualización del personal en normatividad vigente o manejo del manual tarifario (SOAT, ISS, MIPRES).	3	4	12	Medio
Fallas tecnológicas en el sistema de información que afecten el registro y consolidación de facturas.	3	4	12	Medio

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 29 de 52	

Ausencia de seguimiento a los indicadores de eficiencia del proceso de facturación.	3	4	12	Medio
---	---	---	----	-------

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No se evidencia actualización de los procesos documentados en el área de facturación.
- ❖ No se cuenta con un plan de necesidades del recurso humano y de capacitación.
- ❖ No se tiene en el software un mecanismo para alertar en el proceso un evento que no se pueda facturar.
- ❖ No existe en la institución un proceso documentado para la verificación diaria de los pacientes y confirmación de los derechos.
- ❖ No se cuenta con indicadores de eficiencia que permitan evaluar el desempeño del área.

PLAN DE ACCIÓN:


ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Actualizar y socializar los protocolos de los procesos en el área de facturación.	Coordinador de Facturación	Junio 2025	Inmediato	Protocolos elaborados y divulgados al personal
Diseñar un plan de necesidades de recurso humano y de capacitación para el fortalecimiento del proceso.	Coordinador de Facturación	Junio 2025	Inmediato	Plan de capacitación aprobado y ejecutado
Oficiar al Departamento de Sistemas para solicitar soporte al proveedor del software y ajuste por rango de edad en centros de producción.	Coordinador de Facturación	Junio 2025	Inmediato	Solicitud enviada y soporte técnico implementado
Diseñar y documentar un proceso para la verificación diaria de pacientes y confirmación de derechos, garantizando el almacenamiento seguro de la información.	Coordinador de Facturación	Junio 2025	Inmediato	Procedimiento documentado y evidencia de verificación diaria
Elaborar indicadores de eficiencia que permitan evaluar el desempeño del área de facturación.	Coordinador de Facturación	Junio 2025	Mensual	Indicadores calculados y reportados a la alta dirección

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Facturación	6

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	Nº DE ACCIONES
---------	----------------

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA	Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
		Página 30 de 52	

Facturación	5
-------------	---

PROCESO: CARTERA

Fecha de auditoria: 26 de junio de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ Se evidencia el proceso de radicación y recepción de facturas al día.

RIESGO:


- ❖ No tienen los procesos documentados actualizado del área.

Matriz de Evaluación de Riesgos:

RIESGO	PROBABILIDAD (1–5)	IMPACTO (1–5)	NIVEL DE RIESGO (P x I)	PRIORIZACIÓN
Incremento de cartera vencida por falta de seguimiento oportuno a las cuentas por cobrar.	4	5	20	Alto
Glosas no conciliadas o no gestionadas oportunamente con las EAPB.	4	4	16	Alto
Errores en la conciliación contable entre facturación y cartera.	3	4	12	Medio
Falta de gestión de cobro a las Entidades Responsables de Pago (ERP).	4	4	16	Alto
Documentación incompleta o inconsistente que impide el cobro de las cuentas.	4	4	16	Alto
Pérdida o extravío de soportes de facturación y radicación.	3	4	12	Medio
Falta de articulación entre los procesos de facturación, contabilidad y cartera.	3	4	12	Medio
Morosidad prolongada de las EAPB sin acciones de cobro persuasivo.	4	4	16	Alto
Ausencia de indicadores de gestión y análisis de rotación de cartera.	3	4	12	Medio
Rotación del personal sin entrega formal de información o seguimiento de cuentas.	3	3	9	Medio

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No se evidencia el proceso documentado actualizado de cartera.
- ❖ No se ha logrado la conciliación ni recaudo de cartera ni cobro coactivo con algunas EPS.
- ❖ A la fecha no se han liquidado contrato con las EAPB.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 31 de 52	

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Actualizar los documentos y procedimientos del proceso de cartera conforme a la normatividad vigente.	Coordinador de Cartera / Subgerente Financiero	Junio 2025	Inmediato	Procedimientos actualizados y aprobados
Fortalecer el proceso de conciliación financiera mediante la revisión mensual de las cuentas por cobrar.	Coordinador de Cartera / Contabilidad	Junio 2025	Mensual	Conciliaciones realizadas y conciliadas en actas
Garantizar la gestión continua para alcanzar el indicador eficiente de recaudo de cartera financiera.	Coordinador de Cartera / Auditor Financiero	Junio 2025	Permanente	Cumplimiento \geq 90% del indicador de recaudo
Implementar estrategias para fortalecer el proceso de cobro a las EPS y reducir la cartera vencida.	Gerente / Subgerente Administrativo	Junio 2025	Inmediato	Disminución del porcentaje de cartera vencida
Ejecutar la liquidación de los contratos de la vigencia 2024 con las EAPB, asegurando la depuración contable y financiera.	Coordinador de Cartera / Jurídica	Junio 2025	Diciembre 31 de 2024	Contratos liquidados y conciliados con las EAPB

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Cartera	3

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA


PROCESO	Nº DE ACCIONES
Cartera	5

PROCESO: TALENTO HUMANO

Fecha de auditoria: 26 de junio de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA	Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
		Página 32 de 52	

- ❖ Se ejecutan las evaluaciones de desempeño de los funcionarios dentro del término correspondiente.
- ❖ La liquidación de nómina y parafiscales se ejecuta dentro del periodo.
- ❖ Se evidencia la ejecución de las actividades establecidas en el plan de bienestar.
- ❖ Reporte oportuno ante la CNSC de las vacantes definitivas.

RIESGO:

- ❖ No tienen los procesos documentados actualizados del área.

Matriz de Evaluación de Riesgos:


RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (P x I)	PRIORIZACIÓN
Documentación desactualizada de los procesos de la oficina	4	5	20	Alto
Adopción de mecanismos propios de evaluación del talento humano	4	4	16	Alto
Gestión documental inapropiada del área	3	4	12	Medio
Inducciones y re inducciones se estén realizando conforme a lo establecido en el Plan Institucional de Capacitaciones	3	4	12	Medio

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No se evidencia el proceso documentado actualizado de talento humano.
- ❖ No se observa cumplimiento al proceso de inducción y reinducción en el personal de la entidad.
- ❖ El manual de funciones requiere ajustes de acuerdo a las pautas normativas actuales y lo establecido a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- ❖ No se cuenta con sistema de evaluación de desempeño propio.
- ❖ No se evidencia actualización de los registros públicos de carrera administrativa en el aplicativo.
- ❖ No se observa actualización de hojas de vida en la plataforma Sigep II de los servidores públicos de la entidad en su totalidad, ni reporte oportuno de la declaración de bienes y rentas en sus tres momentos (ingreso, permanencia y retiro).
- ❖ Las personas expuestas políticamente que ocupan cargos directivos en la entidad, no han realizado el reporte correspondiente.
- ❖ Se evidencian aportes a pensión pendientes de pago en la plataforma dispuesta para tal fin, lo que conlleva a dilaciones en el proceso de pensión del personal en edad de retiro.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
--------	-------------	----------	-----------------------	---------------------------

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 33 de 52	

		INICIO		
Actualizar los documentos y procedimientos del proceso de talento conforme a la normatividad vigente.	Profesional Talento Humano / Subgerente Financiero	Junio 2025	Inmediato	Procedimientos actualizados y aprobados
Actualizar oportunamente el registro público de carrera administrativa	Profesional Talento Humano	Junio 2025	Inmediato	Cumplimiento en la actualización oportuna del Registro Público de Carrera Administrativa
Realizar inducción y reinducción al personal de la entidad	Profesional Talento Humano / Subgerente Financiero	Junio 2025	Permanente	Cumplimiento en la realización de procesos de inducción y reinducción al personal de la entidad
Adoptar un sistema propio de evaluación de desempeño de acuerdo a los lineamientos establecidos por la CNSC	Profesional Talento Humano / Subgerente Financiero	Junio 2025	Inmediato	Cumplimiento en la adopción del sistema propio de evaluación del desempeño laboral conforme a los lineamientos de la CNSC
Implementar las acciones normativas para el reporte oportuno en las plataformas Sigep II e Integridad Pública	Profesional Talento Humano	Junio 2025	Inmediato	Cumplimiento en el reporte oportuno en las plataformas SIGEP II e Integridad Pública

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Talento Humano	8

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA


PROCESO	Nº DE ACCIONES
Talento Humano	5

PROCESO: SISTEMAS

Fecha de auditoria: 02 de octubre de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ Existencia de respaldos automáticos y verificados periódicamente.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 34 de 52	

- ❖ Política de Seguridad Informática disponible y actualizada.
- ❖ El inventario de equipos de cómputo está elaborado y disponible (requiere actualización).
- ❖ Gestión eficiente del software institucional.
- ❖ Antivirus y herramientas de seguridad actualizadas.

RIESGO:


- ❖ Manual de procesos desactualizado y sin versión unificada.
- ❖ Ausencia de cronogramas de actividades inherentes al proceso.
- ❖ No existe cronograma de mantenimiento ni registros de intervenciones.
- ❖ No hay actas ni evidencia de formación.

Matriz de Evaluación de Riesgos:

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (PXI)	PRIORIZACIÓN
Manual de procesos desactualizado → riesgo de incumplimiento normativo	4	4	16	Alto
Falta de cronograma de mantenimiento → fallas y caídas del sistema	4	4	16	Alto
Ausencia de registros formales de mantenimiento → pérdida de trazabilidad	4	4	16	Alto
No hay cronograma de capacitación → baja actualización del personal	3	3	9	Medio
No existen actas de capacitación → falta de evidencia ante auditorías	3	3	9	Medio
Registros de procesos incompletos → riesgo de pérdida de información y fallas de control	4	4	16	Alto
Hojas de vida de equipos incompletas → imposibilidad de verificar historial de fallas	4	4	16	Alto
Riesgo legal por software sin documentación completa de licencias	3	5	15	Alto
Plan de acción solo en físico → riesgo de desactualización y pérdida de evidencia	2	3	6	Medio
Falta de uso obligatorio de formatos por parte del soporte → pérdida de control técnico	4	4	16	Alto

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No hay cronograma ni registro formal del mantenimiento de equipos.
- ❖ No existen capacitaciones formales ni su planificación.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 35 de 52	

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Actualizar y unificar el Manual de Procesos y Procedimientos	Subgerente/Jefe de sistemas	Noviembre 2025	Inmediato	Manual actualizado y aprobado
Diseñar e implementar el Cronograma de Mantenimiento preventivo y correctivo	Jefe de sistemas	Noviembre 2025	Inmediato	Cronograma implementado y publicado
Crear y aplicar el registro formal de mantenimiento de equipos	Jefe de sistemas	Noviembre 2025	Inmediato	% de equipos con registro actualizado (meta 100%)
Elaborar e implementar el cronograma anual de capacitación interna	Jefe de sistemas	Noviembre 2025	Inmediato	Cronograma aprobado
Completar las hojas de vida de los equipos basadas en mantenimientos	Jefe de sistemas	Noviembre 2025	Inmediato	% de hojas de vida actualizadas (meta 100%)

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Sistemas	2

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA


PROCESO	Nº DE ACCIONES
Sistemas	5

PROCESO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de auditoria: 02 de octubre de 2025.

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Buena disposición para atender a la auditoria.
- ❖ El personal contratado es idóneo para liderar el proceso.
- ❖ La organización cuenta con planes, programas y formatos ya diseñados, aunque incompletos (Plan de emergencias, Planes de contingencia, Manuales de procesos, Programa de EPP, Matriz de inspecciones). Esto indica un proceso previamente estructurado que puede fortalecerse.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 36 de 52	

- ❖ Programas de bioseguridad en ejecución.
- ❖ Actividades del SG-SST en proceso de registro. Esto demuestra que sí hay monitoreo operativo.
- ❖ El COPASST existe y realiza reuniones (aunque falten actas por actualizar), lo cual evidencia cumplimiento estructural.
- ❖ Se están considerando herramientas para evaluar fatiga y clima laboral, lo cual muestra un enfoque preventivo y psicosocial relevante.

RIESGO:

- ❖ Falta de actualización y estandarización documental del SG-SST.
- ❖ Planes de contingencia por sede sin finalizar.
- ❖ Evidencias dispersas y sin registro adecuado.
- ❖ No existe método propio implementado para evaluar fatiga laboral.
- ❖ Falta de seguimiento al clima laboral.

Matriz de Evaluación de Riesgos


RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (PXI)	PRIORIZACIÓN
Documentación del SG-SST desactualizada	4	5	20	Alto
Ausencia de Planes de contingencia por sede	3	5	15	Alto
Hallazgos repetitivos en inspecciones	4	4	16	Alto
Falta de herramienta de adherencia a protocolos (EPP, flujo de trabajo, bioseguridad)	4	4	16	Alto
Falta de seguimiento a flujos de trabajo	3	4	12	Medio
No existe método para evaluar fatiga laboral	3	4	12	Medio
Falta de evaluación del clima laboral	3	3	9	Medio

NO CONFORMIDAD:

- ❖ Documentación institucional incompleta o desactualizada.
- ❖ Procesos sin estandarización.
- ❖ Debilidades en la gestión del riesgo.
- ❖ Falta de planificación anual.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Revisar, actualizar, validar y publicar la versión vigente del	Gerente / Subgerente/Líder	Noviembre de 2025	Inmediato	Manual actualizado, homologado y socializado

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 37 de 52	

manual del área	de área			en todas las áreas.
Plan de contingencia por sede: Consolidar la información dispersa, completar anexos y validar cada sede.	Líder de área	Noviembre de 2025	Inmediato	Planes de contingencia funcionales y aprobados para cada sede.
Organizar evidencias, cerrar actividades pendientes y actualizar el programa para 2025.	Líder de área	Noviembre de 2025	Inmediato	Programa actualizado, con evidencias completas y cierre del periodo.
Crear formato único de adherencia a los procesos, capacitar observadores y registrar mediciones.	Líder de área	Noviembre de 2025	Inmediato	Indicadores de adherencia confiables y medibles.
Crear e implementar plan de acción para la vigencia	Líder de área	Noviembre de 2025	Inmediato	Plan de acción oficial del SG-SST alineado con la normatividad.
Evaluación de clima laboral: Aplicar encuesta institucional, analizar resultados y ejecutar mejoras.	Subgerente/Líder de área/Jefe de Talento Humano	Noviembre de 2025	Inmediato	Diagnóstico real de convivencia y acciones de mejora consolidadas.

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Seguridad y salud en el trabajo	4

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA


PROCESO	Nº DE ACCIONES
Seguridad y salud en el trabajo	6

PROCESO: GESTIÓN AMBIENTAL

Fecha de auditoria: 22 de junio de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Ejecución parcial y continua del Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS): Se realizan actividades de limpieza diaria, control de vectores y supervisiones rutinarias.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 38 de 52	

- ❖ Existencia de un cronograma formal de limpieza y desinfección con actividades programadas, aplicado en todas las sedes.
 - ❖ Avances en la organización del personal de servicios generales, evidenciando mejoras en el cumplimiento del programa de limpieza y desinfección.
 - ❖ Soportes y evidencias organizadas en el Drive institucional (actas, evaluaciones, listas de asistencia).
 - ❖ Capacitaciones realizadas en residuos, vectores, PGIRHS y protocolos institucionales, con registro de asistencia y evaluaciones.
 - ❖ Funcionamiento del Comité GAGAS cada dos meses, cumpliendo exigencias normativas.
- Soporte documental del servicio de recolección externa de residuos (actas de disposición final).
Cumplimiento en análisis de agua (aunque con retrasos del laboratorio), logrando registro aceptado por la Contraloría.


IDENTIFICACIÓN DE RIESGO:

- ❖ Falta de indicadores ambientales definidos, lo cual impide medir cumplimiento del PGIRHS y limita la toma de decisiones.
- ❖ Ausencia de plan de acción ambiental anual, generando poca trazabilidad del avance institucional.
- ❖ Capacidad operativa insuficiente en algunas sedes (personal de aseo limitado para la carga laboral), afectando la ejecución del PGIRHS.
- ❖ Inconsistencias en la ejecución del cronograma de limpieza y desinfección, especialmente en sedes con cambios recientes de personal.
- ❖ Riesgo de incumplimiento normativo en el manejo de residuos, debido a fallas previas en etiquetado y supervisión.
- ❖ Ausencia de cronograma formal para supervisiones integrales a todas las sedes, lo cual limita el control operacional.
- ❖ Dependencia de terceros para actividades críticas (desinfección especializada, disposición final, análisis de agua).

Evaluación y Priorización de Riesgos

Para cada riesgo identificado, se evaluará la probabilidad de ocurrencia y el impacto en una escala del 1 al 5, donde 1 es bajo y 5 es alto.

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (PXI)	PRIORIZACIÓN
No existencia de indicadores ambientales para medir el desempeño del PGIRHS.	4	5	20	ALTO
Falta de un plan de acción ambiental anual que oriente la gestión y el cumplimiento normativo.	4	4	16	ALTO
Retraso en la entrega de informes del contratista	3	5	15	ALTO

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 39 de 52	


de residuos (manifiestos, actas).				
Retraso en la entrega del informe de análisis de agua por laboratorio externo.	3	5	15	ALTO
Inconsistencias en la ejecución del cronograma de limpieza y desinfección en algunas sedes.	4	4	16	ALTO
Capacidad operativa insuficiente del personal de aseo en sedes críticas.	3	4	12	MEDIO
Ausencia de cronograma formal para la evaluación anual del PGIRHS.	4	4	16	ALTO
Supervisiones incompletas en algunas sedes por falta de cronograma de visitas.	3	4	12	MEDIO
Fallas en el etiquetado, segregación y manipulación de residuos por parte del personal.	3	5	15	ALTO
Cambios frecuentes del personal de servicios generales que afectan el cumplimiento del PGIRHS.	3	3	9	MEDIO
No contar con mecanismos de alerta para seguimiento de vencimientos de informes ambientales.	3	4	12	MEDIO

NO CONFORMIDAD:

- ❖ No existen indicadores de medición de gestión ambiental, incumpliendo la normativa que exige seguimiento y medición del PGIRHS (Resolución 2184 de 2019 – Anexo Técnico).
- ❖ Ausencia de un Plan de Acción para el área Ambiental 2025, contrario a los lineamientos de la Supersalud y al Decreto 780/2016 que exige planificación anual por procesos.
- ❖ Falta de un cronograma formal de evaluación del PGIRHS, lo cual afecta el seguimiento estructurado.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Diseñar e implementar los indicadores de gestión ambiental (residuos, agua, limpieza, vectores).	Responsable de Gestión Ambiental	Noviembre 2025	Inmediato	% de indicadores definidos respecto al total requerido (meta: 100%).
Elaborar y aprobar el Plan de Acción Ambiental 2025–2026.	Responsable de Gestión Ambiental	Noviembre 2025	Inmediato	Plan aprobado y socializado
Crear un cronograma formal de evaluación del PGIRHS con periodicidad trimestral.	Responsable de Gestión Ambiental	Noviembre 2025	Inmediato	Cronograma elaborado y publicado

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 40 de 52	

Realizar capacitación reforzada en etiquetado, segregación y manejo de residuos en todas las sedes	Responsable de Gestión Ambiental	Noviembre 2025	Inmediato	% de personal capacitados (meta ≥ 90%).
Actualizar evidencia documental y mantener archivo digital actualizado en Drive institucional.	Responsable de Gestión Ambiental	Noviembre 2025	Permanente	% de documentos cargados vs. generados (meta 100%).

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Gestión ambiental	3

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	N.º DE ACCIONES
Gestión ambiental	5

PROCESO: MANTENIMIENTO HOSPITALARIO Y SERVICIOS GENERALES


Fecha de auditoria: 02 de octubre de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Reconocimiento por parte del equipo de mantenimiento de los vacíos existentes en la gestión, lo que facilita la implementación de acciones correctivas.
- ❖ Disponibilidad del personal para suministrar información durante la auditoría.
- ❖ Existencia de cronogramas previos (aunque incompletos), que pueden servir como base para la actualización y cumplimiento normativo.
- ❖ Evidencia de un sistema de reporte de daños (informal/verbal), lo que demuestra que hay un flujo operativo que puede formalizarse.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO:

- ❖ Interrupciones en la prestación del servicio por daños no atendidos.
- ❖ Falta de cumplimiento al cronograma de mantenimiento.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoría
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 41 de 52	

- ❖ Dependencia de reportes verbales, lo que genera fallas, olvidos y retrasos.
- ❖ Equipos sin manuales de operación, generando riesgo por manipulación inadecuada.
- ❖ Insuficiencia de personal para atender las labores requeridas.
- ❖ Ausencia de consolidación anual en el Plan de Acción, dificultando el cumplimiento del SOGC.

Matriz de Evaluación de Riesgos


RIESGO DETECTADO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (PXI)	PRIORIZACIÓN
Equipos sin mantenimiento preventivo	4	5	20	Alto
Ausencia de procedimiento de mantenimiento correctivo	4	4	16	Alto
Manuales desactualizados o inexistentes	3	4	12	Medio
Acumulación de dotación en mal estado	3	3	9	Medio
Falta de soportes de proveedores	2	4	8	Medio
Reportes verbales de daños	4	3	12	Medio

NO CONFORMIDAD:

- ❖ Manuales desactualizados o incompletos en mantenimiento e infraestructura.
- ❖ Falta de seguimiento a reportes de daños y acumulación de dotación deteriorada.
- ❖ Ausencia de procedimiento formal de mantenimiento correctivo.
- ❖ Incumplimiento a la implementación del cronograma de mantenimiento preventivo.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Actualizar y organizar manuales de procesos y procedimientos de mantenimiento	Coordinador de Mantenimiento/Subgerente	Noviembre 2025	Inmediato	Manuales actualizados y aprobados según nivel de complejidad
Actualizar cronograma de mantenimiento preventivo en todas las sedes	Coordinador de Mantenimiento/Subgerente	Noviembre 2025	Permanente	% de equipos incluidos en el cronograma
Supervisión de las áreas de aseo permanente	Coordinador de servicios generales	Noviembre 2025	Permanente	Áreas aseadas de acuerdo a los lineamientos establecidos

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 42 de 52	

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Mantenimiento y servicios generales	4

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	Nº DE ACCIONES
Mantenimiento y servicios generales	3

PROCESO: ALMACEN

Fecha de auditoria: 02 de octubre de 2025


ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Existencia de procesos definidos en el área de Almacén Se evidencian actividades formales tales como recepción técnica, control de despachos, solicitud de suministros y registro contable de bienes.
- ❖ Compromiso del personal del área El informe muestra disposición para actualizar inventarios, mejorar controles y organizar documentación pendiente.
- ❖ Reconocimiento de brechas y necesidades de mejora El área identifica problemáticas como diferencias físico–lógicas, falta de soportes y ausencia de bajas, lo cual facilita la implementación de acciones correctivas.
- ❖ Existencia de intención institucional de incluir mejoras en el Plan de Acción 2025 Se reconoce la necesidad de integrar acciones del almacén en la planificación institucional, lo cual se ajusta al Sistema de Gestión de Calidad.

RIESGO:

- ❖ Diferencias entre inventario físico y sistema (riesgo operativo y financiero).
- ❖ Pérdida, extravío o deterioro de bienes por falta de controles.
- ❖ Riesgo de reprocesos y fallas en trazabilidad documental.

Matriz de Evaluación de Riesgos

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 43 de 52	

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (PXI)	PRIORIZACIÓN
Diferencias entre inventario físico y sistema	4	4	16	Alto
Acumulación de bienes sin baja	3	4	12	Alto
Inconsistencias en control de bienes a terceros	4	4	16	Alto

NO CONFORMIDAD:

- ❖ Registros incompletos o desactualizados en el software del almacén: No coinciden los bienes físicos con los registrados.
- ❖ No existe evidencia documental de traslados entre áreas.
- ❖ Acumulación de bienes sin proceder a la baja: No se ha realizado el proceso administrativo para retirar bienes en mal estado.
- ❖ Se requiere actualización de inventario físico por áreas en cada sede.

PLAN DE ACCIÓN:


ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Realizar actualización total del inventario físico y conciliación con el sistema	Jefe de almacén	Noviembre de 2025	Inmediato	% de coincidencia físico-lógico \geq 98%
Ejecutar proceso de baja de bienes obsoletos conforme a normativa	Jefe de almacén/Comité de bajas	Noviembre de 2025	Inmediato	% de bienes obsoletos retirados \geq 95%
Documentar procesos del área	Gerente/Subgerente / Jefe de almacén	Noviembre de 2025	Inmediato	Documentos actualizados, socializados y publicados

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Almacén	4

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	N.º DE ACCIONES
Almacén	3

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 44 de 52	

PROCESO: COSTOS HOSPITALARIOS

Fecha de auditoria: 02 de octubre de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:


- ❖ Existencia de un sistema de información contable y asistencial integrado, que facilita la consolidación de datos para la determinación de costos por servicio.
- ❖ Política contable documentada (requiere actualización priorizando riesgos).
- ❖ Participación activa del área financiera y asistencia técnica del área de sistemas en la validación de la calidad de la información.
- ❖ Registros contables actualizados y conciliados con facturación, lo cual fortalece la trazabilidad exigida por el MECI y la Ley 87 de 1993.
- ❖ Procesos definidos para la asignación de centros de costos, coherentes con estándares de habilitación (Resolución 3100 de 2019).
- ❖ Disponibilidad de respaldos periódicos de información, cumpliendo lineamientos de seguridad de la información establecidos por el MIPG.

RIESGO:

- ❖ Errores en la asignación de costos directos e indirectos por fallas en la captura de información.
- ❖ Desactualización en la metodología de costeo, generando desviaciones frente a los lineamientos del Ministerio de Salud.
- ❖ Retrasos en el registro contable que impactan la oportunidad en los reportes financieros.
- ❖ Inconsistencias entre módulos asistenciales y contables, afectando la confiabilidad del costo por servicio.
- ❖ Pérdida o corrupción de datos por insuficiencia de controles tecnológicos.
- ❖ Desalineación entre centros de costos y estructura organizacional, lo que afecta la precisión del costeo.

Matriz de Evaluación de Riesgos

RIESGO IDENTIFICADO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL DE RIESGO (PXI)	PRIORIZACIÓN
Asignación incorrecta de costos directos e indirectos	4	5	20	Alto
Información inconsistente entre sistemas asistenciales y contables	4	4	16	Alto
Desactualización de la metodología de costeo	3	4	12	Medio

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 45 de 52	


Ausencia de validación y conciliación mensual de datos	3	5	15	Alto
Pérdida o corrupción de datos por fallas tecnológicas	2	5	10	Medio
Procesos o servicios sin centro de costo asignado	3	3	9	Medio

NO CONFORMIDAD:

- ❖ Nula implementación del módulo de costos institucional en software.
- ❖ Existencia de actividades sin centro de costo asignado, generando costos no trazables.
- ❖ Ausencia de un procedimiento actualizado de costeo, vulnerando la Resolución 518 de 2015.
- ❖ Plan de contingencia de sistemas desactualizado, incumpliendo lineamientos del MIPG sobre seguridad de la información.

PLAN DE ACCIÓN:

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Fortalecer el proceso con personal capacitado	Gerente/Subgerente	Noviembre 2025	Inmediato	Personal capacitado para ejecutar el proceso
Actualizar el procedimiento institucional de costeo según Resolución 518 de 2015	Subgerente/Líder del proceso	Noviembre 2025	Inmediato	Procedimiento actualizado aprobado (1 = Sí, 0 = No)
Implementar conciliaciones mensuales entre facturación, costos y contabilidad	Subgerente/Contabilidad/Facturación/Líder del proceso	Noviembre 2025	Inmediato	% de conciliaciones realizadas / programadas (meta \geq 95%)
Revisar y actualizar la estructura de centros de costos	Subgerente/Talento Humano/Líder del proceso	Noviembre 2025	Inmediato	% de procesos con centro de costo asignado (meta 100%)
Capacitar al personal asistencial en registros y su impacto en costos	Subgerente/Líder del proceso	Noviembre 2025	Permanente	Nº de funcionarios capacitados / total programados (meta \geq 90%)
Fortalecer controles de calidad de datos en el sistema de información	Sistemas /Líder del proceso	Noviembre 2025	Permanente	Reportes de inconsistencias

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
	INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA	Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
		Página 46 de 52	

				detectadas vs corregidas (meta $\geq 95\%$)
Realizar auditorías internas trimestrales al proceso de costos	Control Interno	Noviembre 2025	Permanente	

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Costos Hospitalarios	4

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	N.º DE ACCIONES
Costos Hospitalarios	7

PROCESO: CONTRATACIÓN


Fecha de auditoria: 02 de octubre de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Publicación completa de los procesos en SECOP II, en cumplimiento de la normativa.
- ❖ Existencia del Plan Anual de Adquisiciones (PAA), conforme a lo exigido por Colombia Compra Eficiente.
- ❖ Designación formal de supervisores mediante actos administrativos, acorde con el Manual de Contratación.
- ❖ Archivo organizado en los expedientes contractuales, cumpliendo lineamientos de gestión documental.
- ❖ Implementación de controles sobre ejecución contractual, incluidos informes de supervisión y actas de avance.

RIESGO:

- ❖ Publicación oportuna en la plataforma Secop II.
- ❖ PAA actualizado de acuerdo a las modificaciones y requerimientos dados durante la vigencia.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 47 de 52	

Matriz de Evaluación de Riesgos:

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL (PXI)	PRIORIZACION
Deficiencia en la planeación contractual	4	3	12	Medio
Publicación incompleta o tardía en SECOP II	3	4	12	Medio
Incumplimiento en la supervisión	2	2	4	Bajo
Expedientes incompletos	3	3	9	Medio
Incumplimiento del contratista	3	4	12	Medio

NO CONFORMIDAD:

- ❖ Ausencia de publicaciones en la página web institucional con relación a la ejecución contractual, PAA, manual de contratación y demás normativa del área.

PLAN DE ACCIÓN:


ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Actualizar el PAA e incluir todos los procesos programados durante la vigencia	Oficina de Planeación / Área de Contratación	Inmediato	% de procesos adelantados que coinciden con el PAA (Meta: 100%)
Capacitación al personal en normativa contractual, SECOP II y supervisión	Talento Humano/Área de contratación	Permanente	Número de funcionarios capacitados / Número total programado
Publicación simultánea de todos los documentos contractuales en SECOP II y página web institucional	Área de Contratación	Permanente	% de documentos publicados oportunamente (Meta: 98%)

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Contratación	1

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	N.º DE ACCIONES
Contratación	3

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 48 de 52	

PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL

Fecha de auditoria: 02 de octubre de 2025

ASPECTOS POSITIVOS:

- ❖ Aplicación de procedimientos para radicación y correspondencia: El flujo de entrada y salida cuenta con procedimientos establecidos y socializados.

RIESGO:


- ❖ Pérdida o deterioro documental por humedad, incendios, plagas o mala manipulación.
- ❖ Acceso no autorizado a documentos con datos sensibles (Ley 1581 de 2012 – Protección de Datos).
- ❖ Inobservancia de las TRD/TRD electrónicas, ocasionando conservación indebida o eliminación inadecuada.
- ❖ Retrasos en la radicación y respuesta de comunicaciones, afectando tiempos legales.
- ❖ Falta de capacitación del personal, generando clasificación incorrecta.
- ❖ Riesgo de obsolescencia tecnológica del software para gestión documental.

Matriz de Evaluación de Riesgos:

RIESGO	PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	NIVEL PXI	PRIORIZACION
Pérdida o deterioro de documentos físicos	4	5	20	Alto
Acceso no autorizado a información sensible	3	5	15	Alto
Mala clasificación por inobservancia de TRD	4	4	16	Alto
Eliminación incorrecta de documentos	3	5	15	Alto
Obsolescencia del SGDEA o fallas técnicas	3	4	12	Medio
Retrasos en radicación y respuesta	3	3	9	Medio
Falta de capacitación del personal	4	3	12	Medio

NO CONFORMIDAD:

- ❖ Ausencia de un Programa de Gestión Documental (PGD) actualizado.
- ❖ No se cuenta con archivo central de acuerdo a las especificaciones normativas.
- ❖ El PGD no se encuentra ajustado al Decreto 1080 de 2015 ni al Acuerdo 002 de 2014.
- ❖ Falta de control de préstamos y consultas.
- ❖ No existe un sistema formal que registre entradas y salidas de documentos del archivo.
- ❖ Debilidades en la digitalización y preservación digital

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 49 de 52	

- ❖ Riesgos de seguridad y protección de datos personales
- ❖ Se evidenciaron documentos con datos sensibles sin reservas adecuadas (Ley 1581 de 2012).

PLAN DE ACCIÓN:


ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Actualizar y adoptar el Programa de Gestión Documental (PGD) conforme al Decreto 1080 y Acuerdo 002/2014	Líder de Gestión Documental – Comité de Gestión y Desempeño	Noviembre 2025	Inmediato	PGD actualizado y aprobado (% de avance vs. plan)
Implementar capacitaciones trimestrales con relación a la gestión documental institucional y su importancia	Subgerencia/Talento Humano	Noviembre 2025	Trimestral	N° de funcionarios capacitados / N° total (meta ≥ 90%)
Estandarizar digitalización bajo NTC 4095 y lineamientos AGN	Subgerencia	Noviembre 2025	Inmediato	% de documentos digitalizados conforme a estándar
Implementar políticas de seguridad documental y protección de datos (Ley 1581)	Oficina de Control Interno – Seguridad de la Información (Sistemas)	Noviembre 2025	Permanente	Número de accesos no autorizados (meta 0)
Mejorar los tiempos de radicación mediante ajustes al proceso de Correspondencia	Subgerencia/Oficina Jurídica/ Atención al Usuario	Noviembre 2025	Permanente	Tiempo promedio de radicación (meta ≤ 24 horas)

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
Gestión Documental	8

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	N.º DE ACCIONES
Gestión Documental	5


	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 50 de 52	

CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES

PROCESO	NO CONFORMIDAD
SIAU	6
Laboratorio Clínico	3
Radiología e Imágenes	10
Servicio Farmacéutico	5
Urgencias, Maternidad e Internación	37
Consulta Externa	3
Odontología	7
Auditoria de cuentas medicas	13
Cartera	3
Facturación	6
Talento Humano	8
Sistemas	2
Almacén	4
Mantenimiento y servicios generales	4
Gestión ambiental	3
Seguridad y salud en el trabajo	4
Costos Hospitalarios	4
Contratación	1
Gestión documental	8

ACCIONES DE MEJORA DE ESTA AUDITORIA

PROCESO	Nº DE ACCIONES
SIAU	11
Laboratorio Clínico	3
Radiología e Imágenes	10
Servicio Farmacéutico	5
Urgencias, Maternidad e Internación	31
Consulta Externa	5
Odontología	8
Auditoria de cuentas medicas	13
Cartera	5
Facturación	5
Talento Humano	5

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 51 de 52	

Sistemas	5
Almacén	3
Mantenimiento y servicios generales	3
Gestión ambiental	5
Seguridad y salud en el trabajo	6
Costos Hospitalarios	7
Contratación	3
Gestión documental	5

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA


La Auditoría Interna desarrollada durante el mes de junio de 2025 permitió evaluar de manera integral el grado de cumplimiento de los requisitos normativos, técnicos, administrativos y de calidad de los procesos institucionales del Hospital Local de Aguachica E.S.E., evidenciándose un compromiso general de los líderes de proceso con la mejora continua y la gestión eficiente de los recursos.

En términos generales, los procesos auditados mostraron fortalezas significativas relacionadas con la disposición del personal, la documentación básica de los procedimientos, la ejecución de actividades de bienestar laboral, la gestión oportuna de nómina y el cumplimiento de algunos lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

Sin embargo, se identificaron no conformidades y oportunidades de mejora en aspectos como la actualización documental de los procesos, la implementación de protocolos clínicos según el perfil epidemiológico institucional, la socialización de planes y procedimientos, la articulación interdependencias, la gestión de PQRSF, la trazabilidad de la información, el control de glosas, la seguridad del paciente y la adecuada gestión de riesgos laborales.

Asimismo, se observó la necesidad de fortalecer la cultura de evaluación y control interno, la ejecución de acciones correctivas y preventivas, y el seguimiento sistemático a los planes de mejora derivados de auditorías anteriores, garantizando así la sostenibilidad de los resultados y la consolidación del sistema integrado de gestión.

Es importante destacar la adopción de los riesgos establecidos por la normativa vigente específicamente para las empresas sociales del estado ante la actualización de la clasificación de las mismas, esto conllevó a la modernización de la política de administración del riesgo y evaluación de los mismos en las auditorías internas establecidas para la vigencia.

	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN	Código	SGC-310-IN-001
		Versión	01
		Descripción	Informe de Auditoria
		Fecha	02-01-2025
INFORMES DE AUDITORIAS INTERNA		Página 52 de 52	

La Auditoría Interna concluye que la E.S.E. cuenta con bases estructurales para el cumplimiento de la normatividad vigente; sin embargo, requiere fortalecer de manera inmediata su gestión documental, la planificación institucional, la estandarización de procesos, la generación y custodia de evidencias y el seguimiento a riesgos. El cumplimiento de los hallazgos y acciones de mejora será determinante para avanzar hacia un sistema de gestión más robusto, transparente, eficiente y alineado con los lineamientos del Ministerio de Salud y el MIPG.

Cordialmente,



Viviana Julieth Martínez Quintero
Auditoria de Calidad



Maira Alejandra Clavijo Lemus
Asesora Control Interno