

RADICADO:



Al contestar cite Radicado 2025-3-000110-007735 Id: 47890
Folios: 1 Fecha: 18-09-2025 11:31:45
Anexos: 1 FORMATOS 5
Remitente: CONTROL INTERNO DE GESTION
Destinatario: ATENCION HOSPITALARIA



Gobernación
de Norte de
Santander

COMUNICACIÓN INTERNA

110 – 061

San José de Cúcuta, 18 de septiembre del 2025

PARA: Dra. CLAUDIA EMPERATRIZ GODOY, Líder de Atención Hospitalaria

DE: Asesor Control Interno de Gestión

ASUNTO: Resultado Auditoría Atención Hospitalaria

Me permito remitir resultado de la Auditoría practicada al Proceso de ATENCION HOSPITALARIA.


Respetuosamente solicito en término de ocho (8) días hábiles, el respectivo cargue en el aplicativo del Plan de Mejoramiento para su seguimiento.

Atentamente,

MARTIN EDUARDO HERRERA LEON

Anexo: Folios (Hojas 8)

Proyectó: María Elida Lindarte Ramírez-Auxiliar Administrativo

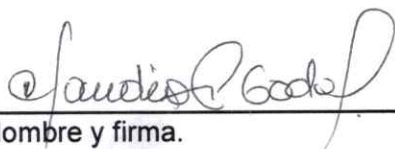
	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	CODIGO: CI-FO-009
		VERSION: 1
	CARTA DE PRESENTACIÓN AUDITORÍA	FECHA: FEB 2025
		Página 1 de 1

Fecha:

En mi condición de (Cargo) Lider de Atencion Hospitalaria de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, con ocasión de la auditoria que adelanta la Oficina de Control Interno, por el presente manifiesto que soy responsable de la preparación, y presentación de la información que se requiera para su ejecución, por lo que me comprometo a:

1. Que se hará entrega de toda la información relacionada al proceso a cargo (Proceso Auditado) Atencion Hospitalaria objeto de auditoría, atendiendo los requerimientos hechos por la Oficina de Control interno. Dicha información se entregará de manera oportuna, completa y veraz para el propósito del proceso auditor que se adelanta.
2. Que tratándose de un proceso de auditoría interna, cuyo objetivo final es el mejoramiento de los procesos y la gestión de la entidad, así como la administración de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos, no será oponible la reserva de información en los términos establecidos por la ley, sin embargo, la reserva y confidencialidad de la información, será trasladada al equipo auditor.
3. Que se van a atender en términos las respuestas a las solicitudes de información y demás requerimientos que efectúe la Oficina de Control Interno.
4. Manifiesto que la información suministrada para la auditoría será preparada dentro marco normativo que rige la entidad.
5. Se mantendrá una relación de armonía, respeto y buen trato entre los colaboradores del equipo auditado y el equipo auditor.

Cordialmente,



Nombre y firma.
Líder del proceso.

APERTURA

Fecha de inicio:			Hora de inicio	Lugar
DD 04	MM 08	AAAA 2025	9:00 Am.	Oficina Control Interno.

Proceso: Atención Hospitalaria.

Observaciones:

REGISTRO

Nombre	Responsable	Reunión de apertura	Reunión de Cierre
		Firma	Firma
CLAUDIA EMERATRIZ GODOY	Líder Atención Hospitalaria		
MARTHA MONCADA	COORDINADOR ACTIVO MED. INTERNA y ESP		
MARTHA URIBE	Coord. Atención Hospitalaria Enfermería		
GREGORIA MARTINEZ	Coord. Atención Pediátrica		
FABRILA LARA LOPEZ	Coord. Adm. General Hospitalaria		
MARTIN EDUARDO HERRERA LEÓN	Asesor de Control Interno de Gestión		
HUMBERTO CAMILO JOVES BUITRAGO	Auditor apoyo		
MARTIN MORA HERNÁNDEZ	Auditor especializado		
VANESSA CAROLINA CONTRERAS FUENTES	Auditora medica		
LAURA NATALIA BARRERA ECHEVERRI	Auditora apoyo		
MONICA YERALDY HERNANDEZ CONTRERAS	Auditora apoyo		
KARLA JULIANA SILVA GARCÍA	Auditora apoyo		
PAOLA ANDREA SAMBONI	Auditora apoyo		

OBJETIVO DE LA AUDITORIA

El objetivo de la presente auditoría es evaluar la efectividad del proceso en la institución, asegurando que se estén cumpliendo las metas establecidas, se gestionen los riesgos de manera adecuada y se mantengan los controles eficientes para su no materialización. Esto incluye igualmente verificar la fiabilidad de la información, el cumplimiento de leyes, políticas y regulaciones internas, y la protección de los activos de la empresa.


	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-003
		VERSION: 5
	ACTA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORIA	FECHA: JUL 2025
		Página 2 de 3

Así mismo se debe identificar áreas de mejora y asegurar que él se esté ejecutando de acuerdo con los estándares de calidad definidos.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS
Frente a los elementos de verificación, confrontación y evaluación de la presente auditoría, se tendrán en cuenta los criterios de la guía de la función pública vigente, NAGA, revisión de la documentación, entrevista e inspecciones físicas correspondientes al manejo de procedimientos y manuales, Planes de Mejoramiento, Mapa de Riesgo, Indicadores y Normatividad Vigente tanto Interna como Externa que conforma el proceso de Atención Hospitalaria, determinando las fortalezas y debilidades en el desarrollo de la misma y procediendo su respectiva confrontación de donde se generaran las recomendaciones y acciones de mejora pertinentes fundamentadas en los hallazgos.
ALCANCE
La inspección a la documentación y confrontación del cumplimiento de cada una de las actividades que componen el Proceso de Atención Hospitalaria, será en la vigencia comprendida desde el 01 de Agosto 2024 al 31 de Julio 2025.
CRITERIOS
Los elementos de verificación, confrontación y evaluación en la presente Auditoría, están determinados por: Planes, programas, instructivos, procedimientos, formatos, Manuales, Planes de mejoramiento, indicadores, mapa de riesgos de corrupción y cada uno de los procedimientos pertenecientes al Mejoramiento continuo de la entidad.

CIERRE				
Fecha:			Hora de cierre:	Lugar:
DD	MM	AAAA		
26	09	2025	2:00 p.m	Atención Hospitalaria
Observaciones:				

SUSPENSIÓN				
Fecha:			Hora:	Lugar:
DD	MM	AAAA		

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-003
		VERSION: 5
	ACTA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORIA	FECHA: JUL 2025
		Página 3 de 3

Causal de Suspensión:


- Deficiencias significativas en el Sistema de Control Interno
- No realizar pruebas suficientes o recolección no apropiada de evidencias
- Falta de independencia y objetividad
- No cumplir con las normas de auditoría
- Conflictos de interés
- Comportamiento poco ético
- No brindar información necesaria o veras
- Falta de cooperación entre las partes
- ✗ Fuerza mayor, caso fortuito o evento adverso
- Común acuerdo entre las partes del ejercicio auditor

Descripción: INVENTARIO 2025


MSH

Fecha de cierre: 16/09/2025


Andrés G.

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA	FECHA: OCT 2023
		Página 1 de 8


1. ASPECTOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
Proceso		Responsable del proceso	
Atención Hospitalaria		Claudia Emperatriz Godoy	
Fecha de apertura	Fecha de cierre	Fecha elaboración informe	Tipo de auditoría
04-08-2025	16-09-2025	12-09-2025	Programada
Auditores		Auditados	
Martin Eduardo Herrera León		Erika Gómez Pabón	
Humberto Camilo Joves Buitrago		Martha Moncada	
Martín Mora Hernández		Martha Uribe	
Paola Andrea Samboni Medina		Gregoria Martínez	
Laura Natalia Barrera Echeverry			
Mónica Yeraldí Hernández Contreras			
Vanessa Carolina Fuentes Contreras			
Karla Juliana Silva García			
Objetivo general:			
El objetivo de la presente auditoría es evaluar la efectividad del proceso en la institución, asegurando que se estén cumpliendo las metas establecidas, se gestionen los riesgos de manera adecuada y se mantengan los controles eficientes para su no materialización. Esto incluye igualmente verificar la fiabilidad de la información, el cumplimiento de leyes, políticas y regulaciones internas, y la protección de los activos de la empresa.			
Alcance:			
La inspección a la documentación y confrontación del cumplimiento de cada una de las actividades que componen el Proceso de Atención Hospitalaria, será en la vigencia comprendida desde el 01 de Agosto 2024 al 31 de Julio 2025.			
Metodología:			
Definido el objetivo de la presente; y mediante el apoyo de criterios claros y específicos, nos permitiremos la fijación de un cronograma mediante el cual constataremos el cumplimiento del proceso respecto de la auditoria. Con ocasión a lo acordado en el cronograma; se verificará la información en tiempo real respecto de su pertinencia, conducencia y efectividad en el Control Interno del proceso. Finalmente se proyectará informe preliminar basado en los criterios de Auditoria, respecto del proceso Atención Hospitalaria, determinando las fortalezas y debilidades en el desarrollo del proceso; finalmente formulando recomendaciones y acciones de mejora pertinentes.			
Criterios:			
Los elementos de verificación, confrontación y evaluación en la presente Auditoría, están determinados por: Planes, programas, instructivos, procedimientos, formatos, Planes de mejoramiento, indicadores y mapa de riesgos de corrupción, sistema obligatorio de garantía de la calidad.			

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA	FECHA: OCT 2023
		Página 2 de 8


2. HALLAZGOS						
N.º	Descripción del hallazgo	Procesos y/o procedimientos	C	NC	OB	Fuente del hallazgo
1.	<p>En recorrido realizado por pisos asignados a pediatría; se evidencia que ciertos equipos como la cinta para medidas antropométricas SECA; son constantemente rotadas entre los pisos y las diferentes alas de los mismos.</p> <p>Ante esta dificultad; fue hallada en inspección; una cinta métrica de modistería, las cuales están prohibidas en servicios de salud; generando riesgos de fallas en la toma de medidas.</p> <p>Igualmente se deben ajustar los inventarios en pisos pues aparecen insumos no inventariados ya sea por error en la cantidad o no existencia, como también equipos que requieren mantenimiento por falta de piezas.</p> <p>ACCION CORRECTIVA</p>	Pisos pediatría		X		Ronda de verificación
2.	<p>Mediante revisión de historias clínicas a pacientes pediátricos; se evidencian diferentes mediciones antropométricas sobre el mismo paciente durante el transcurso del día alto generador de riesgo.</p> <p>Esta situación evidencia un cierto rango de desconocimiento de las prácticas clínicas, capacitadas en la institución en repetidas</p>	Pisos pediatría		X		Ronda de verificación

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN			CODIGO: CI-FO-005
				VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA			FECHA: OCT 2023
				Página 3 de 8


	ocasiones al personal auxiliar de enfermería.					
	ACCION CORRECTIVA					
3.	<p>En realización de la respectiva ronda piso a piso; se evidencia constante presencia de insumos, equipos y elementos como: camillas deterioradas, camas deterioradas, bombona de oxígeno, sillas de ruedas, mobiliario en mal estado y subutilizados o incluso sin utilizar por su obsolescencia, incumpliendo con los protocolos de enfermería.</p> <p>En algunos de estos bienes se ha evidenciado cuadro avanzado de óxido y falta de piezas, situaciones puestas en conocimiento mediante GLPI.</p>	Pisos Hospitalización			X	Ronda de verificación
	ACCION CORRECTIVA					
4.	<p>Respecto del piso asignado a urgencias adultos (piso 6 ala B), se evidencia la utilización de sillas e incluso camillas para el transporte de la ropa hospitalaria limpia; respecto de lo cual se presume una alta probabilidad de riesgo de contaminación; pues los bienes referenciados también son utilizados por los pacientes.</p> <p>Se debe prevenir la ocurrencia de esta situación mediante la asignación del adecuado insumo para trasporte de ropa hospitalaria.</p>	Piso 6			X	Ronda de verificación
	ACCION PREVENTIVA					

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN			CODIGO: CI-FO-005	
				VERSION: 4	
	INFORME DE AUDITORÍA			FECHA: OCT 2023	
				Página 4 de 8	


5.	En desarrollo de la ronda de verificación; se evidencio en múltiples oportunidades; guardianes superando el 75% de capacidad de almacenamiento, y de la misma manera caneca de residuos peligrosos abierta o con residuos expuestos fuera de su contenido. ACCION CORRECTIVA			X		
6.	Revisados los Planes programas y proyectos de atención hospitalaria, se evidencia su cumplimiento. ACCION CORRECTIVA	HS-PL-001 HS-PG-002 HS-PG-003 HS-PG-004 HS-PG-005 HS-PG-006		X		Atención Hospitalaria
7.	Analizada y constatada la información contemplada en la Caracterización del proceso de atención hospitalaria; se evidencia su cumplimiento.	HS-CA-001		X		Atención Hospitalaria
8.	Revisados los procedimientos el HS-PR-027, se evidencia que se encuentra desactualizado. ACCION CORRECTIVA	HS-PR-027 procedimiento de línea amiga		X		Atención Hospitalaria Procedimientos
9.	En revisión de instructivos y el respectivo contenido de los mismos; se evidencia que el instructivo HS-IN-006 está desactualizado. ACCION CORRECTIVA	HS-IN-006 Línea amiga		X		Atención Hospitalaria Instructivos
10.	Se evidencia mediante la revisión del SIG; se evidencia que los siguientes documentos están repetidos en distintas versiones, lo cual genera confusión HS-PT-001 V4 Y V6 ACCION PREVENTIVA	PROTOCOLOS CODIGO ROJO			X	Atención Hospitalaria Protocolos

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN		CODIGO: CI-FO-005
			VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA		FECHA: OCT 2023
			Página 5 de 8

11.	Respecto de la revisión realizada a los protocolos de atención hospitalaria; se evidencia que los documentos HS-PT-025 y HS-PT-050 están próximos a requerir actualización	HS-PT-025 PROTOCOLO MANEJO Y REMISION DEL PREMATURO, AL SEGUIMIENTO EN PLAN CANGURO HS-PT-050 PROTOCOLO PARA CIRUGÍA POMEROY. (ESTERILIZACIÓN DEFINITIVA).		X		Atención Hospitalaria Protocolos
	ACCION PREVENTIVA					
12.	Revisadas e igualmente constatadas en el contenido las guías de atención hospitalaria; se evidencia su cumplimiento.	HS-GI-001 HS-GI-002 HS-GI-003 HS-GI-004 HS-GI-005	X			Atención Hospitalaria Guías
13.	Se evidencia la desactualización de los documentos HS-MA-024 y HS-MO-001 que corresponden a los manuales y modelos de atención hospitalaria	HS-MA-024 MANUAL DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA HS-MO-001 MODELO DE ATENCION DE ENFERMERIA CENTRADO EN EL USUARIO Y LA FAMILIA		X		Atención Hospitalaria Manuales
	ACCION CORRECTIVA					
14.	En revisión de los Mapas de riesgos productos de atención hospitalaria; se evidencia qué el mapa de Medicina interna esta de vigencia 2023 duplicado con el de la vigencia 2024	Mapa de riesgos MEDICINA INTERNA			X	Atención Hospitalaria Mapa de riesgos
	ACCION PREVENTIVA					
15.	Constatados cualitativa y cuantitativamente los respectivos indicadores que reflejan la ejecución y ejercicio del proceso de atención hospitalaria; se evidencia la siguiente falla:	PANEL DE INDICADORES		X		Atención Hospitalaria Indicadores
	CALIFICACION MALA O					


	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN		CODIGO: CI-FO-005
			VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA		FECHA: OCT 2023
			Página 6 de 8

	REGULAR 4316 Criterios de salida en un PMC ambulatorio no respetados programa madre canguro intrahospitalario 4315 Retraso inicial en el ingreso programa madre canguro intrahospitalario INADECUADA FORMULACION Y NO CALIFICACION 3976 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre.				
16.	Revisados los planes de mejoramiento producto de auditorías de vigencias pasadas al proceso de atención hospitalaria; se evidencia su cumplimiento.	PLANES DE MEJORAMIENTO	X		Atención Hospitalaria
17.	Piso 5, Ala A, Área de Dispensación de Medicamentos por Paciente: Durante la revisión en tiempo real realizada con el referente de farmacovigilancia en el piso 5, ala A, área de dispensación de medicamentos por paciente, se seleccionaron de manera aleatoria las cajas correspondientes a las camas 519 y 520. Se evidenció que un medicamento de reempaque, identificado con etiqueta de	Piso 5- Piso9		X	Rondas de verificación

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA	FECHA: OCT 2023
		Página 7 de 8

<p>Acetaminofén 500 mg, se encontraba destapado y contenía una tableta no correspondiente a dicha denominación.</p> <p>Durante la revisión en tiempo real realizada con el referente de farmacovigilancia en el piso 9, área de dispensación de medicamentos por paciente, se seleccionó de manera aleatoria la caja correspondiente a la cama 921.</p> <p>Se evidenció que un medicamento de reempaque presentaba en su etiqueta una marcación realizada con marcador negro (<i>sharpie</i>), indicando el número de cama, lo cual impedía la adecuada visualización de la información del medicamento. Asimismo, se identificó que el suero fisiológico no se encontraba ubicado dentro de la caja metálica. Esta situación genera un riesgo para la seguridad del paciente y constituye un incumplimiento de los lineamientos establecidos por la institución.</p> <p><u>ACCION CORRECTIVA</u></p>					
Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda.					

RECOMENDACIONES:

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA	FECHA: OCT 2023
		Página 8 de 8

- Para favorecer la austeridad del gasto y optimización de recursos; se debe solicitar el mantenimiento preventivo de aquellos bienes afectados por condiciones del servicio y así mismo dar uso constante a todos los bienes en condiciones; evitando deterioro por no uso.
- Fomentar la política de cero papeles mediante la utilización del software virtual sobre todo frente a las historias de los pacientes.
- El mantenimiento periódico de camas y colchones; así como también de los equipos, debe encontrarse visible en la placa.
- Uso en todo momento de elementos de protección personal; así como hacerlo exigible a todo el personal trasversal al proceso, a los pacientes y sus acompañantes.
- Mantener la buena práctica en la utilización de los depositarios de residuos de cada clase; pues debe capacitarse al respecto ya que se han presentado fallas.
- Los hallazgos referenciados como observaciones en la presente, en la siguiente auditoria de persistir en la falla serán no conformidad.
- El responsable del proceso evaluado debe establecer planes de mejoramiento a los hallazgos considerados como No Conformidad (NC) en el formato CI-FO-008 Seguimiento y Evaluación de Planes de Mejoramiento, ubicado en la intranet y remitir al líder auditor dentro de un plazo no mayor de ocho (8) días hábiles. En el caso de que las acciones propuestas no sean conducentes para eliminar las causas del hallazgo, se procederá a recomendar los ajustes necesarios. Cuando las acciones de mejora establecidas en el formato se encuentren revisadas por el proceso de Evaluación de Control Interno de Gestión, el auditado deberá cargar la información en el aplicativo Planes de Mejoramiento - PUM de la entidad y ejecutar las acciones planteadas.



Humberto Camilo Joves Buitrago

ELABORADO POR



Martín Eduardo Herrera León

APROBADO POR