

RADICADO:



Al contestar cite Radicado 2026-3-000110-005077 Id: 94792

Folios: 1 Fecha: 09-06-2026 10:41:58

Anexos: 1 FORMATOS 5

Remitente: CONTROL INTERNO DE GESTION

Destinatario: ATENCION HOSPITALARIA

COMUNICACIÓN INTERNA

110 – 033

San José de Cúcuta, 9 de junio de 2026

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

DE: Asesor Control Interno de Gestión.

ASUNTO: Resultado Auditoría Egreso de Paciente

Me permito remitir resultado de la Auditoría practicada al Proceso de EGRESO DE PACIENTE.

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 6)

Proyectó: María Elida Lindarte Ramírez-Auxiliar Administrativo



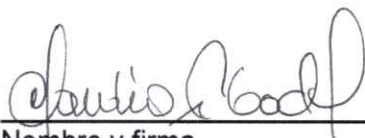
	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	CODIGO: CI-FO-009
		VERSION: 1
	CARTA DE PRESENTACIÓN AUDITORÍA	FECHA: FEB 2025
		Página 1 de 1

Fecha: 11 Mayo 2026.

En mi condición de (Cargo) Lider de Atención 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:

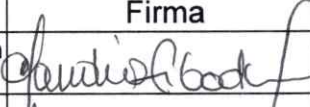
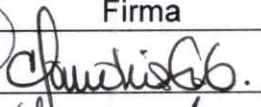
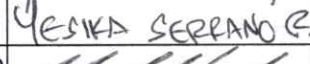
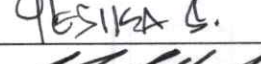
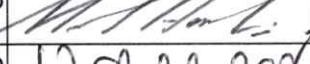
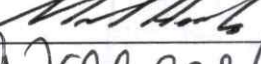
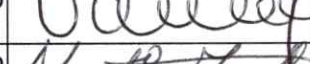
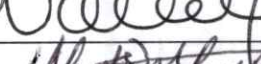
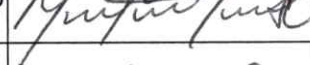
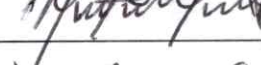
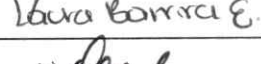
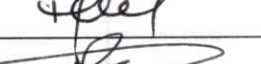
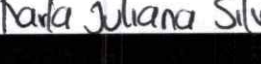
1. Que se hará entrega de toda la información relacionada al proceso a cargo (Proceso Auditado) Egreso. objeto de auditoría, atendiendo los requerimientos hechos por la Oficina de Control interno. Dicha información se entregará de manera oportuna, completa y veraz para el propósito del proceso auditor 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.

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION		CODIGO: CI-FO-003
			VERSION: 5
	ACTA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORIA		FECHA: JUL 2025
			Página 1 de 3

APERTURA				
Fecha de inicio:			Hora de inicio	Lugar
11	05	2026	9:00 am	Oficina Control Interno de Gestión
Proceso: Egreso				
Observaciones: Se determinara el cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros; establecidos en el procedimiento. Se realizara una auditoria que comprenderá desde el cierre de la vigencia anterior hasta la presente fecha donde finaliza la presente revisión.				
REGISTRO				
Nombre		Responsable	Reunión de apertura Firma	Reunión de Cierre Firma
Claudia Emperatriz Godoy	Líder de Atención Hospitalaria			
Yesika Serrano Ramos	Referente Egreso			
Martin Eduardo Herrera León	Asesor de control Interno de Gestión			
Vanessa Carolina Contreras Fuentes	Profesional Universitario Especializado			
Martin Mora Hernández	Profesional Universitario Especializado			
Laura Natalia Barrera Echeverry	Profesional Universitario			
Mónica Yeraldys Hernández Contreras	Profesional Universitario			
Humberto Camilo Joves Buitrago	Profesional Universitario			
Paola Andrea Samboni Medina	Profesional Universitario			
Karla Juliana Silva García	Técnico Administrativo			
OBJETIVO DE LA AUDITORIA				
Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registro, formatos, manuales, protocolos, procedimientos entre otros, establecidos en el proceso de Egresos, con el fin de generar las recomendaciones que conduzcan al mejoramiento continuo del área auditada.				

METODOS Y PROCEDIMIENTOS

Los elementos de verificación, confrontación y evaluación en la presente auditoria, están determinados por el plan de acción institucional, códigos, manual de procesos y procedimientos, manual de funciones, planes de mejoramiento, mapa de riesgos, indicadores y normatividad vigente tanto interna como externa que afectan el proceso objeto de evaluación. Así mismo los aspectos inherentes al desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Para el desarrollo de la presente, se solicitaran los documentos, archivos y cualquier material físico o digital, para su respectiva evaluación y control.

ALCANCE

El alcance de esta auditoria será la vigencia comprendida entre el 1 de mayo del 2025 al 30 de abril del 2026.

CRITERIOS

Para la presente, los criterios no serán distintos a los establecidos en la Constitución Política, las Normas de Auditoria Generalmente Auditadas (NAGA), código de ética del auditor, Decreto 903 de 2014 *"por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud"*, Ley 1474 de 2011 *"Por el cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."*, Ley 80 de 1989 *"por lo cual se crea el Archivo General de la Nación"* y demás decretos reglamentarios. Se procederá igualmente por lo contemplado en el plan de acción institucional, código de integridad y buen gobierno, información pública (página web externa e intranet) y cualquier otra normativa externa o propia del procedimiento a auditar.

La Evaluación de Control Interno de Gestión será únicamente basada en evidencias que serán comunicadas una vez terminado el plazo para ser realizadas. Requerirá en especial un trabajo mancomunado entre las partes a fin de lograr una auditoria transparente y completa para la vigencia establecida.

CIERRE

Fecha:

Hora de cierre:

Lugar:

04 06

2026

Oficina Control Interno
de Gestión

Observaciones:

	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

--

SUSPENSIÓN				
Fecha:			Hora:	Lugar:
DD	MM	AAAA		
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:				

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA	FECHA: OCT 2023
		Página 1 de 6

1. ASPECTOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

Proceso		Responsable del proceso	
EGRESO DE PACIENTE		CLAUDIA EMPERATRIZ GODOY	
Fecha de apertura	Fecha de cierre	Fecha elaboración informe	Tipo de auditoría
11/05/2026	4/06/2026	29/05/2026	Programada
Auditores		Auditados	
Martín Eduardo Herrera León		Claudia Emperatriz Godoy	
Vanessa Carolina Contreras Fuentes		Yesika Serrano Ramos	
Martin Mora Hernández			
Humberto Camilo Joves Buitrago			
Laura Natalia Barrera Echeverry			
Mónica Yeraldly Hernández Contreras			
Paola Andrea Samboni Medina			
Karla Juliana Silva García			

Objetivo general:

Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registro, formatos, manuales, protocolos, procedimientos entre otros, establecidos en el proceso de Ingreso, con el fin de generar las recomendaciones que conduzcan al mejoramiento continuo del área auditada.

Alcance:

El alcance de esta auditoria será la vigencia comprendida entre el 1 de mayo del 2025 al 30 de abril del 2026.

Metodología:

Los elementos de verificación, confrontación y evaluación en la presente auditoria, están determinados por el plan de acción institucional, códigos, manual de procesos y procedimientos, manual de funciones, planes de mejoramiento, mapa de riesgos, indicadores y normatividad vigente tanto interna como externa que afectan el proceso objeto de evaluación. Así mismo los aspectos inherentes al desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Para el desarrollo de la presente, se solicitaron documentos, archivos y cualquier material físico o digital, para su respectiva evaluación y control.

Criterios:

Para la presente, los criterios no serán distintos a los establecidos en la Constitución Política, las Normas de Auditoria Generalmente Aceptadas (NAGA), código de ética del auditor, Decreto 903 de 2014 “por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud”, Ley 1474 de 2011 “Por el cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”, Ley 80 de 1989 “por lo cual se crea el Archivo General de la Nación” y demás decretos reglamentarios. Se procederá igualmente por lo contemplado en el plan de acción institucional,

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA	FECHA: OCT 2023
		Página 2 de 6

código de integridad y buen gobierno, información pública (página web externa e intranet) y cualquier otra normativa externa o propia del procedimiento a auditar.

La Evaluación de Control Interno de Gestión será únicamente basada en evidencias que serán comunicadas una vez terminado el plazo para ser realizadas. Requerirá en especial un trabajo mancomunado entre las partes a fin de lograr una auditoria transparente y completa para la vigencia establecida.

2. HALLAZGOS						
N.º	Descripción del hallazgo	Procesos y/o procedimientos	C	NC	OB	Fuente del hallazgo
1	Durante la revisión de la caracterización del proceso de egreso, se evidenció que el documento cuenta con actualización, aprobación y socialización ante el Comité de Gestión y Desempeño, conforme a la vigencia actual. No obstante, en la Intranet institucional continúa publicada la versión correspondiente a mayo de 2023, evidenciándose desactualización en el cargue del documento en dicho aplicativo. Acción preventiva	Caracterización egreso de pacientes EG-CA-001			X	Manual de procesos y procedimientos S.I.G
2	Tras la verificación de los Planes de Mejoramiento – derivados de auditorías anteriores, se evidenció que no existen actividades pendientes de cumplimiento, encontrándose las establecidas en estado cumplido.	Seguimiento Planes de Mejoramiento registrados en el PUM	X			Aplicativo Institucional PUM
3	Respecto a revisión de indicadores, se evidenció en el aplicativo institucional “tablero Único	Aplicativo Institucional TUCI –	X			Panel de indicadores

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN		CODIGO: CI-FO-005
			VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA		FECHA: OCT 2023
			Página 3 de 6

	de Indicadores las vigencias 2025 y 2026 cuentan con el respectivo análisis, seguimiento y soportes asociados.	Tablero Único de Indicadores.				
4	En la revisión del mapa de riesgos institucional del proceso de egreso, se evidenció cumplimiento en el cargue de la información en el aplicativo institucional de la intranet, así como en el seguimiento y soporte del control definido para el proceso.	Mapa de Riesgos egreso de pacientes	X			Intranet – Mapa de Riesgos Institucional
5	Tras la revisión de la auditoria anterior del Protocolo Seguimiento Post-Egreso de Pacientes EG-PT-001, se evidenció que se realizaron ajustes derivados de las observaciones identificadas en auditoria anterior. No obstante, en el punto N° 7.1 “seguimiento post-egreso”, continua la referencia al documento DT-PT-072 Protocolo de Bienvenida de Enfermería, referencia que debe ser eliminada y remplazada por HS-PT-062, que es el formato correcto. Observación identificada previamente y que aún no ha sido ajustada en el documento vigente, pese a encontrarse aprobado por Comité de Gestión y Desempeño. Acción Correctiva	Protocolo Seguimiento Post-egreso de Pacientes EG-PR-001		X		Manual de procesos y procedimientos S.I.G

6	Tras la revisión de la auditoria anterior realizada al Procedimiento de Egresos y Seguimiento post-Egreso de pacientes EG-PR-001, se evidenció que persisten las observaciones relacionadas con referencias documentales desactualizadas e inconsistencias en los formatos citados dentro del procedimiento vigente publicado en la intranet institucional. Durante la auditoria, el proceso presentó evidencia de gestión para la actualización del documento mediante remisión al área de planeación con fecha 8 de mayo de 2026, encontrándose pendiente de aprobación por Comité de Gestión y Desempeño. No obstante, al cierre de la auditoría, las observaciones continúan vigentes en la versión oficial del procedimiento publicada institucionalmente, toda vez que la actualización del documento se encuentra pendiente de aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño. Así mismo, se evidenció que la actividad N.º 16 “Egreso y Seguimiento Oncología Clínica” continúa incluida dentro del procedimiento, pese a	Procedimiento de Egreso y Seguimiento Post-Egreso de Pacientes EG-PR-001		X		Manual de procesos y procedimientos. S.I.G
---	---	--	--	---	--	--

	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN				CODIGO: CI-FO-005
					VERSION: 4
	INFORME DE AUDITORÍA				FECHA: OCT 2023
					Página 5 de 6

	que el cierre definitivo del servicio se realizó en diciembre de 2025. En consecuencia, se identifica una inconsistencia en la información publicada, debido a que dicho cambio no se encuentra reflejado en la versión disponible en la Intranet institucional.					
	Acción Correctiva					
7	En la actividad N.º 15 “Seguimiento post egreso” del procedimiento de egresos y seguimiento post-egreso de pacientes EG-PR-001, se evidencia en tiempo real y mediante registro fotográfico que la auxiliar de enfermería de egresos realiza el respectivo seguimiento a los pacientes con 10 días posteriores al egreso, a través de llamadas telefónicas, aplicando la encuesta de seguimiento al paciente egresado conforme a lo establecido en el procedimiento institucional.	Procedimiento de Egreso y Seguimiento Post-Egreso de Pacientes EG-PR-001	X			Tiempo real Registro fotográfico Aplicativo institucional Post-Egresos

Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda.

RECOMENDACIONES:

Gestionar la actualización oportuna de la documentación aprobada en la Intranet institucional, garantizando el acceso a versiones vigentes y evitando el uso de documentos desactualizados.

Fortalecer la revisión y validación integral de la documentación previa a su aprobación y publicación institucional, garantizando el cierre total de las observaciones identificadas y la actualización correcta de las referencias documentales.

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

Fortalecer el seguimiento y control de la actualización documental, garantizando que las observaciones identificadas en auditorías anteriores sean subsanadas oportunamente y formalizadas dentro de los tiempos establecidos institucionalmente.

Mantener vigilancia y registros de Planes Únicos de Mejoramiento, indicadores, mapas de riesgos y demás que estén en desarrollo.

Los hallazgos referenciados como OBSERVACIONES en la presente auditoria, de persistir en la falla serán NO CONFORMIDAD.

El responsable del proceso evaluado debe establecer acciones de mejoramiento a los hallazgos considerados como No Conformidad (NC) en el formato **MC-FO-010** Plan 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.

Karla Juliana Silva.



Karla Juliana Silva García
Martín Eduardo Herrera León

ELABORADO POR

APROBADO POR

