

 <b>HOSPITAL</b> UNIVERSITARIO DE CUNDINAMARCA	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
Proceso: Gestión de Control Interno		HOJA	Página 1 de 19

Fecha de emisión del informe:	30/10/2025.	Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	GESTION DE CALIDAD
Nombre y cargo del responsable del proceso:	Aarol Lee Mendez-Jefe de la oficina de planeación, María Claudia Morillo, Profesional de calidad.		
Objetivo:	Hacer seguimiento y Verificar el cumplimiento de los planes, procedimientos, indicadores, Riesgos del proceso de Gestión de Calidad y del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, así como la normatividad aplicable al proceso.		
Alcance:	Revisar la gestión adelantada durante la vigencia enero a agosto 2025, en cuanto a los planes, programas, procedimientos, riesgos, indicadores del proceso de gestión de calidad y sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, de acuerdo a las evidencias, entrevistas y soportes de dicha vigencia.		
Criterios de la Auditoría:	Resolución 3100 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, ISO 9001-2015, Modelo integrado de planeación y Gestión MIPG, Manual De Calidad, PAMEC 2025, Resolución 256 de 2016, Manuales , procesos , procedimientos y guías de Gestión integrada de la calidad.		

#### Desarrollo de la auditoria

Se dio inicio a la auditoria a las 3:00 Pm realizando la lectura del acta de apertura y dejando firmas del auditor y auditados.

Se verifican los procedimientos estandarizados de área de calidad y si los mismos se conocen por parte de los involucrados en el proceso.

Se evidencia que en el listado maestro el proceso de gestión integrada de a calidad cuenta con los siguientes procedimientos, de los cuales se evaluará su implementación a Agosto 2025:

PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACION CUALITATIVA - PAMEC
PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA PAMEC
PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACION CUANTITATIVA PAMEC
PROGRAMA PAMEC
PROCEDIMIENTO_AUDITORIA_INTERNA Versión 2
PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL
GUIA PARA LA ELABORACIÓN Y CONTROL DE LA INFORMACION DOCUMENTADA DEL SIGC

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO PUMAREJO DE COLOMBIA	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
<b>Proceso:</b> Gestión de Control Interno		HOJA	Página 2 de 19

Con respecto al PROCEDIMIENTO de EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL, el mismo no fue remitido en la documentación solicitada para su verificación.

Con respecto al procedimiento de auditorías internas versión 3, se evidencia no cuenta con los parámetros recomendados en la guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG). 4.1. Documentación de Procedimientos, con respectos a las actividades que describen en los procedimientos deben ser muy claras, las actividades deben describir una secuencia, cada actividad debe tener un responsable, debe tener un diagrama de flujo de las actividades descritas, para el cual se recomienda tener en cuenta lo estipulado en la guía para la documentación de procedimientos.

Se evidencia resolución del comité de calidad No.036 del 17 de febrero de 2023 en el cual se establece que las reuniones son de periodicidad bimestral, a lo cual se evidencia cumplimiento debido a que a corte del mes de agosto se han generado 4 actas de reuniones de comité en los meses de enero, marzo, mayo julio de 2025.

Se continúa verificando si la ESE cuenta con indicadores de gestión de los procesos para lo cual se evidencia que la ESE no cuenta con indicadores de gestión de los procesos e institucionales de acuerdo a lo establecido en el MIPG - Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la 4<sup>a</sup>. Dimensión: Evaluación de Resultados que defina las mediciones necesarias para monitorear el desempeño de sus procesos, productos, servicios y cumplimiento de su planeación estratégica. Para lo anterior, podría tener en cuenta la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión.

Se procede a verificar los riesgos del proceso de calidad en el mapa de riesgos institucional :

Riesgo27	OPERACIONAL	Calidad	<p>1. La Líder de Calidad revisa el procedimiento de verificación de las condiciones de habilitación de la prestación de servicios, asegurando el cumplimiento de los estándares establecidos para la ESE.</p> <p>2. La Líder de Calidad implementa la herramienta H, con el fin de evaluar y asegurar el cumplimiento de las condiciones de habilitación según los requisitos normativos.</p> <p>3. La Líder de Calidad hace seguimiento al indicador de habilitación en el plan de acción de la Super Salud, asegurando que se cumplan los estándares de habilitación establecidos.</p>
Riesgo28	OPERACIONAL	Calidad	<p>1. La Líder de Calidad ejecuta el cronograma PAMEC, garantizando el cumplimiento de los plazos establecidos para todas las actividades del plan.</p> <p>2. La Líder de Calidad revisa el cumplimiento y seguimiento del PAMEC, asegurando que todas las acciones se implementen conforme a la ruta crítica definida.</p>

 <b>HOSPITAL</b> <b>ROSAÑO DE MARZO</b> <b>EN FAMILIA Y EN VIDA</b> NIT: 892399994-5	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>		CÓDIGO	GCI-FR-008
			VERSIÓN	001
			FECHA	06/02/2023
Proceso: Gestión de Control Interno		HOJA	Página 3 de 19	

Riesgo29	OPERACIONAL	Calidad	1. La Líder de Calidad, junto con los profesionales de apoyo, realiza acompañamiento en la elaboración de los procesos de las diferentes áreas, garantizando que se implementen de acuerdo con la Guía para la elaboración y control de la información documental SIGC.
----------	-------------	---------	---

Para lo cual se dejaron las siguientes observaciones y recomendaciones para que sean tenidas en cuenta en la actualización de mapa de riesgo:

Seguimiento planeación.	Observaciones y recomendaciones control interno (RIESGO 28)	Evaluación control interno-Estado del control a 30 de Junio de 2025.
"Se evidencia seguimiento de la herramienta H, por tanto el resultado es eficaz.	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/1S2LfmEsrawcUOKX3Z-KM8fhIOBEFE2I?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1S2LfmEsrawcUOKX3Z-KM8fhIOBEFE2I?usp=drive_link</a>	Se evidencia seguimiento de la herramienta H, por lo cual se puede observar que el control es eficaz.
Seguimiento planeación.	Observaciones y recomendaciones control interno (RIESGO 29)	Evaluación control interno-Estado del control a 30 de Junio de 2025.
Se evidencia informe de seguimiento durante los meses mayo y enero de 2025, queda pendiente seguimiento de los meses febrero, marzo y abril, por tanto se considera que el seguimiento da un resultado parcial.	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/1s8NC_7uC4yEfoxNjAjWgCrayJ_hwPNT?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1s8NC_7uC4yEfoxNjAjWgCrayJ_hwPNT?usp=drive_link</a> Se evidencia listado de asistencia y acta de cierre del PAMEC en el mes de enero, no se presentan avances en los meses de febrero, marzo, abril, para el mes de mayo la líder de calidad envía soportes correspondientes al comité de calidad realizado y no se habla nada de PAMEC, por lo cual se cumple con un 20% en el periodo evaluado	El control se ejecuta parcialmente, por lo cual se recomienda el cumplimiento de los controles para evitar la materialización del riesgo y que el cargue de los soportes corresponda a estipulado debido a que en el mes de mayo no corresponde la evidencia al control.
Seguimiento planeación.	Observaciones y recomendaciones control interno (RIESGO 30)	Evaluación control interno-Estado del control a 30 de Junio de 2025.

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO LOPEZ DE ACOSTA	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
<b>Proceso: Gestión de Control Interno</b>		HOJA	Página 4 de 19

"El área de calidad evidencia soporte de acuerdo a los controles durante los meses evaluados, por tanto el resultado es eficaz.	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/1hvIX9jWUx0MfF46Wii70MuздOApDgp?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1hvIX9jWUx0MfF46Wii70MuздOApDgp?usp=drive_link</a>	Se evidencia acta de aprobación de los meses de enero a mayo firmados por el líder de calidad y el agente especial interventor, por lo cual se evidencia el cumplimiento de este control y que es eficaz.
---	---	---

#### **MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS-MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG**

Se Continúa verificando la implementación de la Guía para la elaboración y control de la información documentada del SIGC y del listado maestro documental el cual apunta al cumplimiento de la implementación de la Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos de la 3<sup>a</sup>. Dimensión: Gestión con valores para resultados del Modelo integrado de planeación y gestión.

Los procesos no se encuentran caracterizados de acuerdo a lo establecido en el Modelo integrado de planeación y gestión, para lo cual se recomienda tener en cuenta lo dispuesto en la Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG)

Se verifica si se identifican las necesidades para elaborar, actualizar o eliminar información documentada que se requiera en los procesos y se informa por medio de oficio o correo electrónico calidad@hprlopez.gov.co la necesidad del proceso de la gestión documental para lo cual se revisaron los siguientes documentos y como se realiza la actividad:

Protocolo para la correcta identificación del paciente GE-PT-005 002 de fecha 15/07/2025 con acta de aprobación 2025-013.

Evaluaciones Medicas Ocupacionales GC-PD-005 003 de fecha 15/07/2025 con acta de aprobación 2025-013 el cual se remitió a calidad el 10 de Julio de 2025 al correo de calidad.

Manual de referencia y contrarreferencia GRC-MA-001 004 de fecha 16/06/2022 aprobado en acta 2025-011, no se remitió al correo de calidad, a la misma se realizó revisión en mesa de trabajo.

Manual para el manejo de inventarios y emergencias en el banco de sangre PPA-MA-046 de fecha 15/01/2025 aprobado mediante acta 2025-001, el mismo se elaboró por solicitud de auditoría del INVIMA.

Protocolo de Criterios De Ingreso Y Egreso Al Servicio De Uci Adulto PPA-PT-078 001 de fecha: 31/01/2025 acta 2025-002, el documento se elaboró por hallazgo de la secretaría de salud departamental.

Procedimiento para la articulación de planes de trabajo entre la ESE y estamentos educativos DSI-PD-002 de fecha 30/04/2025 aprobado mediante acta 2025-008, se remitió a calidad el día 23 de abril de 2025.

 <b>HOSPITAL</b> <b>RODRIGO DE LOURDES</b> NIT: 892399994-5	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
<b>Proceso:</b> Gestión de Control Interno		HOJA	Página 5 de 19

Procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal en carrera, LNR y provisional GTH-PD-011 de fecha 15/05/2025 aprobado mediante Acta 2025-009, se remitió al área de calidad el 14 de Mayo de 2025.

Procedimiento para la logística del proceso de donación PPA-PD-010 001 de fecha 15/01/2025 y Acta de aprobación 2025-001, se documentó por el área de calidad por requerimiento de auditoria externa, se evidencia que la misma no se encuentra en el acta de aprobación del mes de enero según lo estipulado en el control de cambio y en el listado maestro.

Procedimiento para la detección oportuna del potencial donante PPA-PD-009 de fecha 15/01/2025 y Acta de aprobación 2025-001, se evidencia que la misma no se encuentra en el acta de aprobación del mes de enero, según lo estipulado en el control de cambio y en el listado maestro

Modelo de atención DIN-PE-M-001 de fecha 15/08/2025 se evidencia aprobación en acta 2025-014.

Procedimiento de Reporte de Incidente-Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral GTH-ST-D-001 de fecha 15/08/2025 y se evidencia su aprobación en acta de 2025-014, se actualizó por requerimiento de positiva.

Se verifica si para la realizar una actualización de un documento se debe primero realizar una copia para conservar la versión anterior en las carpetas de obsoletos y posteriormente elaborar las modificaciones en otro documento con nueva versión con el fin de evidenciar la trazabilidad de la gestión documental.

Los documentos que requieran eliminación deben ser guardados en unas carpetas denominadas documentos obsoletos, para lo cual se evidencia que para los documentos revisados se guardan en una carpeta de obsoletos.

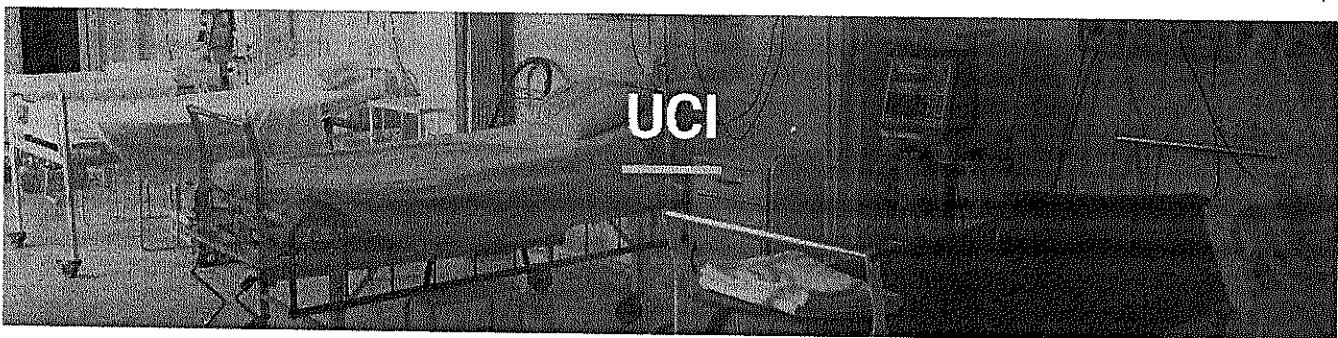
Se evidencia que se recibe el documento para la revisión en la cual se verifica que la información cumple con los criterios de la guía para la elaboración y control de la información documentada, se asignar el código al documento nuevo, teniendo en cuenta los consecutivos del listado maestro de documentos y se realiza el cambio de versión y fechas cuando el documento requiere actualización.

Se verídica si se Aprueban por medio de acta el documento codificado, la cual contiene las firmas en original de la Gerencia, Representante legal o interventor y líder de calidad, para lo cual se evidencia todos los documentos verificados se Aprobaron mediante acta y cuenta con firmas correspondientes, para lo cual se evidencio acta de aprobación parcialmente teniendo en cuenta que 2 documentos no se encuentran relacionadas en las actas.

Se verifica si se Socializa y publica la información documentada en el portal web institucional como evidencia en los puntos de uso. <https://sites.google.com/hrlopez.gov.co>, para lo cual se pudo evidenciar que en el portal no se encontraron publicados los documentos de la muestra verificada durante la vigencia 2025.

 <p><b>HOSPITAL</b> ROSARIO PUMAREJO</p> <p>NIT: 892399994-5</p>	<h2>INFORME FINAL AUDITORIA</h2> <p>Proceso: Gestión de Control Interno</p>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023

HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO ...
Inicio · Administración · Asistenciales



TÍTULO	ÚLTIMA MODIFICACIÓN
8. PROTOCOLO DE MANEJO CARRO DE PARO.pdf	22 abr GESTION DE LA CALIDAD ESE HROP

30°C  
Mayom, nublado
Buscar
ESP LAA
02:43 p.m.  
22/10/2025

HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO ...
Inicio · Administración · Asistenciales



30°C  
Mayom, nublado
Buscar
ESP LAA
12:05 p.m.  
22/10/2025

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
	Proceso: Gestión de Control Interno	VERSIÓN	001
	HOJA	FECHA	06/02/2023

HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO ...

CEVITTECA - COUPAC - DIRECCIÓN ESTADÍSTICA

**HOSPITAL**  
**Referencia**  
**ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ**

FOMRATOS INSTITUCIONALES DE REFERENCIA

TÍTULO	ÚLTIMA MODIFICACIÓN
1. FORMATO DE AUTORIZACION DE SALIDA DE ABULAN...	11/1/24 GESTIÓN DE LA CALIDAD ESE HRPL
1. FORMATO DE AUTORIZACION DE SALIDA DE ABULAN...	20/11/23 GESTIÓN DE LA CALIDAD ESE HRPL

2. 30°C  
Mayom, nublado

Buscar

Inicio · Administración · Asistencia

ESP  
LAA

02:34 p.m.  
22/10/2025

HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO ...

inicia · Administracion · Asistencia

**POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

GUÍAS DE BUENAS ...

POLÍTICA DE SEC ...

PROGRAMA SEGU...

2. 30°C  
Mayom, nublado

Buscar

Inicio · Administración · Asistencia

ESP  
LAA

02:35 p.m.  
22/10/2025

**INDICADORES EAPB**

Se prosigue a verificar si se remiten indicadores 1552 de las EPS mensualmente y ministerio semestralmente en el aplicativo SISPRO. Para lo cual se evidencia envío de los indicadores de las siguientes EAPB:

 <b>HOSPITAL</b> <small>ROSAÑO DE COPACABANA</small> NIT: 892399994-5	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>							CÓDIGO	GCI-FR-008	
	VERSIÓN	001								
	Proceso: Gestión de Control Interno							FECHA	06/02/2023	
							HOJA	Página 8 de 19		

EPS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
ASMET SALUD	04/02/2025	03/03/2025	07/04/2025	05/05/2025	03/06/2025	02/07/2025	01/08/2025	01/09/2025
CAJACOPI	04/02/2025	04/03/2025	07/04/2025	05/05/2025	03/06/2025	02/07/2025	04/08/2025	05/09/2025
COOSALUD	17/02/2025	10/03/2025	07/04/2025	21/05/2025	03/06/2025	02/07/2025	01/08/2025	05/09/2025
DUSAKAWI	04/02/2025	03/03/2025	07/04/2025	05/05/2025	04/06/2025	02/07/2025	04/08/2025	05/09/2025
EPS FAMILIAR	07/02/2025	05/03/2025	07/04/2025	05/05/2025	04/06/2025	02/07/2025	04/08/2025	05/09/2025
MUTUAL SER	07/02/2025	04/03/2025	07/04/2025	06/05/2025	05/06/2025	02/07/2025	05/08/2025	05/09/2025
NUEVA EPS	10/02/2025	11/03/2025	04/04/2025	08/05/2025	06/06/2025	04/07/2025	08/08/2025	08/09/2025
FOMAG	No se evidencia reporte	04/03/2025	07/04/2025	06/05/2025	05/06/2025	02/07/2025	01/08/2025	08/09/2025
FAMISANAR	No se evidencia reporte	02/07/2025	01/08/2025	08/09/2025				

Del cual se evidencia que para la EAPB FOMAG no se cuenta con soportes correspondientes al mes de Enero 2025 y de FAMISANAR no se evidencia reporte desde los meses de enero-Mayo 2025, de lo cual se informa por el auditado que por parte del FOMAG no se recibió solicitud o información correspondiente para realizar el reporte del mes de enero 2025 aun cuando el contrato inicio desde esa fecha, con respecto a la ESP FAMISANAR a la fecha la ESE no cuenta con contrato con la misma según se informa por parte del área de Mercadeo.

Se evidencia reportes ante la plataforma SISPRO del ministerio de salud y protección social de la resolución 256 de 2016 correspondiente al I, II Trimestre dentro de los términos establecidos por el ente.

#### AUDITORIAS EXTERNAS

Se procede a revisar las auditorías recibidas en la ESE por parte de los entes externos de control y EAPB que son atendidas por el área de calidad:

 <b>HOSPITAL</b> HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
Proceso: Gestión de Control Interno		HOJA	Página 9 de 19

No.	VISITA DE ENTES DE CONTROL	OBJETO DE LA VISITA	FECHA DE VISITA	PLAN MEJORAMIENTO DE
1.	EPS ASMET SALUD	Realizar auditoria en registros clínicos de acuerdo al cronograma establecido desde la sede nacional de Asmet Salud EPS, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de los procesos.	22/01/2025	
2.	EPS ASMET SALUD	Realizar auditoria con el propósito de verificar la oportunidad de citas en la institución, se aplica el papel de trabajo GAS-GAI-F-21 verificación oportunidad en la asignación de citas médicas.	23/01/2025	
3.	EPS ASMET SALUD	Realizar auditoria con el propósito de realizar la verificación del comité científico- interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de los procesos.	24/01/2025	
4.	EPS ASMET SALUD	Realizar auditoria con el fin de llevar a cabo la verificación de la resolución 5596/2015: por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de paciente en los servicios de urgencias Triage, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de los procesos.	26/03/2025	

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
Proceso: Gestión de Control Interno		HOJA	Página 10 de 19

5.	DUSAKAWI	Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad para la prestación de servicios de salud, evaluando los indicadores que apliquen, las características de calidad y alerta sobre las desviaciones/o no conformidades de los procesos tecnico-científicos, con el fin de generar acciones preventivas y/o correctivas.	17/03/2025	
6.	MUTUAL SER	Socialización de resultados semestrales evaluación de GPC, historias clínicas, rondas de seguridad, análisis de indicadores RES 256 y análisis de eventos adversos, Hospital Rosario Pumarejo de López Contrato N° 21953, diciembre 2024	15/01/2025	
7.	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	Realizar asistencia técnica del reglamento sanitario internacional 2005, con el fin de facilitar la adopción e implementación en el Hospital Rosario Pumarejo de López.	28/02/2025	
8.	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	Realizar acciones de inspección, vigilancia y control en aras de evidenciar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el ministerio de salud, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud.	19/03/2025	

 <b>HOSPITAL</b> <b>Rosario Gómez Urdaneta</b> NIT: 892399994-5	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>		CÓDIGO	GCI-FR-008
			VERSIÓN	001
			FECHA	06/02/2023
<b>Proceso: Gestión de Control Interno</b>		HOJA	Página 11 de 19	

9.	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	Revisar la atención prestada a la paciente Yuli Paola Montes Peñaloza, la cual desencadenó en muerte materna (evento 550) y Ana Lucia Crespo Crespo (muerte por desnutrición evento 591)	06/05/2025	Pendiente soporte de envió plan de mejoramiento dentro de los 5 días siguientes al envío del informe.
10.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE VALLEDUPAR	Realizar visita a IPS del municipio con servicios de urgencias y hospitalización, para el seguimiento a los planes de trabajo, así como a los planes de mejoramientos en casos de mortalidad por dengue y/o casos de interés en salud pública priorizados.	23/04/2025	
11.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE VALLEDUPAR	Realizar seguimiento a la resolución 1552 de 2013	23/04/2025	Tarea: Medir el tiempo de espera entre la hora asignada y la hora efectiva de la atención por parte del especialista tratante plazo de la acción junio 2025.
12.	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE VALLEDUPAR	Realizar visitas a IPS del municipio con servicios de urgencias y hospitalización, para el caso de seguimiento a los planes de trabajo, así como a los planes de mejoramiento en casos de mortalidad por dengue y/o casos de interés en salud pública priorizados.	5/08/2025	Realizar auditorías de historias clínicas de Dengue con base al instrumento y realizar planes de mejora si aplica plazo 20 de noviembre de 2025

De los anterior se evidenciaron 12 visitas atendidas de enero-agosto 2025, de las cuales se cuenta con 2 planes de mejoramiento formulados y a los cuales se realizó seguimiento por parte del área de calidad.

Se evidencia que en la visita de SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD con el objeto de revisar la atención prestada a la paciente Yuli Paola Montes Peñaloza, la cual desencadenó en muerte materna (evento 550) y Ana Lucia Crespo Crespo (muerte por desnutrición evento 591) de fecha 06/05/2025 se solicita plan de mejoramiento por desnutrición y su remisión al ente dentro de los 5 días siguientes del cual no se cuenta con soportes de envío del plan de mejoramiento envío al ente de control.

 <p>LICENCIADA ROSARIO Y MAREJO DE LÓPEZ NIT: 892399994-5</p>	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>		CÓDIGO	GCI-FR-008
			VERSIÓN	001
			FECHA	06/02/2023
<b>Proceso: Gestión de Control Interno</b>		HOJA	Página 12 de 19	

Se recomienda se establezcan planes de mejoramiento para las visitas donde se dejaron recomendaciones y/o sugerencia para garantizar el mejoramiento continuo en las visitas realizadas por los entes de control.

## AUDITORIAS INTERNAS

Se evidencia que se cuenta con cronograma en el formato del plan de auditorías internas 2025 en el cual se establecen auditorias de calidad a desarrollar en las vigencias en el formato C-FR-005.

Se procede a verificar el cumplimiento del plan de auditorías corte al mes de agosto de acuerdo a lo siguiente:

SERVICIO	PLAN ANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS												OBSERVACIONES	
	Proceso: Gestión integral de calidad													
	AÑO 2025													
SERVICIO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		
GESTION PRETRANSFUSIONAL	26													
UCI ADULTO 5 PISO - POLIVALENTE		3												
UCI PEDIATRICA		4												
CIRUGIA		5												
LABORATORIO CLINICO			3											
URGENCIAS				20										
CONSULTA EXTERNA					6						18			
SERVICIO FARMACEUTICO					8									
COCINA					11					17				
LAVANDERIA					22					20				
UCI NEONATAL Y BANCO DE LECHE Y PUERPERIO		24												
CIRUGIA MATERNIIDAD - ATENCION DEL PARTO		26			19									
HOSPITALIZACION PEDIATRIA					14									
HOSPITALIZACION 4 Y 5 PISO					21									
SALUD MENTAL					31			31						
GESTION DEL TALENTO HUMANO			6											
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPÉUTICA							31							
TRANSPORTE ASISTENCIAL					25									
	PROGRAMADA	REALIZADA	REALIZADA	REALIZADA	REALIZADA									

Se evidencia que plan de auditorías internas vigencia 2025, no cuenta con fecha y nombres de elaboro y aprobó.

Con respecto a los avances en el plan de auditoría 2025 evidencia un cumplimiento del parcial teniendo en cuenta que a agosto 2025 solo se ha ejecutado el 50% de las auditorías internas de acuerdo a lo programado en el cronograma 2025, de las cuales se han ejecutado las siguientes:

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO GÓMEZ DE LLERENA	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	
	CÓDIGO	GCI-FR-008
	VERSIÓN	001
	FECHA	06/02/2023
	Proceso: Gestión de Control Interno	HOJA Página 13 de 19

Mes de Enero:

1. UCI Adulto

Mes de Febrero

2. UCI Pediátrico

Mes de Marzo:

3. LABORATORIO CLINICO
4. TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO
5. SERVICIO PRETRANSFUSIONAL

Mes de abril:

6. URGENCIAS.

Mes de Mayo:

7. ATENCIÓN DEL PARTO

Mes de Junio:

8. TRANSPORTE ASISTENCIAL

Mes de Julio

9. TERAPIAS

Mes de Agosto:

10. HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL

Con respecto a las auditorias desarrolladas se evidencia diligenciamiento de la herramienta de habilitación y/o lista de chequeo, pero no se cuenta con soporte de informe de auditoría interna realizada, así como tampoco soportes de socialización al líder de proceso auditado, no se cuenta con soportes de formulación de un plan de acción, o plan de mejoramiento donde se determine responsables, fechas de cumplimiento de las observaciones y acciones establecidas en el informe, y seguimiento a las acciones de mejora establecidas para garantizar el mejoramiento continuo en los procesos de la ESE.

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO Y MARTÍNEZ DE ROZAS www.hrr.gov.co	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
Proceso: Gestión de Control Interno		HOJA	Página 14 de 19

**PAMEC- Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y del Procedimiento de auditoria PAMEC.**

Se continúa verificando el cumplimiento de las actividades del Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y del Procedimiento de auditoria PAMEC.

Se inicia verificando si se establecieron los equipos de trabajo, planea los objetivos y actividades de los equipos y los formatos para la autoevaluación de acuerdo a lo establecido, para lo cual se evidencia que se crearon los equipos de autoevaluación por grupos de estándares PAMEC, mediante Resolución No.234 del 12 de agosto de 2022.

Se evidencia se cuenta con CRONOGRAMA PAMEC 2025 en su versión 1, el cual no cuenta con fecha y cargo de elaboración, aprobación, la Autoevaluación de estándares estaba programa en julio-Agosto 2025 la cual no cuenta con avances de su ejecución.

Se cuenta con cronograma PAMEC 2025 en su versión 2 del 15 de agosto de 2025:

- Identificar y seleccionar las personas que harán parte de los equipos de autoevaluación.
- Definir funciones del equipo de autoevaluación y mejoramiento.
- Realizar conceptualización teórica en donde se profundice sobre los elementos estructurales de la metodología PAMEC.
- Diseñar los instrumentos necesarios que se utilizaran para el proceso de la ruta crítica del PAMEC.

Se evidencia que la resolución 234 de 2022 fue actualizada mediante resolución No. 387 de Julio de 2025, la cual está vigente a la fecha de la auditoria y en la misma se evidencia el cumplimiento del cronograma hasta el mes de agosto 2025.

Se evidencia reunión de fecha 31 de Julio de 2025 con el objetivo de socializar la actualización y/o ajuste del documento “Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)” a los miembros del comité, y definir estrategias efectivas para implementar las mejoras propuestas.

Se evidencia PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD P.A.M.E.C. actualizado con Fecha de Emisión: 15/08/2025

En el cual se estandarizaron los siguientes formatos para implementación del PAMEC:

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO PUMAREJO DE CÚCUTA NIT: 892399994-5	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	
	Proceso: Gestión de Control Interno	CÓDIGO VERSIÓN FECHA
		001 06/02/2023

G/C-SO-F-001	<i>Cronograma y Ruta Crítica</i>
G/C-SO-F-002	<i>Autoevaluación Cualitativa</i>
G/C-SO-F-003	<i>Selección de Procesos a Mejorar</i>
G/C-SO-F-004	<i>Matriz de Priorización</i>
G/C-SO-F-005	<i>Ficha Técnica de Indicadores</i>
G/C-SO-F-006	<i>Medición Inicial y Calidad Esperada</i>
G/C-SO-F-007	<i>Plan de Mejoramiento</i>
G/C-SO-F-008	<i>Seguimiento al Plan de Mejoramiento</i>
G/C-SO-F-009	<i>Aprendizaje Organizacional</i>
G/C-SO-F-010	<i>Protocolo de Auditorías Internas</i>

### **CONCLUSIONES/FORTALEZAS**

1. Existe buena disposición del auditado y colaboración para la ejecución de la auditoría y entrega de información solicitada.
2. Se cuenta con procedimiento y guías del proceso documentado.
3. Se crearon equipo de autoevaluación PAMEC mediante Resolución No. No. 234 de 2024 y la misma fue actualizada mediante resolución No. 387 de Julio de 2025.
4. Se cuenta con comité de calidad establecido mediante resolución No.036 del 17 de febrero de 2024 en el cual se establece que las reuniones son de periodicidad bimestral, a lo cual se evidencia cumplimiento debido a que a corte del mes de agosto se han generado 4 actas de reuniones de comité en los meses de enero, marzo, mayo julio de 2025.
5. Se reporta la resolución 256 de 2016 dentro de los términos establecidos.
6. Se evidencia mejoras en los tiempos de respuesta en la revisión y estandarización de documentos por parte del área de calidad.
7. Se cuenta con Programa PAMEC y cronograma actualizado para la vigencia 2025.
8. Se cuenta con Plan de auditorías para la vigencia 2025.

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO Y MARENO DE CORGA NIT: 892399994-5	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
<b>Proceso: Gestión de Control Interno</b>		HOJA	Página 16 de 19

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA				
No.	CRITERIOS	NC	OBS	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
1.	Sistema de administración de riesgos, 2021170000005-5 del 2021, 2021170000004-5 del 2021 y la 2022151000000053-5 de 2022 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud y guías de administración del riesgo establecidos por la Función pública.	X		Se evidencia cumplimiento parcial de los controles y debilidades en el reporte de soportes de cumplimiento del riesgo 28, el cual amerita revisión por parte del líder del proceso para evitar materialización de los riesgos, en cumplimiento a la normatividad estipulada en la ESE, en la SNS y recomendaciones generadas en el seguimiento a corte de 30 de Junio 2025 por parte de la oficina de control interno.
2.	MIPG - Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la 4 <sup>a</sup> . Dimensión: Evaluación de Resultados Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión.	X		Se evidencia que la ESE no cuenta con indicadores de gestión de los procesos de acuerdo a lo establecido en el MIPG - Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la 4 <sup>a</sup> . Dimensión: Evaluación de Resultados que defina las mediciones necesarias para monitorear el desempeño de sus procesos, productos, servicios y cumplimiento de su planeación estratégica, para lo anterior, podría tener en cuenta la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión.
3.	Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG).	X		Los procesos de la ESE, no se encuentran caracterizados de acuerdo a lo establecido en la Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) y de acuerdo a las debilidades reportadas en la medición del MIPG-FURAG.  El procedimiento de auditorías internas versión 3, se evidencia no cuenta con los parámetros recomendados en la guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG). 4.1. Documentación de Procedimientos, con respectos a las actividades que describen en los procedimientos deben ser muy claras, las actividades deben describir una secuencia, cada actividad debe tener un responsable, debe tener un diagrama de flujo de las actividades descritas, para el cual se recomienda tener en cuenta lo estipulado en la guía para la documentación de procedimientos.

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO PUMAREJO DE LORA	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
	Proceso: Gestión de Control Interno	HOJA	Página 17 de 19

4.	Guía para la elaboración y control de la información documentada del SGIC.	X	<p>Se evidenciaron 2 documentos de la muestra con No. de acta, fecha y aprobación estipulados en el control de cambio y listado maestro, pero al momento de verificar no se encuentran relacionados en las actas según lo descrito:</p> <p>Procedimiento para la logística del proceso de donación PPA-PD-010 001 de fecha 15/01/2025 y Acta de aprobación 2025-001, se documentó por el área de calidad por requerimiento de auditoria externa, se evidencia que la misma no se encuentra en el acta de aprobación del mes de enero según lo estipulado en el control de cambio y en el listado maestro.</p> <p>Procedimiento para la detección oportuna del potencial donante PPA-PD-009 de fecha 15/01/2025 y Acta de aprobación 2025-001, se evidencia que la misma no se encuentra en el acta de aprobación del mes de enero, según lo estipulado en el control de cambio y en el listado maestro.</p>
5.	Guía para la elaboración y control de la información documentada del SGIC.	X	<p>Se evidencia que la documentación estandarizada de la muestra verificada no se encuentra publicada en el portal web institucional como evidencia en los puntos de uso. <a href="https://sites.google.com/hrlopez.gov.co">https://sites.google.com/hrlopez.gov.co</a>, de acuerdo a lo estipulado en la Guía.</p>
6.	Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006 (en su Anexo Técnico No. 2). resolución No.234 de 2022, Cronograma PAMEC 2025 Versión 1.	X	<p>En el cronograma PAMEC Versión 1, no cuenta con fecha de elaboración, aprobación, y en el mismo no se pudo verificar cumplimiento de la etapa planeada de autoevaluación, de igual manera se evidencia que el mismo fue actualizado y se cuenta con un cronograma versión 2 la cual tiene vigencia a partir del 15 de agosto el cual debe darse cumplimiento para garantizar la efectividad del PAMEC durante la vigencia 2025.</p>
7.	Procedimiento de auditoría, Plan de auditorías internas 2025.	X	<p>En el plan de auditoría 2025, no cuenta con fecha y responsable de elaboración y aprobación, además se evidencia un cumplimiento parcial teniendo en cuenta que a agosto 2025 solo se ha ejecutado el 50% de las auditorías internas de acuerdo a lo programado en el cronograma 2025.</p> <p>No se cuenta con soporte de informe de auditoría interna realizada, así como tampoco soportes de socialización al líder de proceso auditado, no se cuenta con soportes de formulación de un plan de acción, o plan de mejoramiento donde se determine</p>

 <b>HOSPITAL</b> <b>ROGARIO PUMAREJO DE LOPERA</b> NIT: 892399994-5	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>		
	Proceso: Gestión de Control Interno		CÓDIGO VERSIÓN FECHA
			GCI-FR-008 001 06/02/2023

				responsables, fechas de cumplimiento de las observaciones y acciones establecidas en el informe, y seguimiento a las acciones de mejora establecidas para garantizar el mejoramiento continuo en los procesos de la ESE.
8.	Contrato de FOMAG Resolución 1552 de 2013 Ministerio de Salud.	X		Del cual se evidencia que para la EAPB FOMAG no se cuenta con soportes correspondientes al mes de Enero 2025 y de FAMISANAR no se evidencia reporte desde los meses de enero-Mayo 2025, de lo cual se informa por el auditado que por parte del FOMAG no se recibió solicitud o información correspondiente para realizar el reporte del mes de enero 2025 aun cuando el contrato inicio desde esa fecha, con respecto a la ESP FAMISANAR a la fecha la ESE no cuenta con contrato con la misma según se informa por parte del área de Mercadeo, para lo cual se recomienda que el área de calidad tenga conocimiento de las cláusulas y anexos de indicadores y demás ítem del sistema obligatorio de la calidad estipulados en los diferentes contratos para evitar riesgos por incumplimiento.
9.	Informe secretaria de salud departamental, Resolución N° 2350 de 2020.	X		Se evidencia que en la visita de SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD con el objeto de revisar la atención prestada a la paciente Yuli Paola Montes Peñaloza, la cual desencadenó en muerte materna (evento 550) y Ana Lucia Crespo Crespo (muerte por desnutrición evento 591) de fecha 06/05/2025 se solicita plan de mejoramiento de mortalidad por desnutrición y su remisión al ente dentro de los 5 días siguientes del cual se presenta plan de mejoramiento del mes de febrero pero el mismo no cuenta con soporte de envío al ente de control y seguimiento por el área de calidad.

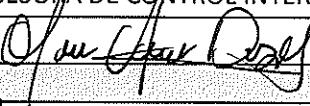
No. de Observaciones u oportunidades de mejora:	4
No. de No conformidades de Norma:	5
Fortalezas	8

#### **RECOMENDACIONES**

1. Revisar los riesgos de calidad de acuerdo a las recomendaciones generadas en el seguimiento a corte de 30 de Junio 2025 por parte de la oficina de control interno.
2. Se recomienda crear y aprobar indicadores de gestión de los procesos de acuerdo a lo establecido en el MIPG - Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la 4<sup>a</sup>. Dimensión: Evaluación de Resultados que defina las mediciones necesarias para monitorear el desempeño de sus procesos, productos, servicios y cumplimiento de su planeación estratégica, para lo anterior, podría tener en cuenta la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión.

 <b>HOSPITAL</b> ROSARIO PUMAREJO DE POPAYÁN	<b>INFORME FINAL AUDITORIA</b>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
Proceso: Gestión de Control Interno		HOJA	Página 19 de 19

3. Liderar el proceso de caracterización de los procesos de la ESE y revisar el formato de procedimientos de acuerdo a lo estipulado en la Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) y recomendaciones generadas por el FUARG-MIPG
4. Dar Cumplimiento a los plazos establecidos en el cronograma PAMEC 2025 Versión 2.
5. Revisar y actualizar el plan de auditorías internas 2025 y dar cumplimiento al mismo según lo planeado teniendo en cuenta que a la fecha lleva una ejecución del 50% con corte al mes de agosto 2025.
6. Darle cumplimiento a lo establecido en la Guía para la elaboración y control de la información documentada del SGIC, teniendo en cuenta se evidencianon incumplimientos en la aprobación de documentos y el cargue en la herramienta establecida.
7. Revisar el procedimiento de auditorias internas, y actualizarlo de acuerdo a las recomendaciones generadas y lograr que las auditorias internas cuenten con un informe de la auditoria y planes de mejoramiento.
8. Realizar seguimiento al cumplimiento de entrega de planes de mejoramiento solicitados en las visitas de auditorías externas teniendo en cuenta se evidencio plan de mejoramiento de muerte por destrucción según lo requerido por la secretaria de salud departamental y realizar seguimiento a los mismos por parte de calidad para garantizar el cumplimiento de los mismos y evitar incumplimiento.
9. Lograr el conocimiento y control de las obligaciones contractuales estipuladas con las EAPB, con respecto a los indicadores de la resolución 1552 y demás ítem del sistema obligatorio de la calidad teniendo en cuenta que se evidencianon meses en los cuales la ESE no reporto indicadores.
10. Se recomienda se establezcan planes de mejoramiento para las visitas donde se dejaron recomendaciones y/o sugerencia para garantizar el mejoramiento continuo en las visitas realizadas por los entes de control.
11. Lograr la integración de los sistemas de gestión de la ESE.

<b>Auditor Líder:</b>	
(Nombres y Apellidos):	MARIA ANDREA DAZA URBINA
Cargo:	ASESORA DE CONTROL INTERNO
Firma:	
<b>Equipo auditado:</b>	
(Nombres y Apellidos):	Maria Claudia Monillo Dazo
Cargo:	Profesional Especializado Calidad
Firma:	