

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA:		Sede Administrativa	
AUDITORÍ A No.	01-2026	FECHA DEL INFORME	ABRIL 2026
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADO		Todos los procesos	
LÍDER DEL PROCESO/ RESPONSABLE		Gerente, Subgerente de salud e investigación, Subgerente financiero y comercial, Secretario General, asesor oficina de planeación, Profesional universitario especializado – área de la salud, Jefe oficina de comunicaciones y sistemas de información, Profesional universitario - ingeniero biomédico, Jefe oficina asesora de comunicaciones y sistemas, Asesora grupo interno de trabajo talento humano, Jefe Oficina asesora Jurídica, Jefe Oficina Control Interno Disciplinario (de juzgamiento), Jefe Oficina Control Interno de Gestión, Directores operativos, Líder Gestión del servicio farmacéutico, Líder gestión de laboratorio clínico.	
PERIODO DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA		Segundo semestre 2025	
OBJETIVO			
Verificar el cumplimiento de controles y acciones establecidos en la matriz de riesgo de las tipologías administrativa y misional, e identificar la materialización de los riesgos para formular planes de tratamiento que permitan mejorar continuamente la gestión de los diferentes procesos en la empresa.			
JUSTIFICACIÓN			
La Oficina de Control Interno dentro de su rol de evaluación y seguimiento y en cumplimiento del plan anual de auditoría vigencia 2026 realiza la evaluación de manera independiente a la gestión de los riesgos de la Empresa, así como la pertinencia y la efectividad de los controles establecidos.			
PRODUCTO			
Materialización del riesgo tipologías administrativa, y misional. Cumplimiento de controles y acciones tipologías administrativa y asistencial.			
ALCANCE			
Aplica al Macroproceso de Direccionamiento, Macroproceso misional, Macroproceso de Apoyo, Macroproceso de Control del modelo de operación por procesos de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E.			
HECHOS			

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

1. INTRODUCCIÓN

Mediante circular No. 202605200002101 del 02 de febrero de 2026, se dio apertura a la Auditoria de Riesgos, correspondiente al segundo semestre de 2025.

El presente informe corresponde al seguimiento de la materialización de riesgos en la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E. durante el segundo semestre de 2025, con el propósito de identificar, analizar y evaluar los eventos de riesgo que se hicieron efectivos en este periodo, así como su impacto en el cumplimiento de los objetivos institucionales y en el Sistema de Control Interno.

La entidad ha definido un marco integral de gestión de riesgos, alineado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que permite abordar los diferentes tipos de riesgos a los que está expuesta: administrativos (incluye los riesgos SARLAFT), misionales, ambientales y de seguridad y salud en el trabajo (SST). No obstante, el presente informe se centra en las tipologías administrativa y misional, en este sentido, se presenta un análisis detallado de la materialización de riesgos, incluyendo su comparativo histórico (2019 – 2025), tendencias, repetitividad, clasificación por severidad y los hallazgos específicos de cada riesgo materializado, con sus controles y acciones de tratamiento evaluadas.

De manera complementaria, se incluyen apartados de síntesis sobre la materialización de riesgos ambientales y de SST, con base en los reportes emitidos por sus responsables.

Este informe constituye una herramienta para la toma de decisiones directivas, aportando insumos para fortalecer el Sistema de Control Interno, promover la mejora continua y garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de Pasto Salud E.S.E.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

2. METODOLOGIA

El presente informe se elaboró siguiendo los lineamientos establecidos en la Metodología de análisis modal de fallas y efectos (AMFE), Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 6 (DAFP, 2022), así como la política institucional de gestión de riesgos aprobada mediante Resolución No. 700 del 14 de agosto de 2023 y Acuerdo No. 016 del 12 de diciembre de 2024, por medio del cual se adopta el Plan Estratégico Institucional 2025–2028.

La metodología aplicada para esta auditoria comprende las siguientes etapas:

- ✓ **Identificación de riesgos:** Se tomaron como base los riesgos consignados en la Matriz Institucional de Riesgos, con enfoque en las tipologías administrativa y misional, objeto de esta auditoría, sin dejar de lado una revisión general de las demás tipologías (ambiental y SST). Es importante precisar que, si bien la presente auditoría contempla la evaluación de riesgos de tipología administrativa, se excluye la revisión de los riesgos asociados al Sistema de Control Interno del Riesgo de Corrupción (SICOF), en cumplimiento de la normatividad vigente emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la cual establece que el seguimiento a estos riesgos debe realizarse con una periodicidad cuatrimestral y reportarse mediante informes independientes. En este sentido, la gestión, monitoreo y reporte de los riesgos SICOF se desarrolla a través de instrumentos y espacios específicos, diferenciados del presente ejercicio de auditoría, con el fin de garantizar su adecuado control y trazabilidad conforme a los lineamientos establecidos.
- ✓ **Seguimiento Riesgos SARLAFT:** Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT). En el marco de la auditoría de riesgos transversal realizada a la E.S.E., se evaluó la eficacia de los controles implementados en los procesos estratégicos de Talento Humano, Gestión Jurídica y Gestión Financiera. El objetivo primordial fue verificar la mitigación de riesgos asociados al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

Tras el análisis exhaustivo de la muestra documental y la trazabilidad de los procesos, se comunica que no se materializó ningún evento de riesgo relacionado con el lavado de activos o la financiación del terrorismo. Los resultados demuestran que los controles diseñados para los riesgos identificados son efectivos y operativos. Se destaca que la entidad ha integrado de manera exitosa los protocolos de seguridad en la operatividad diaria de las áreas administrativas.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

La ausencia de hallazgos negativos es el resultado directo de una ejecución rigurosa de la Debida Diligencia. Se observó un cumplimiento estricto en la verificación de antecedentes en las listas restrictivas (COMPLIANCE) y cruce de bases de datos antes de proceder con:

- Contratación de OPS: Validación integral de perfiles y antecedentes.
 - Proveedores: Verificación de la licitud de los recursos y la reputación de los terceros.
 - Talento Humano: Filtros de seguridad robustos en los procesos de vinculación.
- ✓ Registro de materialización: Para cada riesgo se verificó la existencia de eventos, incidentes o incumplimientos reportados durante el segundo semestre de 2025, contrastándolos con los controles definidos y las acciones de tratamiento planeadas.
 - ✓ Evaluación de severidad: Los riesgos materializados fueron valorados de acuerdo con su impacto y probabilidad, aplicando las escalas de calificación establecidas en las metodologías institucionales.
 - ✓ Comparativos y tendencias históricas: Se construyeron series históricas desde 2019 hasta 2025, que permiten observar la evolución en el comportamiento de la materialización de los riesgos.
 - ✓ Seguimiento a controles y planes de mejoramiento: Se verificó la ejecución de las acciones correctivas o preventivas definidas en la matriz de riesgos y en los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas.

La información consolidada se obtuvo a partir de: reportes de los líderes de proceso, informes de auditoría interna de gestión, informes seguridad del paciente, actas de comités institucionales, informes de supervisión de contratos, Quejas - reclamos o denuncias de grupos de interés, revisión de historias laborales de colaboradores, resultados de indicadores de gestión, documentación publicada en el servidor institucional de la empresa, entre otros.

En cuanto a las metodologías de gestión de riesgos utilizadas para cada tipología de riesgos, se recuerda que teniendo en cuenta el modelo de gestión de riesgos de la empresa, para la gestión de los riesgos administrativos, la entidad adopta la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, basada en un enfoque sistemático que comprende la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos, bajo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). Esta metodología permite clasificar los riesgos según su tipología, establecer su probabilidad e impacto, definir controles y acciones de tratamiento, así como realizar seguimiento periódico a su comportamiento, promoviendo la mejora continua y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

Para la gestión de los riesgos misionales, la entidad aplica la metodología de Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMFE), la cual permite identificar de manera anticipada las posibles fallas en los procesos asistenciales, sus causas y efectos sobre la prestación del servicio, esta metodología se fundamenta en la valoración de variables como la severidad, la ocurrencia y la detectabilidad, a partir de las cuales se calcula el nivel de criticidad del riesgo, facilitando la priorización de acciones preventivas y correctivas orientadas a garantizar la seguridad del paciente, la calidad en la atención y la reducción de eventos adversos.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

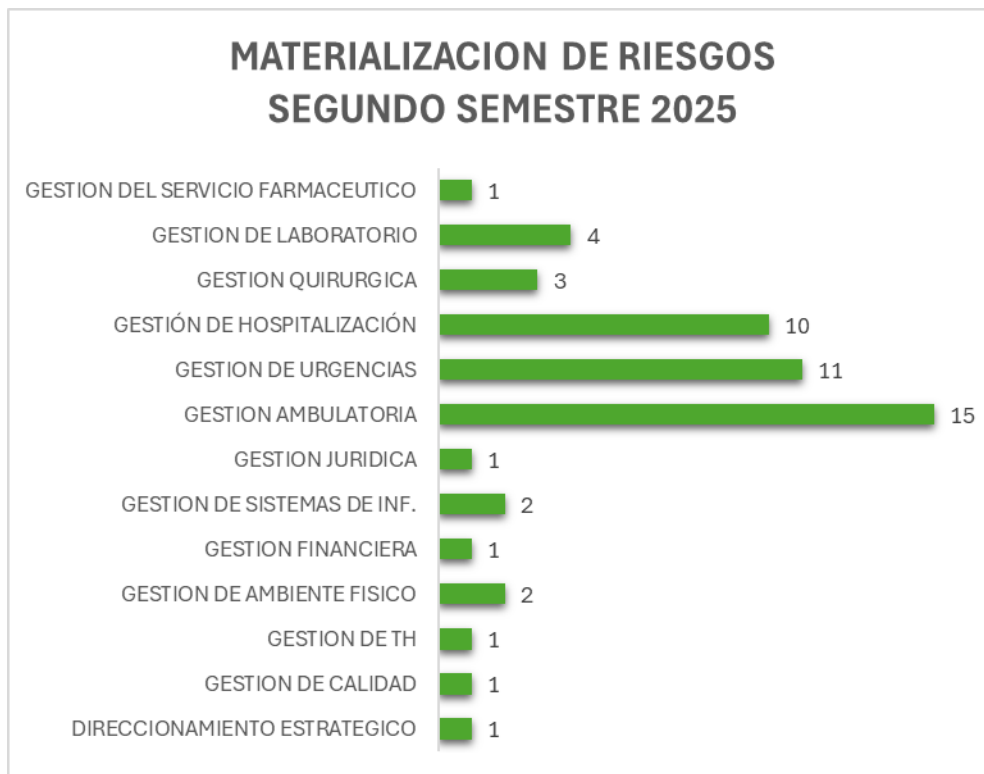
3. ANALISIS DE MATERIALIZACION DE RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y MISIONALES

SEGUNDO SEMESTRE 2025

La Oficina de Control Interno dentro de su rol de evaluación y seguimiento y en cumplimiento del plan anual de auditoria vigencia 2026 realiza la evaluación de manera independiente a la gestión de los riesgos de la Empresa, así como la pertinencia y la efectividad de los controles establecidos obteniendo los siguientes resultados:

3.1. NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS POR PROCESO

A continuación, se presenta los procesos administrativos, misionales y de control en los cuales se materializan los riesgos para el segundo semestre de la vigencia 2025:



Durante el segundo semestre de 2025 se evidenció la materialización de 9 riesgos administrativos y 44 riesgos misionales distribuidos como lo indica la gráfica anterior: para un total de 53 riesgos materializados en la empresa.

Para los riesgos de la tipología administrativa (sin riesgos SICOF) se observa que los procesos con mayor materialización de riesgos fueron: Direccionamiento estratégico, gestión de ambiente físico y gestión de sistemas de información que abarcan el 50% de la materialización total de riesgos administrativos.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

Los riesgos misionales se distribuyen entre riesgos asistenciales, clínicos y poblacionales. En cuanto a los riesgos misionales, la mayor carga de materialización de riesgos se encuentra en el área Asistencial, que suma 40 de los 44 eventos totales (91%). Los procesos Clínicos (3 eventos) y Poblacionales (1 evento) muestran una materialización mínima. Gestión Ambulatoria es el proceso con mayor criticidad, reportando 15 eventos, lo que representa casi el 40% del total general. Le siguen la Gestión de Urgencias (11) y Hospitalización (10). Dentro de la categoría Asistencial, los riesgos Transversales tienen una presencia constante en todos los procesos, sumando 16 eventos en total; tal y como se observa a continuación:

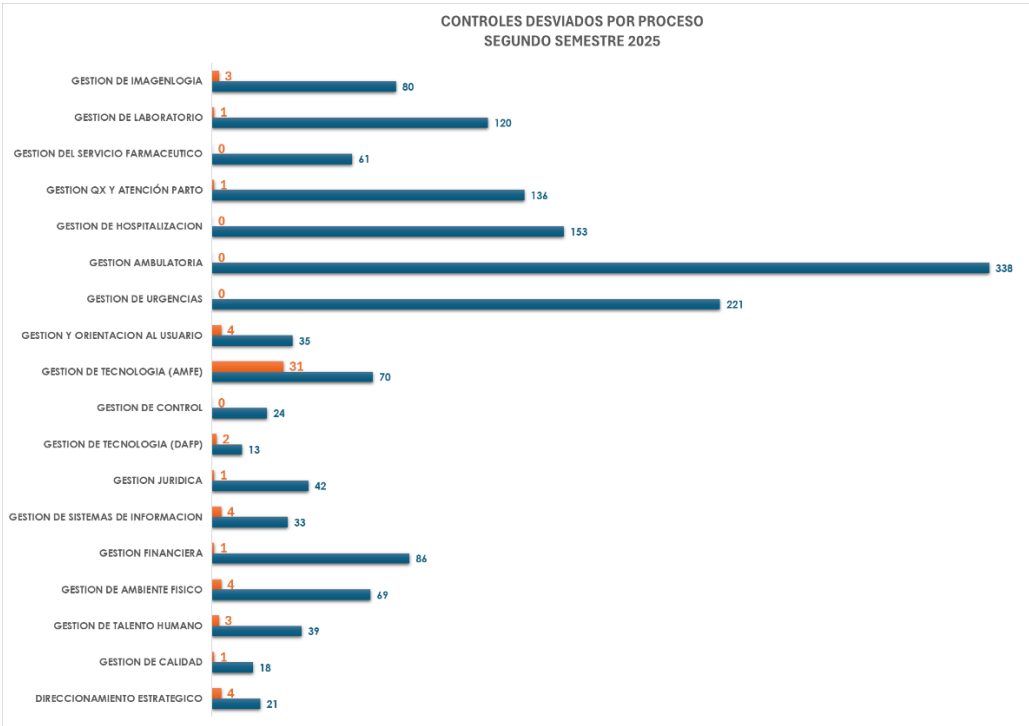
PROCESO	ASISTENCIALES			CLINICOS	POBLACIONALES	TOTAL
	ESPECIFICOS	TRANSVERSALES	TOTAL			
GESTION AMBULATORIA	9	5	14	0	1	15
GESTION DE URGENCIAS	5	4	9	2	0	11
GESTION DE HOSPITALIZACION	5	4	9	1	N/A	10
GESTION QUIRURGICA	1	2	3	0	N/A	3
LABORATORIO	3	1	4	N/A	N/A	4
FARMACIA	1	0	1	N/A	N/A	1
TOTAL	24	16	40	3	1	44

Los riesgos transversales asistenciales materializados se distribuyen de la siguiente forma:

MODOS DE FALLA TRANSVERSALES ASISTENCIALES							
No.	MODO DE FALLA	PROCESO					
		AMBULATORIA	URGENCIAS	HOSPITALIZACION	QUIRURGICA	LABORATORIO	FARMACIA
1	Caídas del paciente (riesgo asistencial)	1	1	1			
2	Fallas en el uso de medicamentos (riesgo asistencial)	1					
3	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (riesgo asistencial)	1	1	1	1	1	
4	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (riesgo asistencial)	1	1	1			
5	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (riesgo asistencial)	1	1	1	1		
	TOTAL	5	4	4	2	1	0
	TOTAL	16					

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

3.2. NÚMERO DE CONTROLES DESVIADOS POR PROCESO



En total se encuentran definidos 1.559 controles asociados a los riesgos de la entidad, correspondientes a las tipologías misional y administrativa (excluyendo riesgos SICOE), 345 controles para la tipología administrativa y 1.214 para la tipología misional. Al realizar la auditoría para verificar su cumplimiento durante el segundo semestre de 2025, se evidenció la desviación de 60 controles, lo que representa aproximadamente un 3,8% del total evaluado. Si bien este porcentaje no es elevado en términos cuantitativos, su análisis cualitativo permite identificar concentraciones importantes de incumplimiento en procesos específicos.

En particular, se observa una mayor desviación en el proceso de Gestión de Tecnología bajo metodología AMFE, con 31 controles incumplidos, seguido por procesos como Direccionamiento Estratégico, Ambiente Físico, Sistemas de Información y Talento Humano, lo que evidencia debilidades en la ejecución y seguimiento de controles en áreas tanto estratégicas como de apoyo. Por su parte, varios procesos misionales presentan un adecuado nivel de cumplimiento, lo que refleja avances en la apropiación de la gestión del riesgo en la operación asistencial.

Es importante resaltar que, dentro de la metodología de gestión de riesgos institucional, los controles constituyen el principal mecanismo para mitigar la probabilidad e impacto de los riesgos identificados; en este sentido, cualquier desviación en su ejecución incrementa la exposición de la entidad frente a la materialización de eventos, afectando potencialmente el cumplimiento de los objetivos institucionales. La recurrencia de desviaciones en ciertos procesos sugiere la necesidad de fortalecer no solo el diseño de los controles, sino

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

especialmente su implementación efectiva y el seguimiento continuo por parte de los responsables.

En este contexto, se hace necesario reforzar la cultura de autocontrol al interior de la entidad, promoviendo en los líderes de proceso la responsabilidad sobre la ejecución, monitoreo y mejora de sus controles, garantizando que estos no solo se encuentren documentados, sino que operen de manera efectiva en la práctica. Un seguimiento proactivo permitirá identificar oportunamente desviaciones, implementar acciones correctivas y prevenir la materialización de riesgos.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

3.3. COMPARATIVO DE RIESGOS MATERIALIZADOS 2023 A 2025

RIESGOS INSTITUCIONALES/PROCESO	PRIMER SEMESTRE 2023		SEGUNDO SEMESTRE 2023		PRIMER SEMESTRE 2024		SEGUNDO SEMESTRE 2024		PRIMER SEMESTRE 2025		SEGUNDO SEMESTRE 2025	
	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MAT.	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MAT.	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MAT.	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MAT.	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MAT.	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MAT.
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	5	0	5	1	10	0	10	2	10	0	10	1
GESTION DE CALIDAD	6	0	6	0	6	0	6	1	6	0	6	1
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	14	1	14	1	20	1	20	1	20	1	19	2
GESTION DE TECNOLOGIA (DAFP)	0	0	0	0	5	2	5	0	3	2	3	0
GESTION DE SISTEMAS DE INF.	7	0	7	0	9	0	9	1	7	0	7	2
GESTION DEL TALENTO HUMANO	11	0	11	1	13	0	13	0	12	0	11	1
GESTION FINANCIERA	14	0	14	0	23	0	23	1	23	0	16	1
GESTION JURIDICA	5	0	5	1	13	1	13	2	13	2	8	1
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3	0
GESTION DE CONTROL	5	0	5	0	7	0	7	0	5	0	4	0
RIESGOS SICOF	INCLUIDOS EN EL TOTAL				INCLUIDOS EN EL TOTAL				INCLUIDOS		23	0
RIESGOS SARLAFT	INCLUIDOS EN EL TOTAL				6	0	6	0	6	0	6	0
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	26	1	26	0	18	0	18	1	18	0	18	1
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	9	2	9	2	9	2	9	1	7	0	7	0
GESTION DE HOSPITALIZACION	24	8	24	6	27	9	27	9	9	3	9	10
GESTION DE IMAGENOLOGIA	39	1	39	0	15	0	15	0	8	0	8	0
GESTION DE URGENCIAS	37	14	37	17	37	15	37	19	17	6	17	11
GESTION AMBULATORIA	53	10	53	7	53	12	53	13	34	6	34	15
GESTION DE LABORATORIO	37	1	37	1	38	0	38	3	27	2	27	4
GESTION QUIRURGICA	N.A				N.A				9	0	9	3
GESTION DE TECNOLOGIA (AMFE)	34	0	34	0	20	0	20	0	27	0	27	0
RIESGOS ASISTENCIALES (E)	N.A				N.A				156	17	156	24
RIESGOS ASISTENCIALES (T)	N.A				N.A				9	5	9	16
RIESGOS POBLACIONALES	N.A				18	5	18	1	20	1	20	1
RIESGOS CLINICOS	N.A				N.A				9	6	9	3
TOTAL	326	38	326	37	341	47	341	55	297	34	281	53
PORCENTAJE	12%		11%		13%		16%		11%		19%	
META GENERAL: 13%												
MATERIALIZACION ADMINISTRATIVO (Identificados/materializados) META: 6%	1/67=1%		4/67=6%		4/114= 4%		8/114= 7%		5/103= 5%		9/87= 10%	
MATERIALIZACION MISIONAL (Identificados/materializados) META: 16%	37/259= 14%		33/259= 13%		43/235= 18%		47/235= 20%		29/194= 15%		44/194= 23%	

** En la tabla anterior las celdas de “Riesgos SICOF” Y “Riesgos SARLAFT” son celdas informativas y no suman al total de riesgos, teniendo en cuenta que los riesgos SARLAFT están contenidos en otros procesos (Gestión de talento humano, gestión financiera, gestión jurídica) y los riesgos SICOF se evalúan cuatrimestralmente en otra auditoria especifica.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

MODOS DE FALLA TRANSVERSALES ASISTENCIALES							
No.	MODO DE FALLA	PROCESO					
		AMBULATORIA	URGENCIAS	HOSPITALIZACION	QUIRURGICA	LABORATORIO	FARMACIA
1	Caídas del paciente (riesgo asistencial)	1	1	1			
2	Fallas en el uso de medicamentos (riesgo asistencial)	1					
3	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (riesgo asistencial)	1	1	1	1	1	
4	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (riesgo asistencial)	1	1	1			
5	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (riesgo asistencial)	1	1	1	1		
TOTAL		5	4	4	2	1	0
TOTAL		16					

El comparativo de los últimos cinco periodos muestra una tendencia variable en la materialización de riesgos administrativos y misionales, con picos que responden tanto al fortalecimiento de los mecanismos de identificación como a limitaciones propias en la gestión de controles.

Durante el primer semestre 2023, se materializó solo 1 riesgo (1%), lo que refleja un nivel bajo de exposición. Sin embargo, este resultado también está asociado a una menor cultura de reporte y a un alcance limitado en los procesos de verificación; ya para segundo semestre de la misma vigencia 2023 la materialización aumentó a 4 riesgos (6%), evidenciando un mejor ejercicio de identificación y seguimiento por parte de los líderes de proceso. Para la vigencia 2024, se observa una mejor gestión de controles en algunos procesos, aunque aún con brechas en la efectividad de las acciones de seguimiento, se alcanzó el punto más alto del semestre, con 8 riesgos materializados, lo que confirma que este periodo concentró el mayor nivel de exposición.

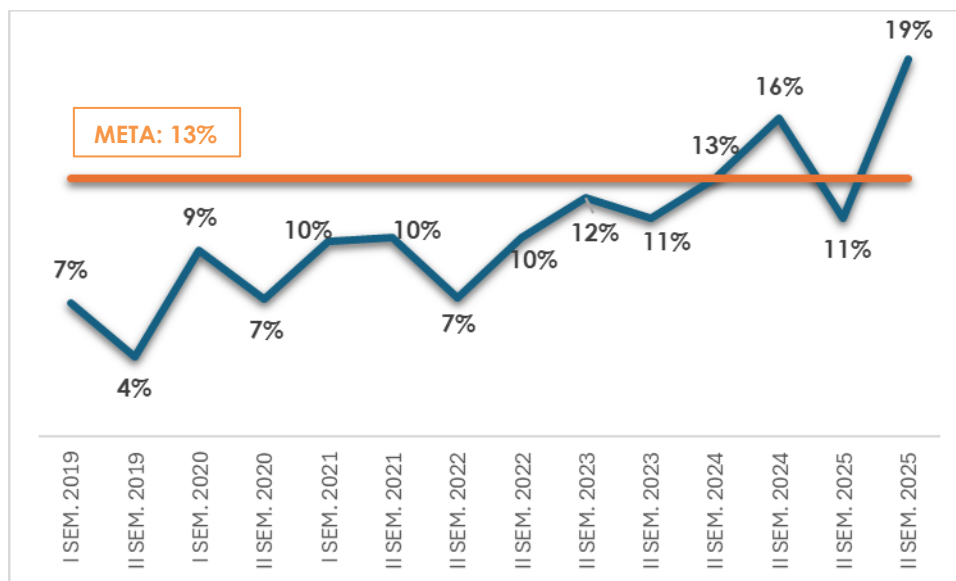
Durante el primer semestre 2025, se materializaron 6 riesgos (6%), de los cuales se destacan riesgos de carácter jurídico, tecnológico, de ambiente físico y de direccionamiento. Aunque el porcentaje se mantiene dentro del rango observado en periodos anteriores, es importante resaltar que el análisis de materialización se vio limitado por las fallas en el sistema de información institucional, lo que impidió verificar la totalidad del comportamiento de los indicadores de gestión.

Para el segundo semestre de 2025, se evidenció un incremento en la materialización de riesgos en comparación con el semestre anterior, con una mayor concentración en procesos misionales y de apoyo, especialmente en Gestión de Hospitalización, Gestión de Urgencias, Gestión Ambulatoria, Ambiente Físico, Sistemas de Información y Direccionamiento Estratégico. Si bien este comportamiento se mantiene dentro de la dinámica histórica de la entidad, se resalta que varios de los eventos corresponden a riesgos recurrentes que no han sido mitigados de manera efectiva. Adicionalmente, el análisis de la materialización continúa presentando limitaciones asociadas a debilidades en los sistemas de información institucional, lo que afecta la confiabilidad, disponibilidad y oportunidad de los datos para el seguimiento integral de los riesgos y la toma de decisiones.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

3.4. TENDENCIA DE RIESGOS MATERIALIZADOS

A continuación, se presenta la tendencia de los riesgos administrativos y misionales materializados a partir del año 2019 y hasta 2025.



Entre 2019 y el segundo semestre de 2025, la materialización de riesgos en la entidad presenta un comportamiento fluctuante con una tendencia creciente en los últimos periodos. Inicialmente se observan niveles bajos en 2019 (7% y 4%), seguidos de variaciones moderadas entre 2020 y 2022, donde los porcentajes oscilaron entre el 7% y el 10%, evidenciando cierta estabilidad en la gestión del riesgo.

A partir de 2023, se identifica un incremento progresivo en la materialización, alcanzando valores del 12% y 11%, y posteriormente un aumento más significativo en 2024, donde se registran niveles del 13% y 16%. Para el año 2025, aunque en el primer semestre se presenta una leve disminución (11%), en el segundo semestre se alcanza el valor más alto del periodo analizado (19%), superando la meta institucional establecida del 13%.

Este comportamiento evidencia que, si bien la entidad ha fortalecido la identificación y reporte de riesgos, lo cual puede incidir en el aumento de eventos registrados, también refleja debilidades en la efectividad de los controles y en la implementación de acciones de tratamiento, especialmente en los últimos periodos. La superación de la meta institucional indica la necesidad de reforzar el monitoreo permanente, el análisis de causas raíz y la responsabilidad de los líderes de proceso en la ejecución de controles, con el fin de reducir la recurrencia y el impacto de los riesgos materializados.

En este sentido, la tendencia observada no solo responde a una mayor visibilidad de los riesgos, sino que también plantea el reto de evolucionar hacia una gestión más efectiva, enfocada en la prevención y mitigación, evitando que el incremento en la materialización se convierta en un comportamiento sostenido en el tiempo.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

3.5. RIESGOS MATERIALIZADOS SEGÚN SEVERIDAD

Durante el segundo semestre de 2025, los riesgos materializados para la tipología administrativa y misional fueron clasificados de acuerdo con su severidad, considerando el impacto generado en la operación de la empresa y la probabilidad de ocurrencia.

RIESGOS ADMINISTRATIVOS			RIESGOS MISIONALES	
NIVEL DE SEVERIDAD	NO.		NIVEL DE SEVERIDAD	NO.
EXTREMO	0		ALTO	26
ALTO	6		MEDIO	12
MODERADO	3		BAJO	6
BAJO	0		TOTAL	44
TOTAL	9			

Para los riesgos materializados en su nivel de severidad **MODERADO Y BAJO**, se deberá verificar su evaluación en las nuevas matrices de identificación de riesgos, toda vez que la probabilidad de ocurrencia será mayor, serán sujetos a monitorización más exhaustiva por parte de los líderes de procesos y se deberá realizar un análisis causal para eliminar las causas principales con la finalidad de que no se vuelvan a presentar. Es importante reevaluar los controles y sus criterios de efectividad de acuerdo con la metodología aplicable.

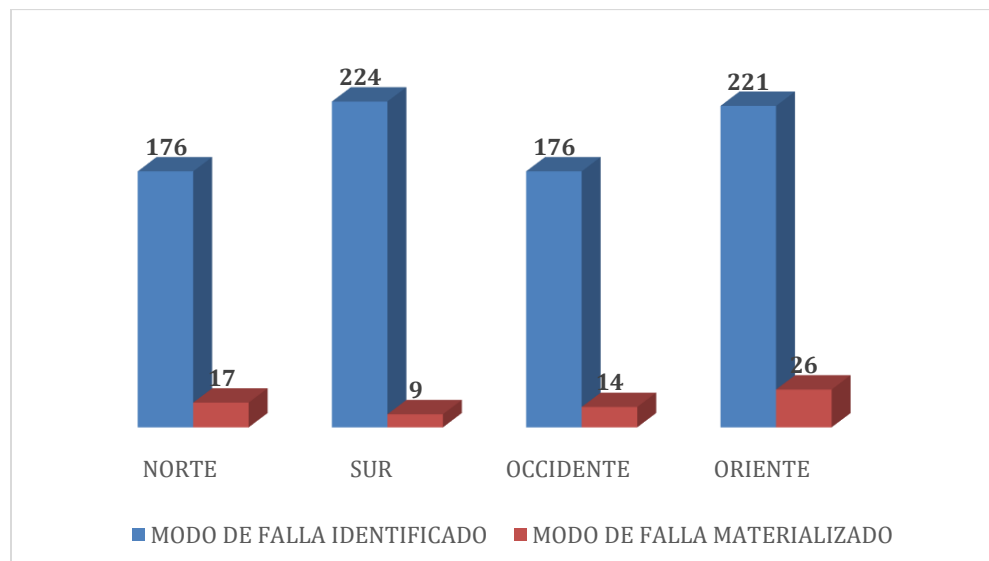
Para los riesgos materializados en su nivel de severidad **ALTO** es importante robustecer las barreras de control para minimizar la probabilidad de ocurrencia y su severidad, es importante monitorearlos de manera permanente.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

3.6. RIESGOS MISIONALES MATERIALIZADOS POR RED

MATERIALIZACION DE RIESGOS POR RED 2DO sem AÑO 2025				
RED	MODO DE FALLA IDENTIFICADO	MODO DE FALLA MATERIALIZADO	PORCENTAJE	META
NORTE	176	17	10%	9%
SUR	224	9	4%	10%
OCCIDENTE	176	14	8%	9%
ORIENTE	221	26	12%	12%

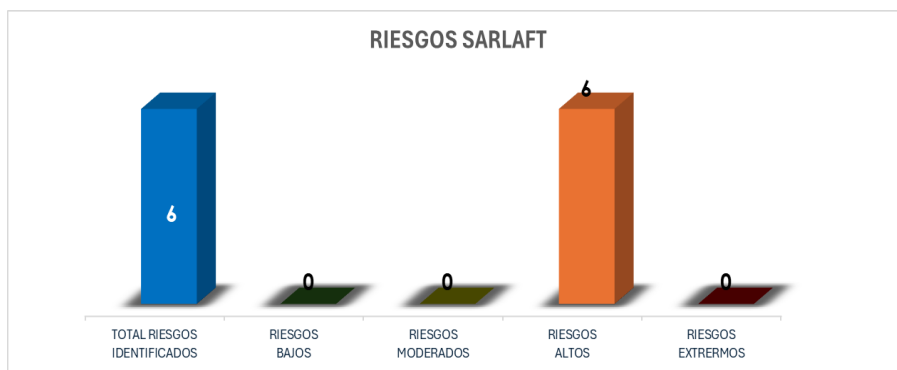
La anterior grafica evidencia que las redes Sur y Occidente se encuentran con un porcentaje dentro de la meta establecida; a diferencia de la red Norte que incumple la meta en 1% de diferencia y la red Oriente que se encuentra en el límite de la meta establecida.



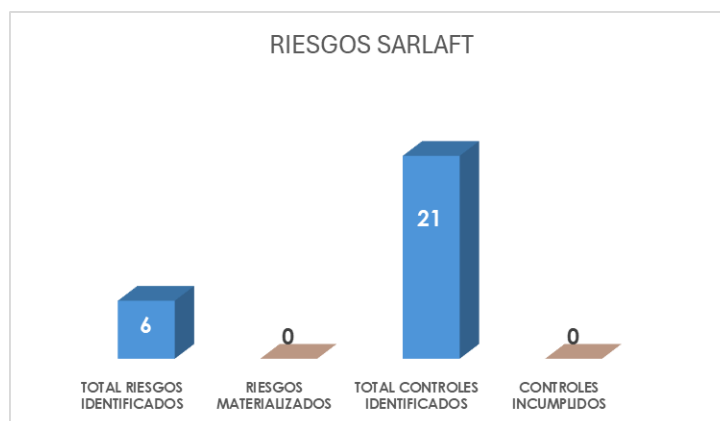
	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

3.7. RIESGOS SARLAFT

Pasto Salud E.S.E. ratifica su compromiso con la prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT), mediante la identificación de riesgos y la implementación de controles que permiten el monitoreo permanente de situaciones que puedan dar lugar a este tipo de conductas. A través de su sistema de gestión, la entidad promueve una cultura de transparencia, legalidad y control, orientada a prevenir, detectar y gestionar oportunamente cualquier evento asociado a estos riesgos.



En relación con el seguimiento a los riesgos asociados al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SARLAFT), se evidenció que, durante el periodo evaluado, no se presentó materialización de riesgos ni desviaciones en los controles establecidos. A partir de la revisión de la matriz de riesgos y la verificación de los controles implementados en los procesos de Talento Humano, Gestión Jurídica y Gestión Financiera, se constató su adecuada ejecución y cumplimiento, lo que refleja la efectividad de las medidas de prevención adoptadas por la entidad. Este comportamiento evidencia un adecuado nivel de madurez en la gestión del riesgo SARLAFT, soportado en la aplicación rigurosa de mecanismos de debida diligencia y en la articulación de controles orientados a prevenir la ocurrencia de eventos asociados al lavado de activos y la financiación del terrorismo.



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

3.8. RIESGOS ADMINISTRATIVOS MATERIALIZADOS POR PROCESO

A continuación, se presenta la materialización de riesgos por cada proceso en la empresa:

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

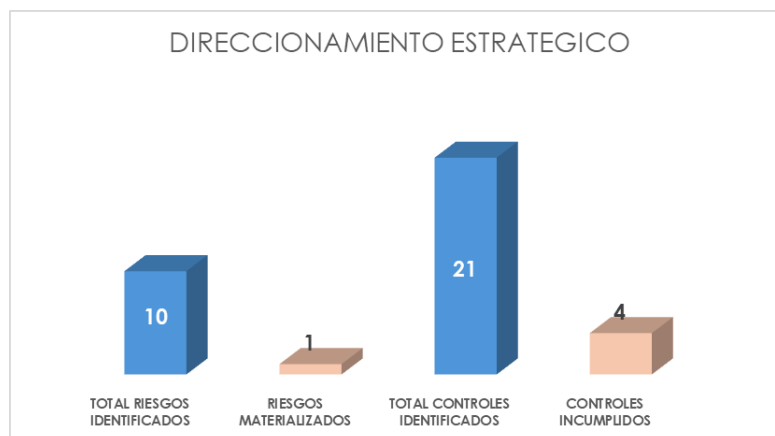
RIESGOS IDENTIFICADOS

El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:

RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
RIESGO MATERIALIZADO	R1. Variaciones de presupuesto asignado para proyectos estratégicos de reposición o construcción hospitalaria institucionales en ejecución y/o demora en el inicio de nuevos proyectos
ESTADO	MATERIALIZADO
HALLAZGO	De acuerdo con el informe de interventoría del 20 de noviembre de 2025 y el acta del comité de contratación del 28 de noviembre de 2025, se identificaron retrasos e incumplimientos en la ejecución del contrato de obra del Centro de Salud Lorenzo de Aldana, los cuales no fueron subsanados oportunamente; adicionalmente, a la fecha de la auditoría el contrato se encuentra en etapa de liquidación con un porcentaje aproximado de incumplimiento del 15,61% que equivale a \$1.555.403.082,19, generando afectación en el cumplimiento de los objetivos institucionales, riesgo de detrimento patrimonial y posibles implicaciones legales y reputacionales para la entidad.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
RIESGO ASOCIADO	R9. Cierre del servicio por no cumplimiento de los requisitos de habilitación
CONTROLES DESVIADOS	1. La oficina de planeación realiza un plan de evaluación de estándares de habilitación a sedes priorizadas. 2. Un equipo multidisciplinario realiza autoevaluación de los estándares de habilitación teniendo en cuenta el plan definido a través de diferentes instrumentos.
ESTADO	INCUMPLIDOS (2)
HALLAZGO	Se evidenció incumplimiento de los controles establecidos para el riesgo asociado al cierre del servicio por no cumplimiento de los requisitos de habilitación, teniendo en cuenta que la oficina de planeación no cuenta con un plan periódico de evaluación de estándares de habilitación para las sedes y servicios ya habilitados, y no se realizan autoevaluaciones sistemáticas por parte de un equipo multidisciplinario conforme a lo definido, limitándose estas actividades a la revisión de condiciones de habilitación para la apertura de nuevos servicios, lo que evidencia falta

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	de seguimiento y control de las condiciones de habilitación vigentes y podría ocasionar incumplimiento normativo, posibles sanciones por parte de los entes de control y afectación en la continuidad de la prestación de los servicios de salud ofrecidos por la empresa.
--	--

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
RIESGO ASOCIADO	R8. No acceso completo a los servicios de salud
CONTROLES DESVIADOS	1.La Alcaldía de Pasto realiza la identificación de territorios y microterritorios de la aplicación de la estrategia de las APS. 2. La Empresa realiza la conformación de equipos básicos en salud para la implementación la estrategia de atención primaria en salud en los microterritorios designados.
ESTADO	NO VERIFICABLES (2)
HALLAZGO	La oficina de control interno intentó comunicarse con el responsable de estos controles para realizar la respectiva verificación del cumplimiento y solicitar las evidencias respectivas, pero no fue posible.

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
RIESGO ASOCIADO	R4. Inoportunidad o no reporte de informes a Entidades de vigilancia inspección y control
ACCIÓN	Desplegar la matriz del plan general de informes y el impacto sobre la gestión institucional
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia despliegue de la matriz del plan general de informes enfatizando en el impacto sobre la gestión institucional.

RECOMENDACIONES:

- Es necesario realizar seguimiento trimestral al plan de mejoramiento producto de la Revisión por la dirección 2025, teniendo en cuenta que este no se incluirá en el PAMEC sino que se manejará como un plan aparte.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE CALIDAD

RIESGOS IDENTIFICADOS

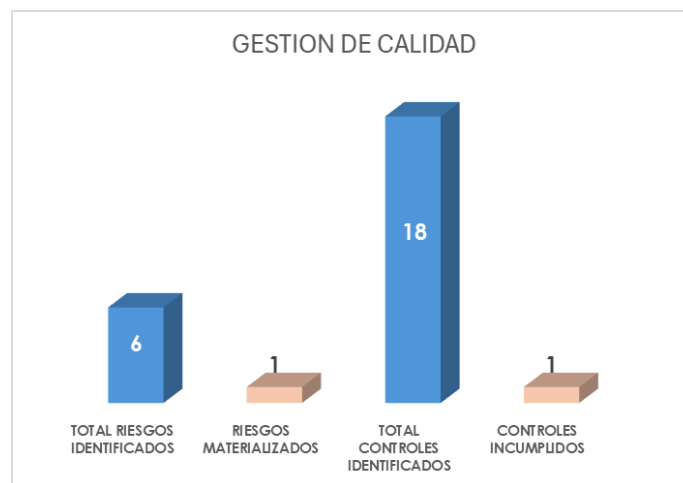
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	GESTION DE CALIDAD
RIESGO MATERIALIZADO	R5. Referenciaciones que no generan resultados de prácticas y experiencias exitosas
ESTADO	MATERIALIZADO
HALLAZGO	El riesgo se encuentra materializado teniendo en cuenta que el indicador de “Eficacia de las referenciaciones comparativas” presentó incumplimiento durante toda la vigencia 2025, lo que evidencia que las actividades de referenciación no están generando resultados efectivos en términos de aprendizaje organizacional, adopción de buenas prácticas o mejora de procesos, reflejando debilidades en el análisis, seguimiento y aprovechamiento de la información obtenida, lo que limita el impacto de estas estrategias en el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad y en la mejora continua institucional.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
RIESGO ASOCIADO	R5. Referenciaciones que no generan resultados de prácticas y experiencias exitosas
CONTROLES DESVIADOS	2. El equipo de calidad, realiza informe anual de resultados de referenciación el cual es presentado en revisión por la Dirección al equipo directivo.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	Se evidenció que en el informe de Revisión por la Dirección 2025 no se incluyeron los resultados de las referenciaciones realizadas durante la vigencia, incumpliendo el control establecido, lo que impidió que este escenario contara con información completa para analizar su desempeño por el Comité y tomar decisiones frente al incumplimiento del indicador de eficacia de las referenciaciones comparativas.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RECOMENDACIONES:

Se evidenció que, aunque la entidad realiza la aplicación de encuestas a diferentes grupos de interés para medir su nivel de satisfacción, como proveedores, cliente interno, comunidad, usuarios y otras partes interesadas, no se cuenta con un indicador consolidado ni con una metodología estandarizada que permita hacer seguimiento integral a su nivel de satisfacción, toda vez que los instrumentos utilizados no tienen metas definidas (en algunos casos), presentan cambios metodológicos entre vigencias y en algunos casos no se dispone de información o análisis de resultados, lo que limita la trazabilidad, comparabilidad y toma de decisiones basada en datos; por lo anterior, es importante estructurar un sistema formal de medición de la satisfacción de las partes interesadas que incluya la definición de indicadores, metas, instrumentos estandarizados, análisis periódico de resultados y formulación de acciones de mejora, con el fin de fortalecer la escucha activa y la mejora continua institucional.

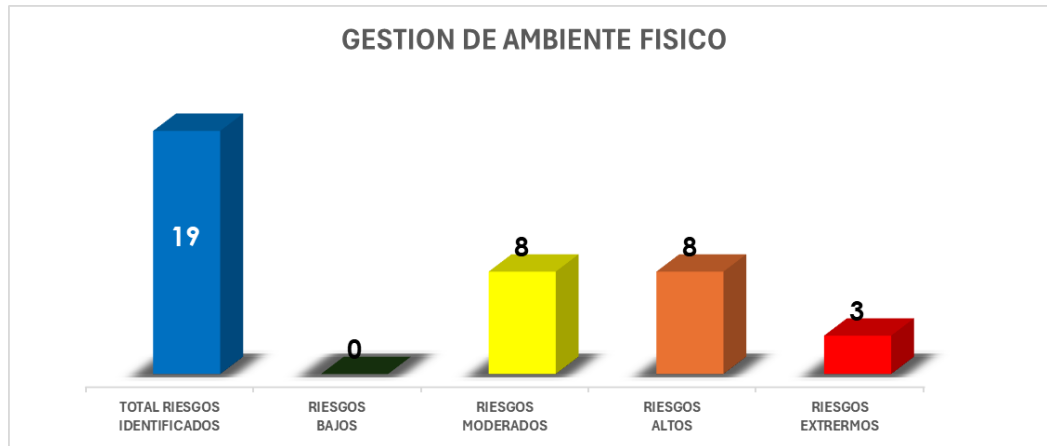
PARTES INTERESADAS	INSTRUMENTO	META	2023	2024	2025
PROVEEDORES	Encuesta de proveedores	80%	100%	87%	sin informacion
CLIENTE INTERNO	Medicion de clima organizacional	90%	92,00%	90%	cambio de metodologia
	NPS	>=50	76	70	77,9
ERP	Encuesta aplicada por la subgerencia de salud	sin meta	sin informacion	50%	85,70%
COMUNIDAD Y MEDIO AMBIENTE	Encuesta dirigida a la comunidad para percibir la satisfaccion sobre el medio ambiente	sin meta	sin informacion	96,50%	75,90%
USUARIOS	Encuesta de satisfaccio (aplicativo web)	90%	97,70%	99%	97%
JUNTA DIRECTIVA	Encuesta enviada desde gerencia	sin meta	sin informacion	75%	100%
IFTH (INSTITUCIONES FORMADORRAS DE TH)	Encuestas dirigidas a estudiantes y docentes	90%	sin informacion	95%	93,60%

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE AMBIENTE FISICO

RIESGOS IDENTIFICADOS

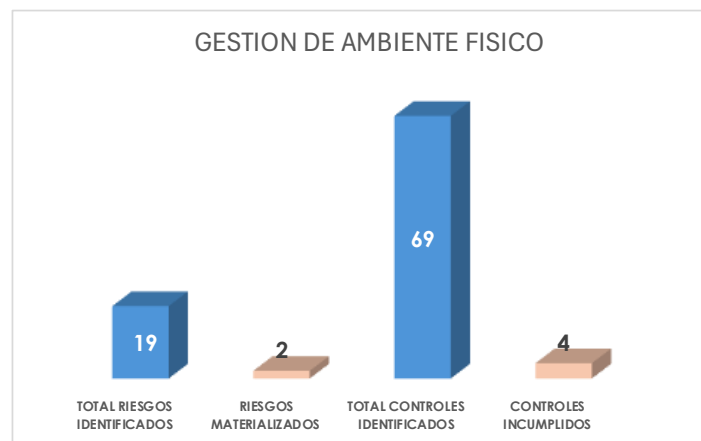
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	GESTION DE AMBIENTE FISICO
RIESGO MATERIALIZADO	R9. No continuidad de la prestación del servicio de unidades móviles, ambulancias, motocicletas y lanchas.
ESTADO	MATERIALIZADO
HALLAZGO	Se evidenció la materialización del riesgo teniendo en cuenta que el día 21 de diciembre de 2025 se presentó un accidente de tránsito en el que se vio involucrada una ambulancia institucional (PLACA OAK 424) en ejercicio de sus funciones aproximadamente a las 10:50 am, al colisionar con un vehículo particular Mazda CX-3 color rojo de placas IIN 584 que circulaba en sentido norte – sur en la carrera 33 con calle 18; lo que generó la interrupción del servicio y la indisponibilidad temporal del vehículo, afectando la capacidad de respuesta oportuna en la atención de urgencias y la continuidad en la prestación del servicio de salud. (Se adjunta informe del accidente)

RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	GESTION DE AMBIENTE FISICO
RIESGO MATERIALIZADO	R15. Incremento de costos y retrasos en los tiempos de ejecución de obras
ESTADO	MATERIALIZADO
HALLAZGO	De acuerdo con el informe de interventoría del 20 de noviembre de 2025 y el acta del comité de contratación del 28 de noviembre de 2025, se identificaron retrasos e incumplimientos en la ejecución del contrato de obra del Centro de Salud Lorenzo de Aldana, los cuales no fueron subsanados oportunamente; adicionalmente, a la fecha de la auditoría el contrato se encuentra en etapa de liquidación con un porcentaje aproximado de incumplimiento del 15,61% que equivale a \$1.555.403.082,19, generando afectación en el cumplimiento de los objetivos institucionales, riesgo de detrimento patrimonial y posibles implicaciones legales y reputacionales para la entidad.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO
RIESGO ASOCIADO	R2. Condiciones sanitarias inadecuadas
CONTROLES DESVIADOS	4. La Empresa realiza planes de contingencia para abastecimiento de agua con proveedores externos.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	El control se incumple teniendo en cuenta que en los centros de salud ubicados en corregimientos alejados de la zona urbana se presentan de manera recurrente situaciones de desabastecimiento por condiciones climáticas y no se dispone de un plan documentado que permita gestionar estas situaciones, recurriendo únicamente a acciones reactivas como el apoyo del cuerpo de bomberos, lo que puede generar riesgos en las condiciones sanitarias, la continuidad en la prestación de los servicios de salud y el cumplimiento de los estándares de calidad e higiene institucional.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO
RIESGO ASOCIADO	R9. No continuidad de la prestación del servicio de unidades móviles, ambulancias, motocicletas y lanchas.
CONTROLES DESVIADOS	2. El profesional universitario realiza seguimiento al cumplimiento del mantenimiento correctivo registrado en el formato GAF-MCA 271 control de mantenimiento correctivo- automotores.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	Se evidencia incumplimiento del control definido teniendo en cuenta que la ambulancia identificada con placas OAK-194, registra en el formato GAF-MCA 271 CONTROL DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO-AUTOMOTORES seis revisiones correctivas para la vigencia 2025, de las cuales solo cuatro cuentan con soporte documental y corresponden a mantenimientos preventivos; lo anterior evidencia inconsistencias en el registro, falta de organización y ausencia de trazabilidad de los mantenimientos correctivos, afectando el control sobre el estado del vehículo, así como la adecuada supervisión del proveedor, al evidenciarse pagos de mantenimientos correctivos sin contar con los soportes correspondientes.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

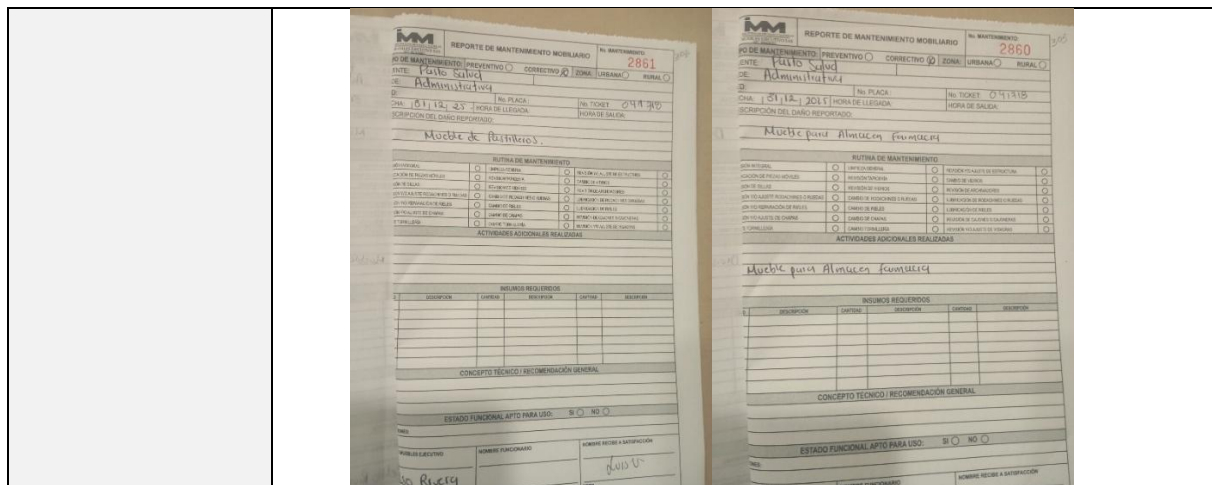
CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO
RIESGO ASOCIADO	R9. No continuidad de la prestación del servicio de unidades móviles, ambulancias, motocicletas y lanchas.
CONTROLES DESVIADOS	3. Los conductores realizan de manera diaria el alistamiento diario del vehículo y requisitos de operación del vehículo que se registra en el formato GAF-ADV 477 lista de chequeo alistamiento diario de vehículos.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	Se revisa las carpetas de las ambulancias y unidades móviles de la empresa, en las cuales los conductores y el personal asistencial responsable de cada turno, deben mantener actualizada la información de los siguientes formatos: - GAF-MCA 271 Control de mantenimiento correctivo - automotores - GAF-CEA 302 Lista de chequeo de ambulancias - mensual - GAF-ADV 477 Lista de chequeo alistamiento diario de vehículos - GU-VDA 479 Listado verificación de dotación ambulancia de urgencias - GU-VMD 565 Recepción y verificación de medicamentos y dispositivos médicos en ambulancias Encontrando lo siguiente: - Ninguna de las carpetas se encuentra organizada por orden cronológico, los formatos están incompletos, no tienen foliación, ni identificador de carpeta, los folios tienen tachones y enmendaduras; lo anterior incumple lo establecido en la Ley 594 de 2000 y la normatividad archivística aplicable. - Los formatos diarios 479, 565 y 477 no son diligenciados de manera completa ni consistente, omitiendo campos, registrando información de forma desordenada e impidiendo verificar el estado real de la dotación y condiciones del vehículo. - El formato 565 tiene modificaciones no autorizadas, pues en el servidor documental reposa la versión 6.0 y en las carpetas revisadas hay formatos con versión 8.0 los cuales tienen varias actualizaciones en diferentes campos y estructura del formato. - Se continua evidenciando falta de lineamientos claros frente a la responsabilidad del control y verificación de medicamentos y dispositivos médicos en las ambulancias, generando ambigüedad entre las áreas involucradas (farmacia, profesional de seguridad vial, enfermeras jefes de servicio), lo que debilita el seguimiento y control de estos insumos, pudiendo generar pérdidas, desabastecimiento o afectaciones en la atención oportuna de los pacientes, así como riesgos en la continuidad y seguridad en la prestación del servicio.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO
RIESGO ASOCIADO	R14. Reposición de elementos devolutivos y de consumo.
CONTROLES DESVIADOS	3. La empresa contratista, realiza el mantenimiento preventivo y correctivos de bienes.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	Se evidencia incumplimiento del control e indebida supervisión al contrato de mantenimiento preventivo y correctivo de muebles de la empresa, teniendo en cuenta lo siguiente: - Se identifican incumplimientos en los tiempos de respuesta pactados contractualmente (12 horas), como en el caso de un mantenimiento correctivo de llantas de camilla de cirugía solicitado el 21 de octubre de 2025 y atendido el 29 de octubre de 2025. - La supervisora del contrato manifiesta que no se le ha requerido por parte del área de suministros la evaluación de este proveedor para poder poner en conocimiento los incumplimientos generados y dejar un precedente que se pueda tener en cuenta en el próximo proceso de selección de proveedor para estos mantenimientos. - Los informes y soportes de mantenimiento presentan deficiencias en su diligenciamiento y trazabilidad, evidenciando registros incompletos (más de 50 formatos sin "N°. Placa"), ausencia de identificación de los bienes intervenidos, descripción insuficiente de las actividades realizadas, inconsistencias entre fechas de ejecución y facturación (en la factura del mes de noviembre se paga mantenimiento #5127 realizado el día 2 de diciembre), así como desorganización documental y periodos prolongados sin registros de mantenimiento (27 nov al 9 dic y del 28 oct a 18 nov de la vigencia 2025).

INFORME FINAL DE AUDITORIA

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220



ACCIÓN INCUMPLIDA

PROCESO	GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO
RIESGO ASOCIADO	R11. No incluir en el contrato de seguros -amparo de bienes de la entidad- los bienes muebles e inmuebles de la entidad conforme a las políticas financieras de la Entidad
ACCIÓN	Secretaria general debe enviar recordatorio para incluir elementos nuevos en póliza vigente de manera periódica
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta.

ACCIÓN INCUMPLIDA

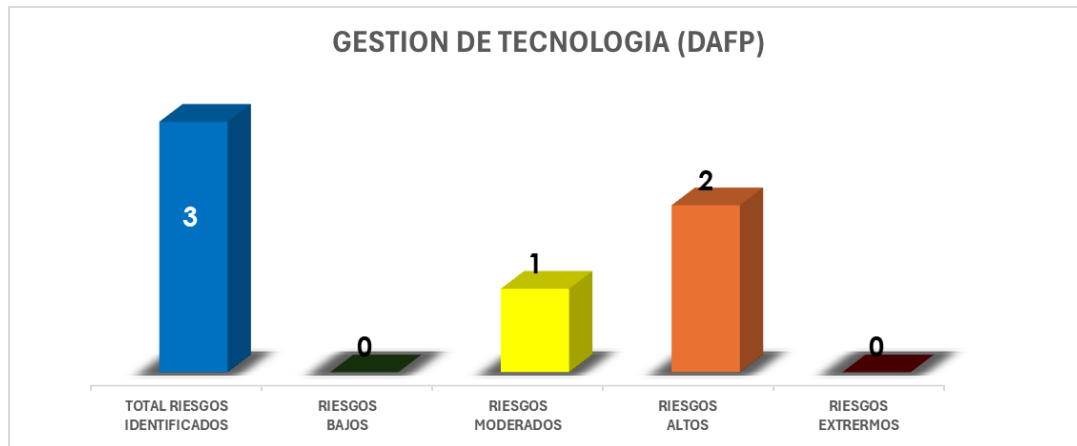
PROCESO	GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO
RIESGO ASOCIADO	R14. Reposición de elementos devolutivos y de consumo
ACCIÓN	Implementar el formato lista de chequeo dotación tecnológica y mobiliaria GAF-DTM 521 para realizar el control de la custodia de elementos asignados en los puestos de trabajo
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE LA TECNOLOGIA (DAFP)

RIESGOS IDENTIFICADOS

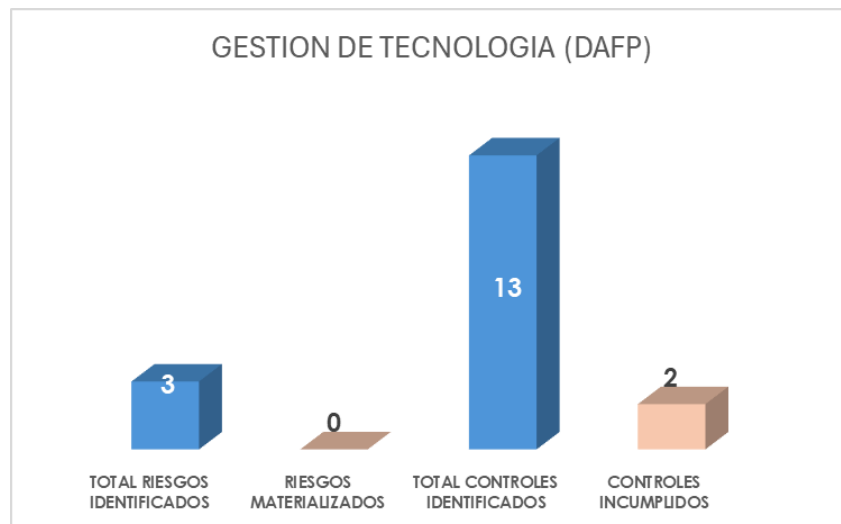
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA
RIESGO ASOCIADO	R1. Falla en equipos biomédicos
CONTROLES DESVIADOS	1. El profesional universitario- equipo biomédico, realiza seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a través de revisión de informes presentados por el proveedor de mantenimiento preventivo de la empresa.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	El control se incumple teniendo en cuenta que el indicador de PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS E INDUSTRIALES, cuya meta es de 95%, no se cumple para los meses de: - Julio 2025, con resultado de 94,7% - Agosto 2025, con resultado de 94% - Septiembre 2025, con resultado de 90,1% - Octubre 2025, con resultado de 91,18% Lo anterior teniendo en cuenta que se continúan presentando equipos sin mantenimiento debido a inconsistencias entre las ubicaciones registradas en el cronograma de mantenimiento y la ubicación física real de los equipos en las diferentes sedes, lo que dificulta la ejecución total de las actividades programadas; adicionalmente, esta situación se ha venido presentando desde la vigencia 2024 sin que las acciones implementadas hayan sido efectivas, pese a los reportes realizados (por parte de biomédica y sistemas) al área de Almacén para la actualización del inventario institucional, evidenciando una problemática persistente que afecta tanto equipos de sistemas de información como biomédicos, lo que puede generar riesgos en la disponibilidad, funcionamiento y vida útil de los equipos, así como en la continuidad de los servicios y la adecuada gestión de los activos institucionales.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA
RIESGO ASOCIADO	R1. Falla en equipos biomédicos
CONTROLES DESVIADOS	2. El profesional universitario- equipo biomédico, realiza seguimiento al cumplimiento de actividades de mantenimiento correctivo a través de revisión de informes presentados por el proveedor de mantenimiento correctivo de la empresa.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

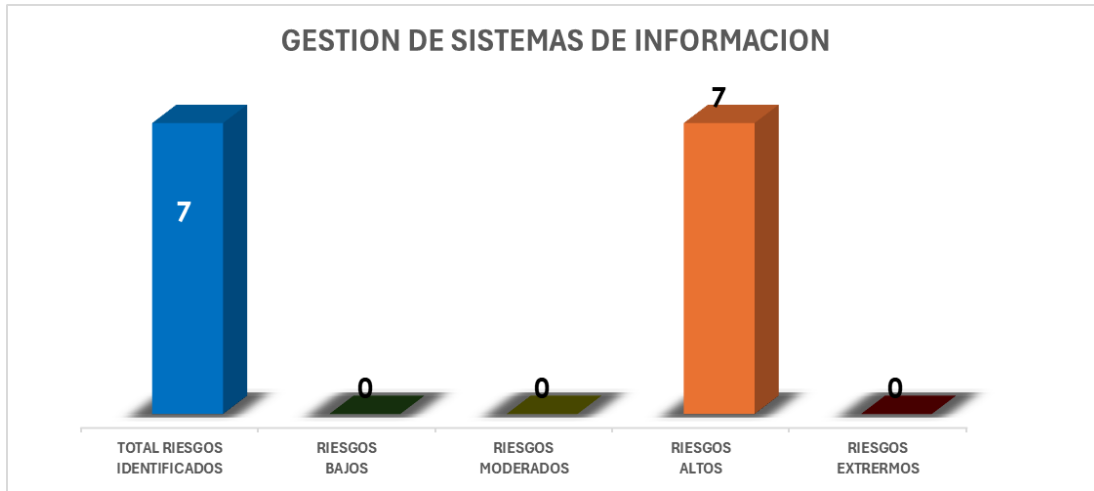
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	El control se incumple teniendo en cuenta que se encuentran diferencias entre el reporte del indicador de mantenimiento en Almera (PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS E INDUSTRIALES) y los soportes en físico enviados por el proveedor (REGISTRO DE SERVICIO EQUIPO BIOMEDICO E INDUSTRIAL) - Agosto 2025, reportes en físico: 61 mantenimientos, indicador reportado en Almera y en el informe del proveedor: 93 mantenimientos. - Septiembre 2025, reportes en físico: 93 mantenimientos, indicador reportado en Almera y en el informe del proveedor: 152 mantenimientos. - Octubre 2025, reportes en físico: 68 mantenimientos, indicador reportado en Almera y en el informe del proveedor: 144 mantenimientos.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

RIESGOS IDENTIFICADOS

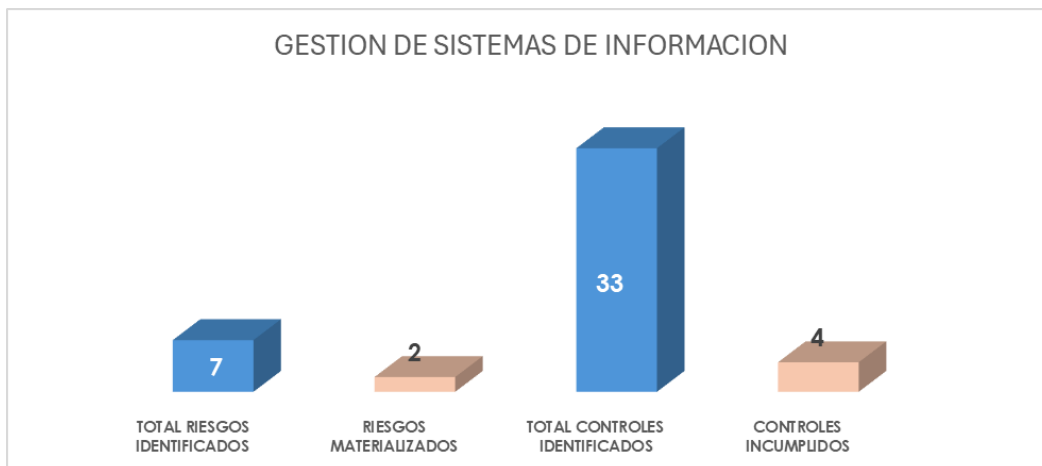
A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Sistemas de Información.



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGOS MATERIALIZADOS	
PROCESO	GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACION
RIESGOS MATERIALIZADOS	R2: Posibilidad de pérdida de la confidencialidad y disponibilidad de la información por falla de los equipos de cómputo, mal funcionamiento de los equipos e infección por virus informático, debido a mantenimiento insuficiente, ausencia de reposición tecnológica, falta de equipos de refrigeración y/o inconvenientes por humedad, polvo o suciedad, descarga y uso no controlado de software, ausencia de virus, uso inadecuado de equipos de cómputo. R5: Posibilidad de pérdida de confidencialidad y disponibilidad de la información por copia fraudulenta de software, infección por virus informático, falla de los sistemas de información, errores de software, instalaciones y uso no autorizado de software, debido a descarga y uso no controlado de software, ausencia de copias de respaldo, ausencia de antivirus, ausencia de validación de licenciamiento, mantenimiento insuficiente y ausencia de políticas de restricción de software.
ESTADO	MATERIALIZADOS
HALLAZGO	Se adjunta comunicación oficial 550-7 de fecha 10 de septiembre 2025, en la cual se informa sobre el incidente cibernético ocurrido el día 19 de agosto 2025, fecha en la cual los sistemas de Pasto salud ESE fueron impactados por un ataque externo de tipo ransomware, un virus informativo especializado en encriptar información sensible y bloquear el acceso a los sistemas afectados con el objetivo de extorsionar a la organización. LOS ACTIVOS COMPROMETIDOS FUERON: Hardware: • Servidores (5): Servidores: 2 Data Center Ppal., 1 Hospital Civil, 1 Hospital Santa Mónica, 1 San Vicente. • Computadores (12): • Unidades de Almacenamiento • Dos (2) PowerVault: dispositivos de almacenamiento del clúster de servidores principales que alojan bases de datos y aplicativos críticos. • Un (1) NAS: unidad de almacenamiento utilizada para carpetas compartidas en red, donde se almacena información de gestión administrativa y de soporte. Software Aplicativos claves (14): Orfeo, Infomedic, YoReporto, Lavado de Manos, Hoja de Vida de Equipos, Documento soporte, Generador de certificado de retenciones, Generador de Historia

INFORME FINAL DE AUDITORIA

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

clínica de Crónicos Consolidado, Integración de Bionexo, Integración de Emssanar, El FUID, Esterilización, Generador Certificados Laborales, Desprendible de pago. Se recuperaron 5 aplicativos No se pudieron 9 recuperar Hoja de Vida de Equipos, Esterilización, Desprendible de pago, Certificados laborales, FUID, Reempaque, Infomedic, Yo Reporto, Yo reporto SST

Bases de Datos (22): Sios, Génova, Nómina, Contratistas, Kaelum, Lavado Manos, HVEquipos, ContratistasSoporteDian, Reemapquemedicamentos, Bioservice(bionexo), Integración-Client, Bdcalidad, BdCalidad, BodegalIndicadores, BodegaRips, InventarioActivos, BdFinanciera, Bd_Esterilización, FacturasPT, Fuid, Orfeo, BdEsterilización. Todas las bases fueron recuperadas, pero con pérdida de información de algunos períodos.

EL IMPACTO SE TRADUJO EN:

- Pérdida de disponibilidad de servicios esenciales asistenciales y administrativos
- Riesgo de pérdida de información crítica asistencial y administrativa.
- Afectación de procesos misionales esenciales asistenciales y administrativos

ACCESOS REMOTOS Y TRABAJO EN MODALIDAD VIRTUAL

Un componente indispensable para la continuidad operativa de la institución es la posibilidad de que ciertos funcionarios realicen sus labores de manera remota, accediendo a la red de Pasto Salud E.S.E. y a los aplicativos institucionales. En este momento, debido a la afectación por el ransomware y a la limitada capacidad de protección contra nuevos ataques, se presentan las siguientes problemáticas:

- Accesos inseguros: los usuarios que requieren conectarse desde fuera de la red institucional (teletrabajo, turnos de soporte, gestión administrativa) carecen de un esquema robusto de autenticación y control de accesos.
- Mayor exposición al riesgo: sin herramientas de protección avanzadas (VPNs de nueva generación, firewalls con inspección profunda de paquetes, doble factor de autenticación), cualquier conexión remota puede ser una puerta de entrada para un nuevo ataque.
- Limitaciones técnicas actuales: las soluciones de acceso existentes no ofrecen segmentación de permisos ni control granular, lo cual implica que un acceso comprometido podría exponer recursos adicionales de la red.
- Imposibilidad de garantizar continuidad segura: sin reforzar estas medidas, se corre el riesgo de que el trabajo remoto, en lugar de ser un mecanismo de apoyo, se convierta en un factor de vulnerabilidad.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
RIESGO ASOCIADO	R2. Posibilidad de pérdida de la confidencialidad y disponibilidad de la información por falla de los equipos de cómputo, mal funcionamiento de los equipos e infección por virus informático, debido a mantenimiento insuficiente, ausencia de reposición tecnológica, falta de equipos de refrigeración y/o inconvenientes por humedad, polvo o suciedad, descarga y uso no controlado de software, ausencia de virus, uso inadecuado de equipos de computo
CONTROLES DESVIADOS	1.El supervisor del contrato de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de comunicaciones y sistemas verifica que se haya ejecutado el mantenimiento por parte del contratista a través del informe que envía el proveedor y la firma del registro a satisfacción de los mantenimientos por parte de los técnicos de sistemas.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	Se continúan presentando equipos sin mantenimiento debido a inconsistencias entre las ubicaciones registradas en el cronograma de mantenimiento y la ubicación física real de los equipos en las diferentes sedes, lo que dificulta la ejecución total de las actividades programadas; adicionalmente, esta situación se ha venido presentando desde la vigencia 2024 sin que las acciones implementadas hayan sido efectivas, pese a los reportes realizados (por parte de biomédica y sistemas) al área de Almacén para la actualización del inventario institucional, evidenciando una problemática persistente que afecta tanto equipos de sistemas de información como biomédicos, lo que puede generar riesgos en la disponibilidad, funcionamiento y vida útil de los equipos, así como en la continuidad de los servicios y la adecuada gestión de los activos institucionales.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
RIESGO ASOCIADO	R2. Posibilidad de pérdida de la confidencialidad y disponibilidad de la información por falla de los equipos de cómputo, mal funcionamiento de los equipos e infección por virus informático, debido a mantenimiento insuficiente, ausencia de reposición tecnológica, falta de equipos de refrigeración y/o inconvenientes por humedad, polvo o suciedad, descarga y uso no controlado de software, ausencia de virus, uso inadecuado de equipos de computo

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROLES DESVIADOS	6. El personal técnico en redes realiza la capacitación y evaluación sobre uso adecuado de equipos informáticos y adherencia a las guías rápidas de uso.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	No se evidencia cumplimiento de la implementación del control.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
RIESGO ASOCIADO	R2. Posibilidad de pérdida de la confidencialidad y disponibilidad de la información por falla de los equipos de cómputo, mal funcionamiento de los equipos e infección por virus informático, debido a mantenimiento insuficiente, ausencia de reposición tecnológica, falta de equipos de refrigeración y/o inconvenientes por humedad, polvo o suciedad, descarga y uso no controlado de software, ausencia de virus, uso inadecuado de equipos de computo
CONTROLES DESVIADOS	7. El jefe de oficina de comunicaciones y sistemas realiza seguimiento y medición del indicador relacionado con la proporción de ejecución presupuestal para la adquisición y renovación de tecnología.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	No se evidencia cumplimiento de la implementación del control; el indicador se midió hasta el año 2024.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
RIESGO ASOCIADO	R7. Posibilidad de afectación de credibilidad e imagen institucional por la desinformación a los grupos de interés, Debido a difusión de noticias falsas, información incompleta entregada por la Empresa, inoportunidad en la entrega de la información, ausencia de medios y canales de comunicación.
CONTROLES DESVIADOS	1.El líder del proceso valida que la información requerida cumpla con las especificaciones solicitadas para su publicación. En caso de los comunicados de prensa, estos son validados por la gerencia antes de ser publicados.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	El control se incumple teniendo en cuenta que no existen evidencias de la validación por parte de los líderes de los procesos sobre la información generada por el área de comunicaciones.

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION
RIESGO ASOCIADO	R5. Posibilidad de pérdida de confidencialidad y disponibilidad de la información por copia fraudulenta de software, infección por virus informático, falla de los sistemas de información, errores de software, instalaciones y uso no autorizado de software.
ACCIÓN	1. Solicitar al proveedor las vulnerabilidades de software malicioso presentadas y las acciones de mitigación implementadas en Firewall
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta.

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION
RIESGO ASOCIADO	R6. Posibilidad de pérdida de confidencialidad y disponibilidad de la información por fuga de información, inundaciones y perdida de información.
ACCIÓN	1. Verificación semestral del cumplimiento de las actividades propuestas en el documento sistema integrado de conservación SIC.
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia informes o actas de seguimiento al cumplimiento de las actividades propuestas en el SIC.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION
RIESGO ASOCIADO	R6. Posibilidad de pérdida de confidencialidad y disponibilidad de la información por fuga de información, inundaciones y perdida de información.
ACCIÓN	2. Se valida mensualmente que los usuarios realicen la copia de seguridad en el espacio asignado en la unidad de almacenamiento del datacenter. Se lleva un registro de que usuarios realizaron copia y quienes no, con el fin de recordar a los usuarios de la importancia de las copias de seguridad y evitar pérdidas de información.
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta.

ACCIONES INCUMPLIDAS (6)	
PROCESO	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION
RIESGO ASOCIADO	R7. Posibilidad de afectación de credibilidad e imagen institucional por la desinformación a los grupos de interés, Debido a difusión de noticias falsas, información incompleta entregada por la Empresa, inoportunidad en la entrega de la información, ausencia de medios y canales de comunicación.
ACCIONES	1. Realizar el procedimiento para la estandarización de la entrega de información a las partes interesadas. 2. Socializar el procedimiento para la estandarización de la entrega de información a las partes interesadas a todo el personal de la entidad 3. Aplicar el procedimiento para la estandarización de la entrega de información a las partes interesadas 4. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno 5. Solicitar a talento humano la inclusión en el PIC del segundo semestre, de la capacitación en el protocolo de crisis mediática, reputacional o informativa. 6. Realizar informe de capacitación para medir cobertura y apropiación del conocimiento.
ESTADO	INCUMPLIDAS
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de las acciones propuestas.

GESTION DEL TALENTO HUMANO

RIESGOS IDENTIFICADOS

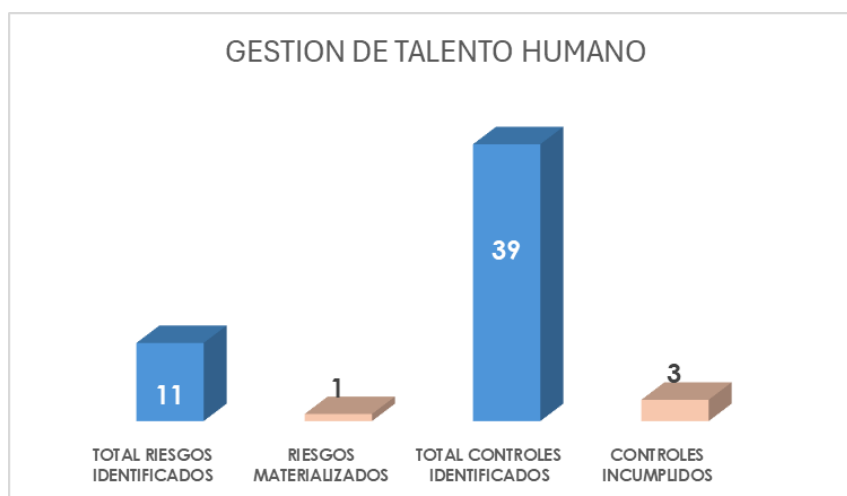
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	GESTION DEL TALENTO HUMANO
RIESGO MATERIALIZADO	R5. Manejo indebido del archivo de las historias laborales
ESTADO	MATERIALIZADO
HALLAZGO	El riesgo se encuentra materializado teniendo en cuenta que de una muestra de siete carpetas se identificaron deficiencias en su conservación, organización y foliación, tales como: carpetas en mal estado físico (rotas, con folios doblados y elementos inadecuados de sujeción), documentos mal archivados que no corresponden al titular de la historia laboral, ausencia e inconsistencia en la foliación, así como el incumplimiento en el cambio de unidades de conservación conforme a la circular vigente; lo anterior incumple lo establecido en la Ley 594 de 2000 y la normatividad archivística aplicable, lo que puede generar riesgos en la integridad, disponibilidad y trazabilidad de la información, así como posibles afectaciones en la gestión documental, la defensa jurídica de la entidad y el acceso oportuno a la información. Evidencia: - Dos (Kelly Guancha y Brian Benavides) de las siete carpetas de la muestra solicitada están rotas, los folios doblados, con separadores de colores, gancho legajador fuera de las carpetas; de la misma forma se evidencia que las carpetas no han sido cambiadas de acuerdo con la circular No. 202405610012023 de fecha 15 feb 2024 suscrita por la técnica operativa de gestión documental. - En la carpeta de la funcionaria Kelly Guancha se evidencia que se encuentra un documento que no pertenece a la funcionaria con el nombre de Yolanda Lorena Guancha. - En la carpeta del funcionario Brian Benavides se evidencia que no existe una correcta foliación dado que se empieza desde la tercera hoja de la carpeta con la numeración, la carpeta tiene 179 folios de los cuales solo están foliados hasta el número 161.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
RIESGO ASOCIADO	R2. Inoportunidad en la prestación del servicio por vacancia del cargo

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROLES DESVIADOS	1.Al momento de desvinculación del personal, el auxiliar administrativo de la Oficina de Talento Humano, informa a la persona desvinculada los trámites administrativos que debe realizar para quedar a paz y salvo con la entidad, dentro de los que se encuentra: el acta de entrega del cargo al jefe inmediato o a quien éste designe, para nivel directivo informe de gestión, paz y salvo; tal y como se establece en el procedimiento de retiro de personal.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	Durante la auditoría realizada se evidenció que para el segundo semestre 2025 se desvincularon 14 personas de la empresa, se tomó la muestra de dos personas desvinculadas y se encontraron los siguientes incumplimientos: - KELLY GUANCHA, fecha de retiro 23 sep 2025, no se encuentra el acuerdo de gestión en la historia laboral de la colaboradora. - BRIAN ANDRÉS RUALES, fecha de retiro 05 sep 2025, no se encuentra carta de renuncia, ni formato de entrevista de retiro en la historia laboral del colaborador, además el examen médico de egreso es de fecha 01 septiembre 2025 (4 días antes de la renuncia). Lo anterior puede generar riesgos de incumplimiento normativo, debilidades en la trazabilidad del retiro del personal y posibles afectaciones en la gestión del conocimiento y el seguimiento a las condiciones de salud del trabajador al momento de su desvinculación.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
RIESGO ASOCIADO	R3. Vinculación del personal sin cumplimiento de los requisitos legales
CONTROLES DESVIADOS	3. El técnico de historias laborales verifica la autenticidad de la información aportada por el aspirante a través del diligenciamiento de la lista de verificación.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	Durante la auditoría realizada se evidenció que para el segundo semestre 2025 se vincularon 45 personas en la planta temporal de la empresa, se tomó la muestra de cuatro personas y se verificó el cumplimiento de los requisitos definidos en la lista de verificación para vinculación, encontrando las siguientes novedades:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	- CATALINA MARTINEZ RAMOS (1085317791), fecha de ingreso: 13 nov 2025, no se encuentra examen de ingreso en la carpeta de la historia laboral; además no se encuentra resolución de prorroga a nombramiento (nombramiento anterior vence 31 dic 2025). - MARIA CAMILA BENAVIDES ROSERO (1085290151), fecha de ingreso: 31 oct 2025, cumple todos los requisitos para su vinculación, sin embargo, no se encuentra resolución de prorroga a nombramiento (nombramiento anterior vence 31 dic 2025) - MARIA CAMILA RUANO ORTEGA (1233192577), fecha de ingreso: 12 nov 2025, no se encuentra examen de ingreso en la carpeta de la historia laboral. - WILSON GERMAN ROSERO LASSO (1085283804): fecha de ingreso: 31 octubre 2025, no presenta formato de "Actualización de información cliente y usuario" (código GTH-AIC 104), certificado de examen de ingreso de fecha 03 noviembre 2025 (3 días después de su nombramiento). Lo anterior puede generar riesgos de incumplimiento normativo, debilidades en la trazabilidad de la vinculación del personal y posibles afectaciones en el seguimiento a las condiciones de salud de los trabajadores desde su ingreso a la entidad.
--	--

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
RIESGO ASOCIADO	R7. Fuga del capital intelectual
CONTROLES DESVIADOS	2. El proceso cuenta con un acta de entrega de cargo donde el funcionario (nivel técnico, asistencial y profesional) debe diligenciar la información detallada de todas las actividades y/o pendientes derivados de la ejecución de sus funciones. Para el nivel directivo se cuenta con el informe de gestión el cual es entregado a la oficina de control interno.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	Se evidenció que en el proceso de desvinculación de personal no se dio cumplimiento al control establecido para la gestión del conocimiento, teniendo en cuenta que en la historia laboral de la colaboradora Kelly Guancha no se encontró el acuerdo de gestión, el cual hace parte de los soportes requeridos para la entrega formal de las actividades y pendientes del cargo, lo que puede generar riesgos de pérdida de información relevante, afectar la continuidad de las funciones y dificultar la transferencia adecuada del conocimiento institucional.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RECOMENDACIONES

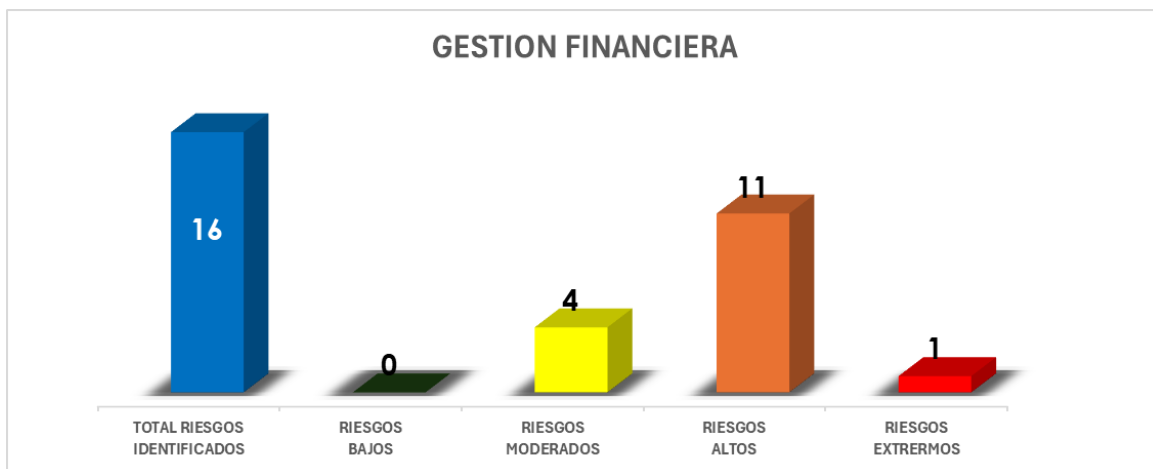
- Se evidenció que, aunque se dio cumplimiento a la acción propuesta de “Digitalizar el 20% de las historias laborales”, la información digitalizada se encuentra almacenada en un equipo de cómputo ubicado fuera de la Oficina de Talento Humano y no cuenta con mecanismos de respaldo o copia de seguridad, lo que genera riesgos en la disponibilidad, integridad, confidencialidad y continuidad de la información institucional.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION FINANCIERA

RIESGOS IDENTIFICADOS

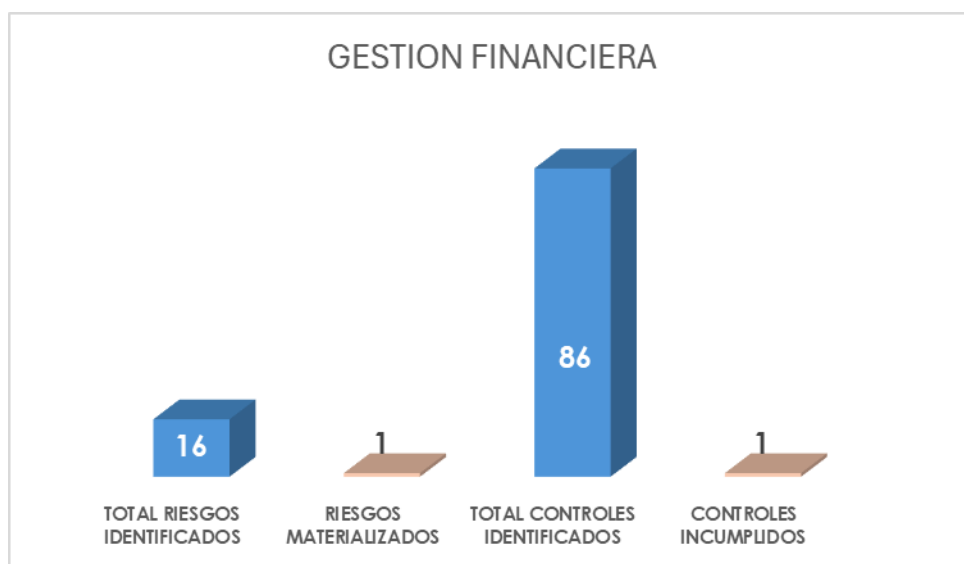
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	GESTION FINANCIERA
RIESGO MATERIALIZADO	R10. Falla en la conciliación de glosas
ESTADO	MATERIALIZADO
HALLAZGO	El riesgo se materializó teniendo en cuenta que, derivado de la implementación de nuevos lineamientos para el registro individual de procedimientos en los RIPS, se presentaron inconsistencias en la facturación de los servicios que no correspondían a las condiciones contractuales con las EPS, generando la devolución de facturas y glosas; adicionalmente, se identificó que la entidad no ha realizado una conciliación completa de glosas desde marzo de 2025 para la EPS MALLAMÁS, evidenciando debilidades en su seguimiento, control y depuración, lo que impacta directamente el flujo de recursos, incrementa el riesgo de pérdida de ingresos y acumulación de cartera.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA
RIESGO ASOCIADO	R14. Estados financieros no confiables.
CONTROLES DESVIADOS	2. El profesional universitario, realiza conciliaciones entre dependencias (Almacén, Farmacia, Facturación, Cartera, Talento Humano, Tesorería) a través del aplicativo SIOS e información entregada por Dependencias.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	Se evidenció la materialización del riesgo teniendo en cuenta que, al revisar las conciliaciones de inventarios de elementos de consumo correspondientes al segundo semestre de 2025, se identificaron diferencias entre los saldos registrados en las actas de conciliación y los reportes generados por el sistema de información institucional SIOS ("anexo de balance"), evidenciando inconsistencias en los valores conciliados; adicionalmente, se observó que dichas diferencias se mantienen y se arrastran a lo largo de los diferentes meses sin que se implementen acciones efectivas orientadas a su depuración y ajuste, lo que afecta la confiabilidad, razonabilidad y calidad de la información financiera, así como la toma de decisiones basada en estos estados.

INFORME FINAL DE AUDITORIA

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

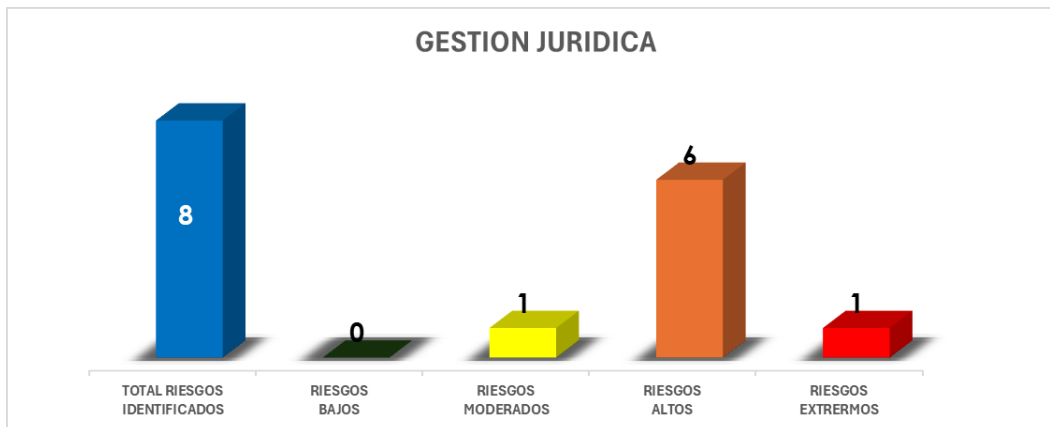
ITEM	SALDOS EN ACTA CONCILIACION MES DE JULIO 2025	SALDOS EN ANEXO DE BALANCE (SIOS)	DIFERENCIA
15149001 ELEMENTOS PARA SISTEMATIZACION	78.037.053,00	158.673.268,00	-17.240.666,00
	97.876.881,00		
15149007 OTROS MATERIALES Y SUMINISTROS	48.608.964,00	48.980.389,00	371.425,00
151417 SUMINISTROS DE ASEO	134.118.414,00	133.138.073,00	-980.341,00
ITEM	SALDOS EN ACTA CONCILIACION MES DE OCTUBRE 2025	SALDOS EN ANEXO DE BALANCE (SIOS)	DIFERENCIA
15149001 ELEMENTOS PARA SISTEMATIZACION	73.667.272,00	90.665.272,19	-88.359.918,81
	105.357.919,00		
15149007 OTROS MATERIALES Y SUMINISTROS	46.714.775,00	46.596.375,00	-118.400,00
15149003 DOTACION	82.838.742,00	49.726.514,06	-33.112.227,94
ITEM	SALDOS EN ACTA CONCILIACION MES DE DICIEMBRE 2025	SALDOS EN ANEXO DE BALANCE (SIOS)	DIFERENCIA
15149001 ELEMENTOS PARA SISTEMATIZACION	75.101.185,00	69.756.892,20	-97.689.219,80
	92.344.927,00		
15149007 OTROS MATERIALES Y SUMINISTROS	55.574.403,00	53.777.767,00	-1.796.636,00
15149003 DOTACION	36.735.379,00	3.622.261,00	-33.113.118,00

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION JURIDICA

RIESGOS IDENTIFICADOS

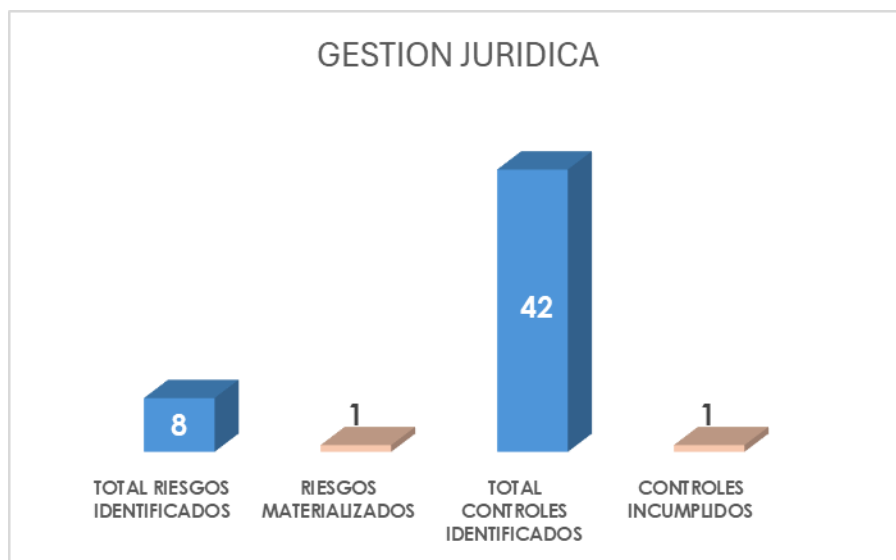
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación.



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	GESTION JURIDICA
RIESGO MATERIALIZADO	R2. Vulneración de los principios de vulnerabilidad
ESTADO	MATERIALIZADO
HALLAZGO	"Se realizo revisión de 5 contratos de los meses de noviembre y diciembre de 2025 en la plataforma SIA OBSERVA. Los contratos revisados son: 1091/2025, 1093/2025, 1251/2025, 1231/2025/ 1270/2025 encontrándose: * Contrato 1091/25: cargue de 2 informes de supervisión e interventoría con 2 soportes de pago de los mismos. * Contrato 1093/25: valor contrato \$32.602.326. Se identificó el cargue de dos informes de supervisión: noviembre por \$27.293.910 y diciembre por \$10.093.622, para un total de \$37.387.532. Adicionalmente, en diciembre se registra una adición presupuestal por \$12.000.000, lo que determina un valor final del contrato de \$44.602.326. No obstante, solo se evidencia un pago mediante comprobante de egreso por \$35.678.796. Frente a la adición presupuestal por valor de \$12.000.000, no se encuentra contrato por dicha adición, ni soporte del Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) correspondiente, ni el registro que lo formalice. Asimismo, no se evidencian los pagos efectuados en su totalidad conforme al valor final del contrato (44.602.326), De igual manera, no se observa la ampliación de la póliza de garantías acorde con el incremento del valor contractual, no se evidencia paz y salvo contractual. * Contrato 1251/25: valor contrato \$15.000.000. Se evidencia el cargue de un (1) informe de supervisión e interventoría correspondiente al mes de diciembre por valor de \$14.820.540, registrándose un saldo a favor de la ESE de \$179.460. Sin embargo, no se evidencia en la plataforma SIA Observa el comprobante de pago correspondiente al mes de diciembre * Contrato 1231/25: valor contrato \$7.200.000. Se evidencia un (1) informe de supervisión de los dos (2) requerido. Considerando que el contrato establece pagos quincenales, el primer informe corresponde al periodo comprendido entre el 1 y el 15 de diciembre, por un valor de \$3.600.000. No se evidencia el cargue del informe de supervisión correspondiente al periodo del 16 al 29 de diciembre.

INFORME FINAL DE AUDITORIA

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

* Contrato 1270/25: valor contrato \$43.000.000, no evidencia el informe de supervisión e interventoría, así como tampoco el informe presentado por parte del contratista. Sin embargo, se registra un pago realizado por el valor total de \$43.000.000 con fecha del 29/12/2025.

Se realizo revisión de 5 contratos de los meses de noviembre y diciembre de 2025 en la plataforma SECOP II. Los contratos revisados son: 1091/25 1093/25, 1251/25, 1231/25, 1270/25. encontrándose:

* Contrato 1091/2025: cargue de dos informes de supervisión e interventoría correspondientes a los meses de noviembre y diciembre; sin embargo, no se observa el cargue de los soportes de pago respectivos en el sistema.

Adicionalmente, se evidencia que la cuenta de cobro no se encuentra en formato estandarizado.

* Contrato 1093/2025: cargue de dos certificados de supervisión e interventoría correspondientes a los meses de noviembre y diciembre. No obstante, el certificado de noviembre no corresponde a la razón social del contrato 1093-2025, ya que se encuentra adjunto un documento diferente, asociado a otra razón social u otro contrato.

Así mismo, no se evidencia los comprobantes de pago correspondientes a los meses de noviembre y diciembre.

* Contrato 1251/2025: cargue de un (1) certificado de supervisión e interventoría correspondiente al mes de diciembre; no obstante, no se adjunta el soporte de pago respectivo.

* Contrato 1231/2025: No se evidencia el certificado de supervisión e interventoría correspondiente al mes de diciembre, ni los soportes de pago respectivos. Teniendo en cuenta que el contrato establece pagos quincenales, debían evidenciarse dos soportes de pago durante dicho mes.

* Contrato 1270/2025: cargue del informe de supervisión e interventoría del mes de diciembre por valor de \$43.000.000; sin embargo, no se evidencia el respectivo soporte de pago."

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

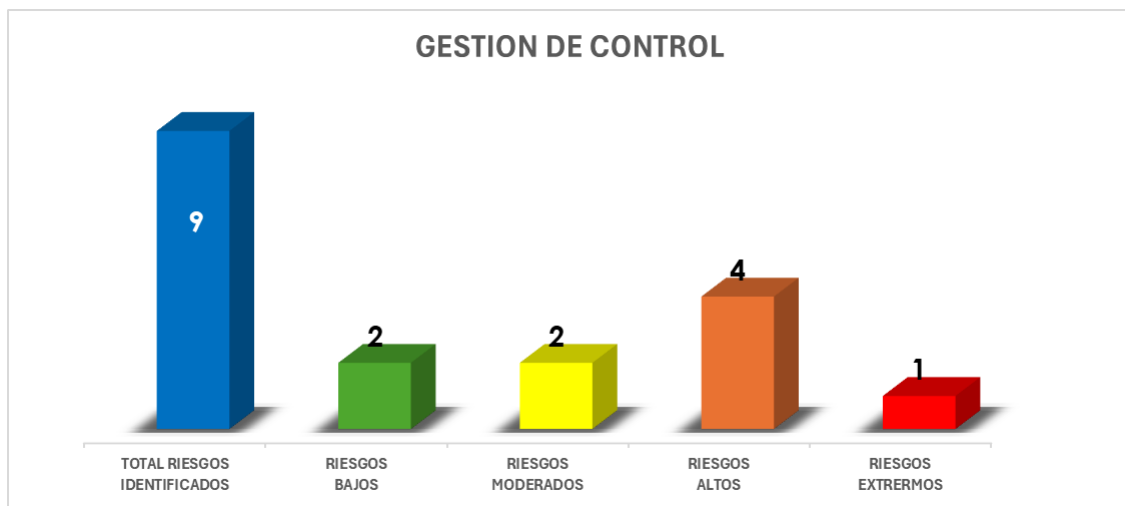
CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN JURIDICA
RIESGO ASOCIADO	R1. Inoportunidad y /o falta de contestación de actuaciones constitucionales, administrativas y legal
CONTROLES DESVIADOS	3. La Oficina Jurídica, supervisa la ejecución del cumplimiento contractual de la representación judicial y extrajudicial de la Entidad a través de informes mensuales y trimestrales emitidos por el profesional universitario.
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	El control se incumple teniendo en cuenta que, al revisar los informes de los meses de agosto, octubre y diciembre de los contratistas encargados de dicha representación, no se encontraron los informes trimestrales exigidos contractualmente para los abogados externos CARLOS MAIGUAL y FERNANDO MARTÍNEZ, incumpliendo la obligación contractual establecida (17); lo que evidencia falta de supervisión contractual y puede generar debilidades en el seguimiento y control de los procesos judiciales.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE CONTROL

RIESGOS IDENTIFICADOS

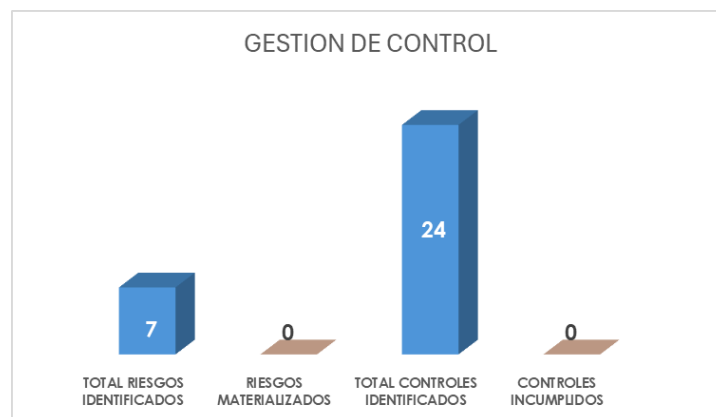
A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Control.



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

3.9. RIESGOS MISIONALES MATERIALIZADOS POR PROCESO

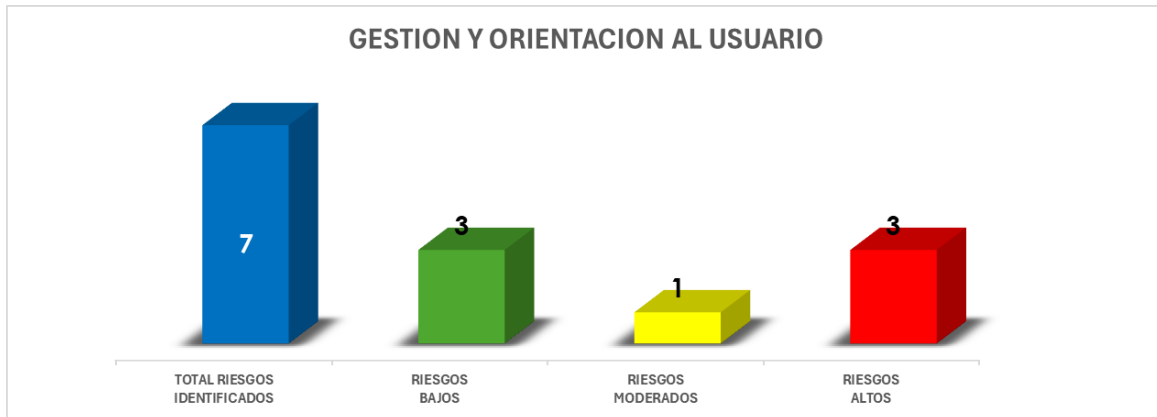
Para la totalización de los riesgos materializados por proceso se tomó en cuenta el conteo total de riesgos tanto asistenciales (específicos para cada proceso y transversales), riesgos clínicos y riesgos poblacionales que se describen en la matriz AMFE como se detalla en la siguiente tabla:

CONTEO RIESGOS POR PROCESO AMFE					
	ASISTENCIALES		CLINICOS	POBLACIONALES	TOTAL RIESGOS (Modos de falla)
	(Específicos)	(Transversales)			
Gestión de Hospitalización	9	9	8	0	26
Gestión de Urgencias	17	9	8	2	36
Gestión Ambulatoria	34	9	9	18	70
Gestión Qx y Atención del parto	9	6	8	0	23
Gestión de Imagenología	8	5	0	0	13
Gestión de Laboratorio	27	6	0	0	33
Gestión Servicio Farmacéutico	18	0	0	0	18
Gestión y Orientación al Usuario	7	0	0	0	7
Gestión de la Tecnología	27	0	0	0	27

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

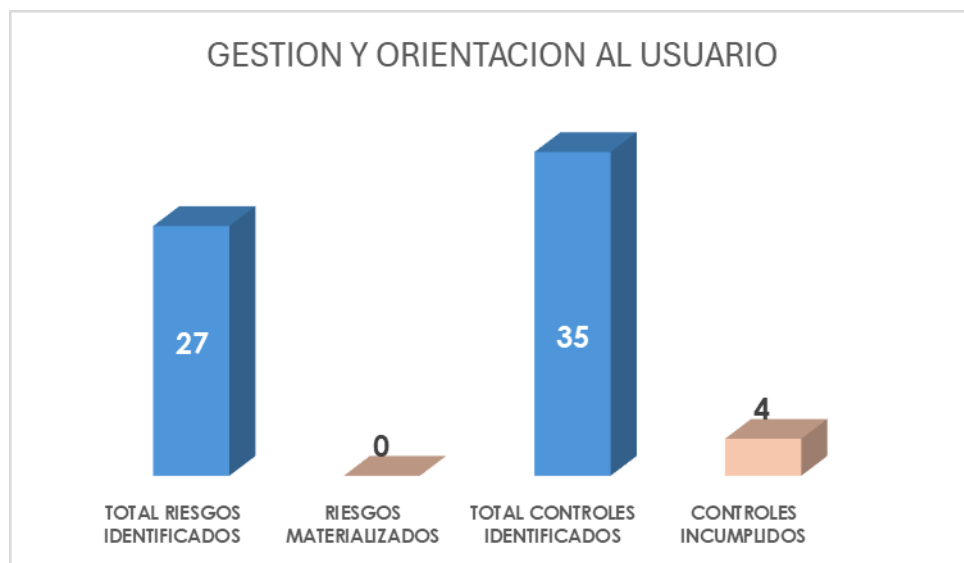
GESTION Y ORIENTACIÓN AL USUARIO

A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión y orientación al usuario:



✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO.
RIESGO ASOCIADO	R2. Inadecuada información al usuario
CONTROL DESVIADO	Capacitación y evaluación anual del protocolo de comunicación asertiva entre el equipo de salud, paciente y cuidadores
ESTADO	PARCIALMENTE CUMPLIDO.
HALLAZGO	NO se evidencia la ejecución de la evaluación anual del protocolo de comunicación asertiva entre el equipo de salud, el paciente y sus cuidadores, ni soportes que permitan verificar su cobertura.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO.
RIESGO ASOCIADO	R3. Inoportunidad o no gestión de las PQRS por parte de los responsables
CONTROL DESVIADO	Inducción y reinducción específica anual al personal que tiene contacto con usuarios del procedimiento de administración de PQRSFD
ESTADO	PARCIALMENTE CUMPLIDO
HALLAZGO	NO se evidencia ejecución de la evaluación de conformidad de la inducción al puesto de trabajo.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO.
RIESGO ASOCIADO	R4. Fallas en la medición de satisfacción
CONTROL DESVIADO	Inducción específica al personal SIAU en el manejo del aplicativo para la aplicación de la encuesta y su correcto diligenciamiento
ESTADO	PARCIALMENTE CUMPLIDO

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

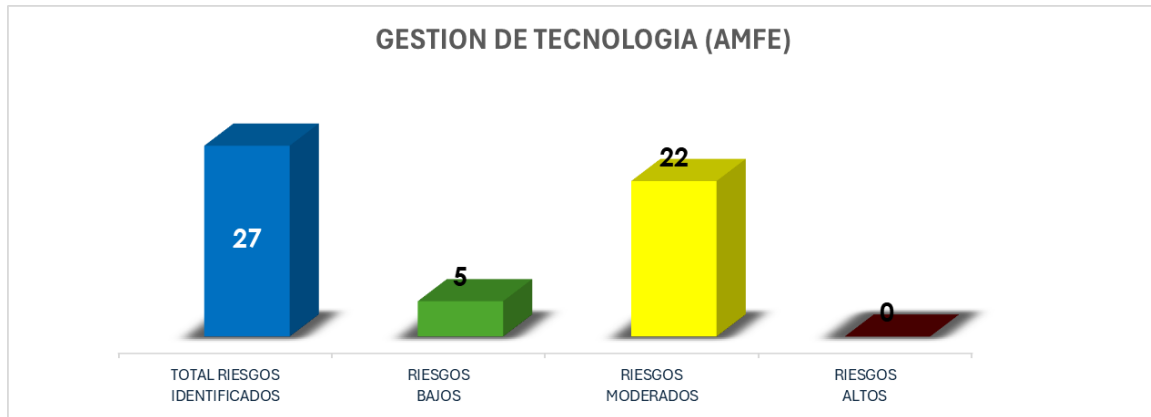
HALLAZGO	NO se evidencia la ejecución de la evaluación de desempeño en inducción específica, ni la evaluación de conformidad de la inducción al puesto de trabajo, ni soportes que permitan verificar su cobertura.
-----------------	--

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO.
RIESGO ASOCIADO	R6. Inasistencia del paciente a cita programada
CONTROL DESVIADO	Inducción y reinducción anual del personal de asignación de citas en el procedimiento de asignación de citas y manual de atención y orientación al usuario.
ESTADO	PARCIALMENTE CUMPLIDO
HALLAZGO	NO se evidencia la ejecución de la evaluación de conformidad de la inducción al puesto de trabajo.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

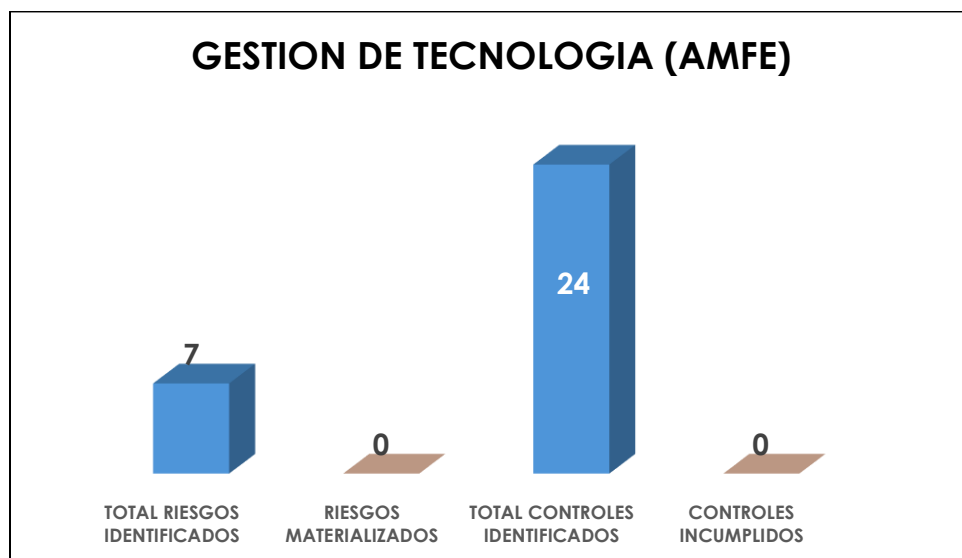
GESTION DE LA TECNOLOGIA (AMFE)

A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de la Tecnología (AMFE).



✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROLES DESVIADOS (31)		
PROCESO	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA (AMFE)	
ESTADO	SIN VERIFICACIÓN: INCUMPLIDO	
HALLAZGO	No fue posible verificar el cumplimiento de los controles asociados al proceso de Gestión de Tecnología, debido a que no se contó con las evidencias requeridas para su validación, a pesar de haber sido solicitadas en reiteradas ocasiones y a través de diferentes medios al líder del proceso; en consecuencia, y conforme a los criterios de auditoría, los controles se consideran no verificados, lo que limita la evaluación de su efectividad y se asimila como incumplimiento, generando riesgos en la confiabilidad del proceso y en la gestión adecuada de los riesgos asociados.	
MODO DE FALLA	EQUIPO	CONTROLES INCUMPLIDOS
Radiación innecesaria al personal y pacientes	Rayos x periapical/ convencional/portatil	1. Instrucción y capacitación adecuada en materia de protección y seguridad 2. Capacitación en el protocolo para la toma de imágenes diagnosticas
Error en la configuración del equipo	Rayos x periapical/ convencional/portatil	2. Capacitación en el uso de equipos emisores de radiaciones ionizantes 3. Capacitación en el protocolo para la toma de imágenes diagnosticas
Fallas en la medición	Balanza digital pediátrica	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos. 2. Capacitación y evaluación en la toma adecuada de mediciones antropométricas
Fallas en la medición	Tensiómetro	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos. 2. Capacitación y evaluación en la toma de signos vitales
Fallas en la medición	Balanza Mecánica	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos. 2. Capacitación y evaluación en la toma adecuada de mediciones antropométricas
Error en la configuración del equipo	Bomba de infusión	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Error en el manejo del equipo	Desfibrilador bifásico	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

Error en el manejo del equipo	Desfibrilador externo automático	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Limpieza inadecuada, descontaminación del equipo o no cambio de dispositivos médicos	Succionador	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Error en el manejo del equipo	Monitor de signos vitales	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Error en el manejo del equipo	Monitor fetal	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Error en el manejo del equipo	Electrocardiógrafo	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Error en el manejo del equipo	Doppler	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Error en el manejo del equipo	Oxímetro de pulso	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Falta de elementos de protección	Lámpara de fotocurado	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Limpieza inadecuada, descontaminación del equipo	Lámpara de fotocurado	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Error en el manejo del equipo	Incubadora Neonatal	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Error en la configuración del equipo - Uso de sustancias explosivas	Autoclave	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Daños eléctricos	Autoclave	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Deficiente limpieza y descontaminación	Unidad odontológica	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.

INFORME FINAL DE AUDITORIA

VERSIÓN

PROCESO / SERVICIO

CODIGO

NUM

6.0

GESTION DE CONTROL

GC-IFA

220

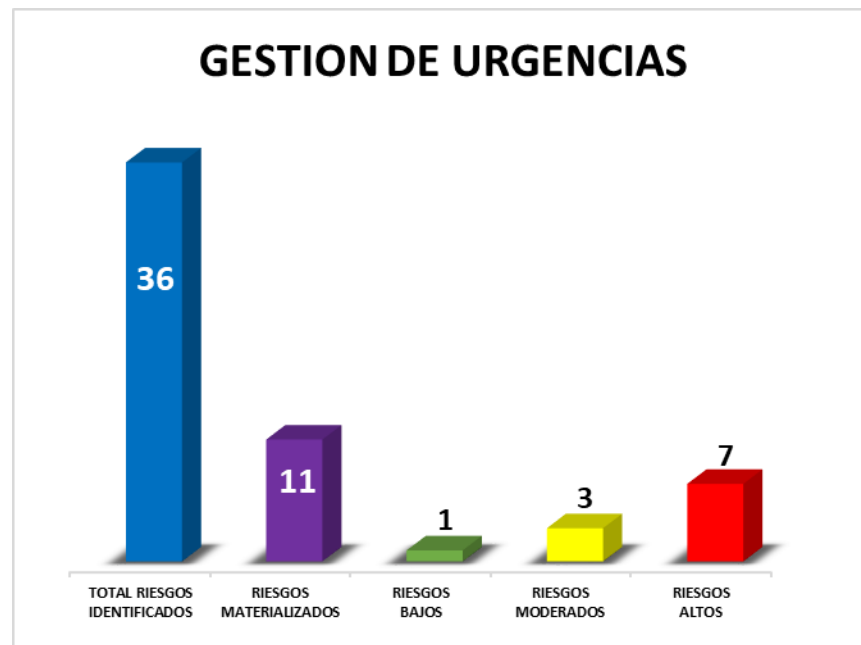
No sujeción de los dispositivos de la pieza odontológica	Unidad odontológica	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Fuga en el sistema respiratorio	Máquina de anestesia	1. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Fallo en celda de oxígeno	Máquina de anestesia	2. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Fallo en sistema de ajuste o bloqueo	Mesa de cirugía	2. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Error en el manejo del equipo	Monitor de signos con capnografía	2. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.
Falla de placa	Electrobisturí	2. Capacitación y evaluación en el uso seguro de los equipos.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE URGENCIAS

RIESGOS IDENTIFICADOS

A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Urgencias.



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO		
PROCESO	GESTION URGENCIAS	
EVENTO ADVERSO	1- E.A Moderado (202509053) Paciente sufrió caída en sala de espera, posterior a falla estructural de una silla en mal estado. Fue valorada por médico de turno, sin presentar lesiones aparentes. Acciones inseguras: Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente, omisión en las rondas de verificación de infraestructura y condiciones de seguridad del área. Evento ocurrido en septiembre de 2025, en el Hospital la Rosa. RED SUR.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Caídas del paciente (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	2- E.A Moderado (202509026) Paciente de 66 años que ingresa al servicio a las 3:00 AM en estado de embriaguez y con trauma lumbar por caída desde su propia altura a quien posteriormente se le realizo hidratación. El Médico informa que el paciente no fue entregado al momento de recibo y entrega de turno adecuadamente y además se ordena egreso. Posteriormente auxiliar de enfermería identifica alteración clínica. Se realiza nueva valoración médica, se sospecha posible ACV isquémico y se decide remisión inmediata a HUDN, (se evidencia atención médica del paciente durante 8h y media en la institución). Acciones inseguras identificadas: Deficiente comunicación entre el equipo de salud. Evento ocurrido en el mes de Septiembre de 2025, en el Hospital Local Civil. RED NORTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Error en la clasificación del triage	ALTO
	Anamnesis e identificación de riesgos y necesidades al ingreso no pertinente o incompleta	ALTO
	Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO
	Entrega incompleta o no entrega del paciente en observación	MEDIO
	No reevaluación del estado clínico del paciente	ALTO
	Deterioro neurológico (Clínico)	MEDIO

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

EVENTO ADVERSO	3- E.A Moderado (202509039) Paciente masculino de 56 años, con prótesis valvular mitral e HTA no tratada y sin adherencia a controles, ingresa por dolor abdominal de 15 días de evolución y crisis hipertensiva, se toman paraclínicos con resultados de alteraciones sugestivas de proceso infeccioso, compromiso biliar y descompensación hemodinámica, se ingresa a observación por sospecha de coleditiasis para toma de ecografía. Durante la estancia presenta deterioro clínico con desaturación severa (70%), hipoglucemia (45 mg/dL), fibrilación auricular rápida e inestabilidad hemodinámica. Requiere remisión a UCI, identificándose posible retraso en el reconocimiento y escalamiento del deterioro. Acciones inseguras: Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo, Error en el diagnóstico y plan de manejo del paciente con enfermedad cardiovascular, Inadecuada implementación de la herramienta de valoración e identificación de riesgos en los pacientes, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Evento ocurrido en el mes de septiembre de 2025, en el Hospital Local Civil. RED NORTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Error en la clasificación del triage	ALTO
	Anamnesis e identificación de riesgos y necesidades al ingreso no pertinente o incompleta	ALTO
	Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO
	No reevaluación del estado clínico del paciente	ALTO
	Deterioro clínico cardiovascular (Clínico)	MEDIO
EVENTO ADVERSO	4- E.A Leve (202509157) Paciente ingresa en el hospital civil por presentar dolor epigástrico y náuseas de aproximadamente 12 horas de evolución, en Triage el paciente es clasificado como riesgo IV, EVA 4, se informa al paciente que debe ir por cita prioritaria, la cual se realiza en CS primero de mayo ese mismo día, donde se valora escala de dolor 7/10, se solicitan laboratorios que evidencian paraclínicos alterados con patrón obstructivo; posteriormente el paciente reingresa a urgencias en el Hospital Civil, con dolor epigástrico e hipocondrio derecho y Murphy positivo, ante la necesidad de ecografía no disponible en la institución, se inicia trámite de remisión. Acciones inseguras: Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo, Error en la definición del plan de manejo o clasificación en Triage.	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	Evento ocurrido en el mes de Septiembre de 2025, en el Hospital Local Civil. RED NORTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Error en la clasificación del triage	ALTO
EVENTO ADVERSO	5- E.A Leve (10397) Paciente de 77 años consulta al Centro de Salud San Vicente con hipertensión y dolor torácico. En Triage se le realiza electrocardiograma, el cual se reporta como alterado con IAM, clasificándose como Triage 3. Se considera un tiempo de evolución cercano a 48 horas, por lo que se encuentra fuera de ventana y se inicia manejo con dinitrato de isosorbide. Se realiza remisión, quedando pendiente traslado en plan de emergencia. Al día siguiente, la paciente continúa en observación debido a no aceptación en la institución de referencia; se repite electrocardiograma, confirmando nuevamente IAM con hipertensión, por lo que se decide traslado en plan de emergencia al Hospital San Pedro. Acciones inseguras: inadecuada comunicación asertiva entre el equipo de salud, Registros de historia clínica incompletos o inadecuados, Inadecuada monitorización del paciente con riesgo alto de infarto de miocardio, Error de dx / retraso injustificado en el dx. Evento ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en CS San Vicente. RED OCCIDENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
	Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO
	No reevaluación del estado clínico del paciente	ALTO
EVENTO ADVERSO	6- E.A moderado (No 20706–20709) UN SOLO EVENTO Paciente de 63 años consulta por lesión en glúteo derecho, posterior a aplicación de diclofenaco y dexametazona IM en la institución, con 15 días de evolución. Refiere que presenta dolor, rubor, calor local e induración. Se solicitan ecografía y paraclínicos donde se evidencia leucocitosis leve, PCR elevada y ecografía con colección/absceso. Se instaura manejo antibiótico con clindamicina EV. 5 días después del inicio del tratamiento la paciente es valorada por medicina interna, donde se indica continuar clindamicina EV por 7 días y adicionar ciprofloxacina	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	EV para cubrir Pseudomonas. Se considera necesario realizar cultivo y manejo con vancomicina, por lo cual se inicia trámite de remisión a tercer nivel para continuidad del tratamiento. Acciones inseguras: Falta de educación al paciente sobre signos de alarma posteriores a la aplicación intramuscular (consulta tardía de la paciente), No adherencia al protocolo de higiene de manos y aplicación de medicamentos técnica aséptica. EA ocurrido en el mes de julio de 2025, en el Hospital Local Civil, RED NORTE	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (Asistencial T)	BAJO
EVENTO ADVERSO	7- E.A leve (No 20864–20865) Paciente masculino de 32 años que ingresa al servicio tras accidente de tránsito, en estado de alicoramiento, con herida avulsiva de aproximadamente 15 cm en rodilla izq, con exposición de tejidos y rotula con inestabilidad articular. Se realiza manejo inicial consistente en lavado de herida, sutura, inmovilización, administración de antibiótico profiláctico, analgésicos y toxoide tetánico, con egreso el mismo día bajo tratamiento ambulatorio y recomendaciones de curaciones. Re consulta 2 días después por cuadro clínico de 10 horas de evolución caracterizado por dolor, edema, rubor, calor local y limitación funcional, evidenciándose al examen físico signos de infección en la herida quirúrgica, diagnosticándose celulitis, se decide hospitalización para manejo con antibióticos endovenosos (oxacilina y clindamicina), solicitud de ayudas diagnósticas (radiografía, ecografía de tejidos blandos, hemograma y PCR), y posteriormente remisión a institución de mayor nivel para valoración por ortopedia. Acciones inseguras identificadas: Manejo inadecuado de la herida, Inadecuado reporte de ayudas diagnósticas, Exceso de confianza. Evento ocurrido en agosto de 2025, en el CS San Vicente, RED OCCIDENTE .	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO
	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (Asistencial T)	BAJO
EVENTO ADVERSO	8- E.A. Moderado (11464) Paciente con diagnóstico de infección urinaria complicada, en quien se ordena urocultivo mediante cateterismo vesical para obtener muestra no contaminada. Posterior al procedimiento presenta sangrado uretral abundante con salida de	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	coágulos, sospechándose trauma uretral, por lo que se decide remisión a hospital de mayor complejidad para valoración por urología. En institución de III nivel se confirma IVU complicada por E. coli BLEE. (Se indago y no se obtuvo información clara de quien realizo el procedimiento). Acciones inseguras: Registros de historia clínica incompletos o inadecuados, Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales Evento ocurrido en el mes de noviembre de 2025, en Hospital local Civil. RED NORTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	9- E.A. Leve (10258) Paciente que consulta inicialmente en el Hospital Civil por dolor tipo cólico en hipogastrio, ardor y dolor al orinar, tenesmo vesical y polaquiuria de 5 días de evolución y se le formula manejo ambulatorio con cefalexina, sin presentar mejoría. Paciente reconsulta al día siguiente en el Hospital La Rosa por persistencia de los síntomas, asociando dolor pélvico intenso (7/10), orina colúrica y disuria severa. Se realizan exámenes paraclínicos que evidencian leucocituria y bacteriuria, con coloración de Gram positiva. Se diagnostica infección urinaria baja complicada, por lo que se cambia antibiótico a cefalexina y se ordena ecografía renal y urocultivo. Al día siguiente, el paciente es referido al Hospital Santa Mónica para hospitalización y completar manejo de antibiótico endovenoso, presentando evolución favorable con mejoría del dolor y de los síntomas urinarios. Acciones inseguras: Error en el diagnóstico o definición del plan de tratamiento, seguimiento inoportuno del tratamiento ambulatorio. Evento ocurrido en el mes de octubre de 2025, en Hospital Santa Monica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO

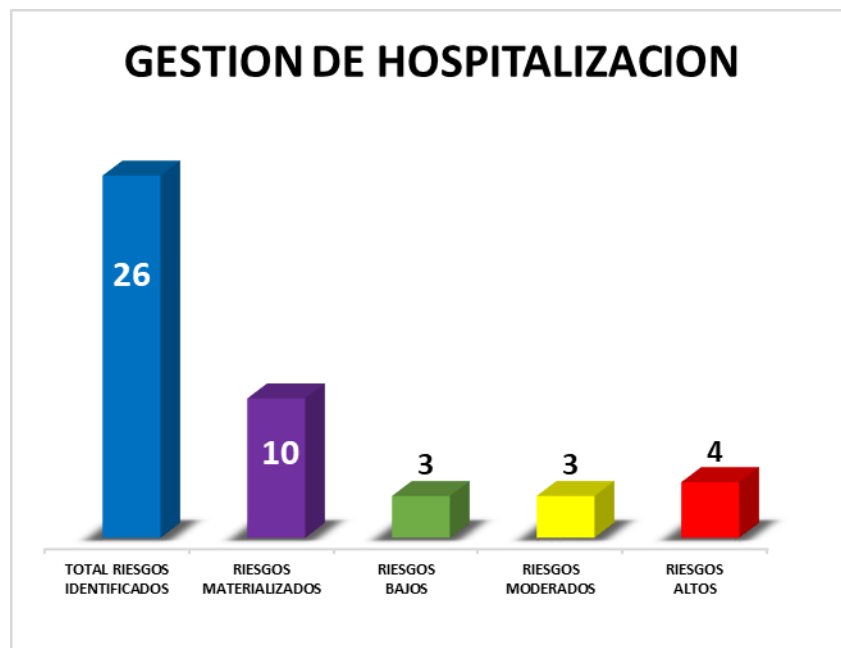
- El proceso de Gestión de Urgencias no presenta controles desviados ni acciones de tratamiento incumplidas.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE HOSPITALIZACION

RIESGOS IDENTIFICADOS

A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Hospitalización.



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO			
PROCESO	GESTION HOSPITALIZACIÓN		
EVENTO ADVERSO	1- E.A Leve (202509126): paciente se retira inmovilizadores para ir al baño y posteriormente presenta caída desde su propia altura al pisar líquido en el piso, al momento se encontró paciente intranquilo, se evidencia camilla con baranda de lado izquierdo abajo, no se encuentra origen de la presencia del líquido. Se realiza examen físico y se evidencia excoriación dorsal superficial de 2 cm. Se realiza limpieza del área, administración de lorazepam y se realiza registro de piso mojado, se indica inmovilización en las 4 extremidades, se observa timbre sin funcionamiento y ausencia de acompañante permanente a pesar de su indicación. Acciones inseguras: Ausencia de programas de limpieza y desinfección de áreas, Equipos en mal estado, mal calibrados o sin mantenimiento. Evento ocurrido en el mes de Septiembre de 2025, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Caídas del paciente (Asistencial T)		ALTO
	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)		ALTO
EVENTO ADVERSO	2- E.A. Moderado (10447): Paciente de 86 años hospitalizado por foco infeccioso pulmonar y antecedentes de EPOC, O2 dependiente e insuficiencia cardiaca, presenta caída accidental desde la cama, con impacto en región occipital donde se evidencian tres heridas laceradas que requieren sutura, Se realizaron ayudas diagnósticas (rx de cráneo y TAC cerebral) sin reporte de lesiones agudas. Posteriormente paciente requirió vigilancia clínica y prolongación de estancia hospitalaria. El paciente se había catalogado previamente como alto riesgo de caídas y sin acompañante permanente. Acciones inseguras: Manejo inadecuado del paciente con riesgo de caída u omisión en la identificación del riesgo, edad del paciente, estado mental alterado, Paciente con pobre red de apoyo. Evento ocurrido en el mes de Noviembre de 2025, en el Hospital la rosa. RED SUR.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Caídas del paciente (Asistencial T)		ALTO

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

EVENTO ADVERSO	3- E.A Leve (202509196) paciente recibió aproximadamente 20 cc de clindamicina EV por identificación inequívoca del paciente, posteriormente presentó prurito y sensación de inflamación facial del lado izq. Se suspende la infusión y se administra dosis única de hidrocortisona, con evolución favorable. Se evidencio que jefe de servicio quien realizo la administración se encontraba cansada porque tuvo que seguir turno de la tarde, debido a que jefe a quien le correspondía turno se enfermó. Acciones inseguras: No hay cumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, Error en la identificación del paciente, Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo. Evento ocurrido en el mes de Septiembre de 2025, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en el uso de medicamentos (Asistencial T)	ALTO
	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Debilidad en la identificación del paciente. (Asistencial T)	BAJO
EVENTO ADVERSO	4- E.A Leve (10265) Paciente en manejo con insulina recibe en turno de la mañana doble dosis de insulina glulisina (antes y después del desayuno), debido a orden verbal emitida por jefe de enfermería de turno dirigida a jefe de enfermería en proceso de inducción, quien le indica la administración de la insulina posterior al desayuno sin contar con orden médica formal, adelantando así la dosis correspondiente al mediodía. Posteriormente, el paciente presenta episodio de hipoglicemia con cefalea y mareo. El evento no fue documentado en la historia clínica ni se registraron los valores de glicemia; únicamente fue comunicado de manera verbal durante la entrega de turno. Acciones inseguras: No hay cumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Evento ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en el uso de medicamentos (Asistencial T)	ALTO
	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
	Debilidad o no realización de la evolución del paciente	MEDIO

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

EVENTO ADVERSO	5- E.A Leve (10266) Paciente de 60 años en manejo con insulina recibe en turno de la mañana doble dosis de insulina glulisina (antes y después del desayuno), debido a orden verbal emitida por jefe de enfermería de turno dirigida a jefe de enfermería en proceso de inducción, quien le indica la administración de la insulina posterior al desayuno, sin contar con orden médica formal, adelantando así la dosis correspondiente al mediodía. Posteriormente, el paciente presenta episodio de hipoglicemia con cefalea y mareo. El evento no fue documentado en la historia clínica ni se registraron los valores de glicemia; únicamente fue comunicado de manera verbal durante la entrega de turno. Acciones inseguras: No hay cumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Evento ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en el uso de medicamentos (Asistencial T)	ALTO
	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
	Debilidad o no realización de la evolución del paciente	MEDIO
EVENTO ADVERSO	6- E.A Leve (10359) En cambio de turno se identifica que al paciente no se le administraron en la mañana los medicamentos prescritos en el horario indicado y posteriormente fueron administrados de forma continua sin respetar intervalos adecuados entre medicamentos, evidenciándose erupción cutánea después de administrar la hioscina; Posteriormente paciente presenta náuseas, un episodio emético, cefalea y malestar general. El personal de enfermería refiere retraso en la atención debido a la participación en un simulacro, a pesar de que se había indicado por parte de la administración que el personal asistencial debía permanecer en el servicio. Acciones inseguras: No hay cumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, No realizar registros en historia clínica o registros inadecuados, Deficiente trabajo en equipo. Evento ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en el hospital santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

MATERIALIZADO	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
	Fallas en el uso de medicamentos (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	7- E.A Leve (11487) Paciente con indicación de insulina glulisina preprandial no recibe la dosis antes del desayuno, generando pico hiperglicémico postprandial y alteración del control metabólico. No se evidencia registro de administración u omisión en nota de enfermería. Acción insegura: No hay cumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, Error en la prescripción y administración de medicamentos de alto riesgo/ falta de control sobre el efecto adverso del medicamento. Evento ocurrido en el mes de Noviembre de 2025, en el hospital santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en el uso de medicamentos (Asistencial T)	ALTO
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
	Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO
	Descompensación del sistema endocrino (Clínico)	BAJO
EVENTO ADVERSO	8- E.A Leve (11486) Paciente a quien se le iba administrar la insulina glargina, informa que previamente recibió 28 unidades de insulina glargina antes de la cena y que no le fue administrada la insulina glulisina indicada por posible confusión por parte del personal. Posteriormente presenta mareo y malestar; al revisar el caso se identifica que durante la administración del medicamento no se verificó correctamente el nombre de la insulina, administrándose insulina incorrecta. Acciones inseguras: No hay cumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos, Delegar funciones a auxiliar de enfermería. Evento ocurrido en el mes de Noviembre de 2025, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en el uso de medicamentos (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	9. E.A Leve (20681) Paciente con cuadro clínico de 4 horas de evolución consistente en episodio convulsivo y crisis hipertensiva, se	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	le da manejo antihipertensivo. posteriormente se reporta evento donde se describe que el paciente recibe doble medicación antihipertensiva, debido a que ya contaba con beta bloqueador, tiazidico, ARA, en dosis plenas indicadas por medicina interna, pero medico da dosis repetida en horas de la noche, paciente con cifras tendientes a la hipotensión, paciente mareado, diaforético. No obstante, al revisar la historia clínica disponible, no se evidencia registro que soporte la doble administración ni los signos clínicos descritos. Acciones Inseguras: No hay cumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, Registros de historia clínica incompletos o inadecuados, Comunicación verbal y escrita deficiente o inexistente. Evento ocurrido en el mes de Julio de 2025, en el Hospital santa Mónica. RED ORIENTE.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en el uso de medicamentos (Asistencial T)		ALTO
	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)		ALTO
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)		ALTO
EVENTO ADVERSO	10- E.A moderado (No 20624–20626–20667) (ES UN SOLO EVENTO) Paciente quien durante atención reporto en varias ocasiones el deterioro del acceso venoso con pérdida de líquido y humedad en ropa sucia sin intervención oportuna, ni valoración antes del alta. Reingreso 5 días después con complicación en sitio de acceso venoso presentando dolor, calor, enrojecimiento, endurecimiento e inflamación del antebrazo por tromboflebitis/celulitis, se dio manejo con clindamicina, diclofenaco y compresas de magnesio. Acciones inseguras identificadas: Falta de comunicación asertiva y supervisión cruzada, No identificación del riesgo clínico de una paciente con múltiples comorbilidades, Copia y pega de notas de enfermería, Desconocimiento o subestimación de signos clínicos reportados por la familia. Evento ocurrido en el mes de julio de 2025, en hospital la rosa. RED SUR.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)		ALTO
	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (Asistencial T)		BAJO
EVENTO ADVERSO	11- E.A Leve (10222): Paciente con orden médica de retiro de catéter venoso que no fue ejecutada, permaneciendo el acceso venoso		

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	durante dos turnos adicionales. En el tercer turno se realiza el retiro del catéter y se evidencia secreción purulenta y flebitis infecciosa, se da manejo con dicloxacilina. En la entrevista realizada Enfermera de IAAS refiere que no se evidencian notas de enfermería respecto al acceso venoso. Acciones inseguras: Fallas en la comunicación entre el equipo asistencial y/o el cuidador/paciente, Registros de historia clínica incompletos o inadecuados, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Evento ocurrido en el mes de octubre de 2025, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO	
	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (Asistencial T)	BAJO	
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO	
	Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	
EVENTO ADVERSO	12- E.A. Moderado (12759) Paciente con cetoacidosis diabética en quien se suspenden dextrosados y no se administran líquidos endovenosos por falta de prescripción aumentando riesgo de descompensación, no se realizan gases arteriales por falta de autorización, de igual manera no se evidencia trámite de remisión en plataforma por lo cual se solicita su gestión en el sistema. Se indican nuevas conductas médicas, incluyendo corrección electrolítica, ajustes en líquidos endovenosos y manejo con insulina según evolución clínica. Se egresa como urgencia vital a hospital de mayor complejidad. Durante la investigación personal refiere que se presentó demora en la facturación, lo que retrasó la realización de laboratorios y la remisión; además, en tercer nivel se consideró manejo inadecuado desde el ingreso. Acciones inseguras: Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo, Registros de historia clínica incompletos o inadecuados, Error de diagnóstico/retraso injustificado en el diagnóstico, Sistemas de referencia y contra referencia débiles. Evento ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO	
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO
	Referencia no pertinente o inoportuna	MEDIO
	Descompensación del sistema endocrino (Clínico)	BAJO
EVENTO ADVERSO	13- E.A leve (Flebitis mecánica (20612) paciente a quien 1 día después de retirarle su acceso venoso, presenta en el sitio de punción eritema y calor local en pliegue. Acciones inseguras identificadas: inadecuada adherencia al manual de enfermería, Inadecuada adherencia a protocolo para la administración y preparación parenteral de medicamentos, No adherencia a la realización examen físico completó al ingreso del paciente. Evento ocurrido en el mes de julio de 2025, en Hospital santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (Asistencial T)	BAJO
EVENTO ADVERSO	14- E.A leve (Flebitis mecánica) (20703): paciente se encuentra con vena canalizada en miembro superior dcho, desde el posterior egreso del Hospital San Vicente. Se observan signos de inflamación y flebitis, por lo cual se reporta a médico y jefe de turno, se procedió al retiro del acceso venoso. Acciones inseguras identificadas: inadecuada adherencia al manual de enfermería, Inadecuada adherencia a protocolo para la administración y preparación parenteral de medicamentos. Evento ocurrido en el mes de julio de 2025, en servicio de hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (Asistencial T)	BAJO

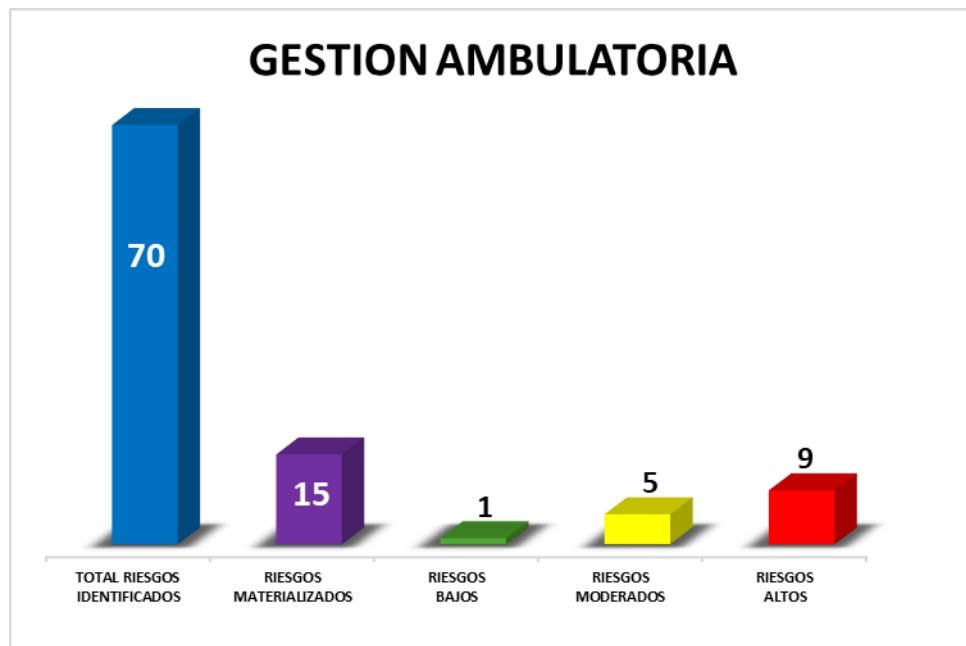
- El proceso de Gestión de Hospitalización no presenta controles desviados ni acciones de tratamiento incumplidas.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION AMBULATORIA

RIESGOS IDENTIFICADOS

A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión Ambulatoria:



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO			
PROCESO	GESTION AMBULATORIA		
EVENTO ADVERSO	1-E. A leve (No 20804) paciente de 55 años, en sala de espera, presenta caída desde una silla al intentar levantarse y enredarse con una de sus patas, ocasionando trauma en mejilla, hombro y mano izquierda. Fue valorada por médico general, quien indicó manejo analgésico y educación sobre signos de alarma, evidenciándose mejoría en seguimiento posterior. Una Acción insegura fue: No se priorizo la atención en población con riesgo clínico, No adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC) de prevención y reducción de la frecuencia de caídas y No identificación con carnet de Alto Riesgo de Caída desde el ingreso. EA ocurrido en el mes de agosto de 2025, en el Centro de Salud Pandiaco. RED NORTE.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Caídas del paciente (Asistencial T)		ALTO
	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)		ALTO
EVENTO ADVERSO	2- E.A Moderado (20615) Paciente masculino de 78 años presenta caída desde su propia altura, al enredarse con el cordón de sus zapatos mientras se encontraba solo. Presentó trauma en codo y rodilla izquierda, sin pérdida de conocimiento ni fracturas. Actualmente en buenas condiciones generales. Una Acción insegura fue: No adherirse a la Guía de Práctica Segura (GPS) institucional para la prevención de caídas, No identificación temprana del paciente como riesgo de caída, Falta de acompañamiento del adulto mayor dentro de la institución. Evento ocurrido en el mes de Julio de 2025, en el Hospital local Civil, RED NORTE.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Caídas del paciente (Asistencial T)		ALTO
EVENTO ADVERSO	3- E.A Leve (No 202509084) paciente femenina de 82 años con diagnóstico de amigdalitis aguda, a quien se le formula azitromicina; sin embargo, en farmacia se dispensa erróneamente amiodarona, la cual consume por tres días. Re consulta por persistencia de síntomas y dolor torácico. Ecocardiograma: bradicardia sinusal. Una Acción insegura fue: Dispensación de medicamentos incompleta, incorrecta, inoportuna, Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el		

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	procedimiento, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Estrés y cansancio. EA ocurrido en el mes de septiembre de 2025, en el Hospital Local Civil. RED NORTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en el uso de medicamentos (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	4. E.A grave (11516) Muerte perinatal evitable asociada a parto pre termino prevenible. Gestante con inadecuado control prenatal, sin identificación ni registro oportuno de riesgos maternos, manejo incorrecto de vaginosis bacteriana y omisión de estudios complementarios (TSH), con registros clínicos incompletos. Una Acción insegura fue: Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Fallas en la implementación de técnicas de comunicación entre el equipo asistencial y/o el cuidador/paciente. EA ocurrido en el mes de Noviembre, en el Hospital de santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
	Anamnesis e identificación de riesgos y necesidades al ingreso no pertinente o incompleta	ALTO
	Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO
	Incompleta anamnesis y deficiente identificación de riesgos y necesidades al ingreso (enfermería)	MEDIO
	Mortalidad materna y perinatal (poblacional)	MEDIO
EVENTO ADVERSO	5. E.A Grave (11463) Muerte perinatal evitable. Se evidencian fallas en el control prenatal: no captación a planificación familiar, ausencia de consulta preconcepcional, no reporte de resultado crítico ni manejo oportuno de hipoglicemia, registros clínicos incompletos y deficiente gestión de referencia y contra referencia. Una Acción insegura fue: Falta de comunicación entre especialista y médico general. EA ocurrido en el mes de noviembre, en el hospital santa Mónica, RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
	Anamnesis e identificación de riesgos y necesidades al ingreso no pertinente o incompleta	ALTO
	Incompleta anamnesis y deficiente identificación de riesgos y necesidades al ingreso (enfermería)	MEDIO
	Mortalidad materna y perinatal (poblacional)	MEDIO
EVENTO ADVERSO	6. E.A Leve (10399) Gestante en control prenatal requirió nueva punción por omisión en la facturación y toma de Gota Gruesa (GG). Se evidenció falta de verificación de la orden médica por facturación y desconocimiento del protocolo en toma de muestra, generando reproceso y molestia de la paciente. Una Acción insegura fue: Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, inadecuada toma de muestra, Distracciones. EA ocurrido en el mes de Octubre, en el centro de salud Tamasagra RED OCCIDENTE .	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Inconsistencias en el reporte de la información	MEDIO
EVENTO ADVERSO	7 - 12. E.A leve (11630, 631, 632, 633, 634, 635) (PACIENTES DIFERENTES) al realizar prueba rápida, la auxiliar de enfermería efectuó la lectura del cassette fuera del tiempo establecido. Inicialmente se informó a la paciente resultado negativo; posteriormente, al evidenciar cambio en la prueba, se contacta para nueva valoración médica y repetición del examen. Una Acción insegura fue: Problemas de comunicación entre los servicios. Evento ocurrido en el mes de Noviembre, en el CS Cabrera, RED ORIENTE .	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	13. E.A Leve (11611) Paciente en control de crónicos tenía orden de perfil lipídico y creatinina; sin embargo, solo se realizó y facturó el perfil lipídico, omitiendo la creatinina, lo que impidió continuar estudio de	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	función renal y requirió nueva orden y nueva punción. Una Acción insegura fue: Problemas de comunicación del equipo de trabajo, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Evento ocurrido en el mes de Noviembre, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Inconsistencias en el reporte de la información	MEDIO
EVENTO ADVERSO	14. E.A Leve (12686) Llega cuadro hemático coagulado, y adicionalmente se evidencia que no fue tomada muestra para pruebas de coagulación (TP y TPT). Enfermera encargada de la toma de muestras refirió no recibir inducción adecuada sobre el procedimiento, lo que generó omisión en la toma y necesidad de nueva punción. Una Acción insegura fue: Toma de muestras para examen equivocado, Ausencia o deficiencia en el programa de inducción y reinducción, Deficiente trabajo en equipo. Evento ocurrido en el mes de diciembre, en el CS Caldera, RED OCCIDENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	15. E.A Leve (10202) Paciente con antecedente de colocación de implante subdérmico en Hospital la Rosa. Consulta por cuadro clínico de 7 días de evolución consistente en dolor 5/10, inflamación y salida de material purulento en sitio de inserción. Una Acción insegura fue: Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, La inadecuada asepsia y antisepsia de la herida quirúrgica. Evento ocurrido en el mes de Octubre, en el Hospital la Rosa, RED SUR.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (Asistencial T)	BAJO
	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	16. E.A Moderado (No 10285) Paciente que asiste para que se le realice exodoncia de diente 44, durante el procedimiento se fractura raíz que se deja alojada dentro del alveolo. No se ordena radiografía periapical. 5 días después se remite a cirugía oral para retirar raíz alojada, pero no se evidencia valoración radiográfica. Una acción	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en el Centro de Salud Obonuco. RED OCCIDENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (Asistencial T)	BAJO
	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO
EVENTO ADVERSO	17. E.A leve (11519) Paciente femenina de 49 años consulta por dolor abdominal y distensión. Se diagnostica Colon irritable sin diarrea y se formula Hioscina y Loperamida. No se documenta diarrea ni justificación clínica para la Loperamida. Posteriormente, la paciente presenta empeoramiento del estreñimiento (3 días sin deposición, fiebre y escalofríos), requiriendo manejo con enema en droguería externa. Una Acción insegura fue: Registros de historia clínica incompletos o inadecuados, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Evento ocurrido en el mes de Noviembre, en Hospital la Rosa. RED SUR.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
	Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO
EVENTO ADVERSO	18. E.A Moderado (No 12747) Paciente de 27 años que fue atendido en la mañana por urgencias (diente quebrado), donde le realizaron historia clínica, higiene oral y extracción con indicaciones de regresar al siguiente día por la medicación. Re consulta en la tarde por hemorragia pos exodoncia. Se revisa historia clínica pero no aparece evolución de exodoncia realizada de diente 15, ni radiografía, ni medicación. Una acción insegura fue: Registros de historia clínica incompletos o inadecuados, Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO
	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

EVENTO ADVERSO	19. E.A Moderado (No 10424) Paciente que refiere que asistió a consulta por presentar fuerte dolor del diente 24, pero odontólogo le realiza obturación en resina de diente 22, y ordena rx de diente 24. Paciente por dolor fuerte se toma rx periapical particularmente de diente 24 que reporta absceso periapical sin fistula y re consulta por urgencia. Una acción insegura fue: Registros de historia clínica incompletos o inadecuados. E.A ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en el Centro de Salud Tamasagra. RED OCCIDENTE.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO	
	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO	
	Deficiente examen físico intra y extraoral (Odontología)	MEDIO	
EVENTO ADVERSO	20. E.A Moderado (No 20617) Paciente asiste por urgencias con odontalgia de diente 11 a quien no se le identifica que ya tenía Rx periapical previa, se diagnostica pulpitis y no se diligencia intervención del caso. Se diligencia solicitud de autorización, pero no se diligencia remisión, por lo cual no fue atendida. Re consulta días más tarde con odontalgia; se atiende la urgencia y se intenta instrumentar conductos, pero tampoco se identifica que en historial clínico se encuentra una Rx del diente endodónticamente tratado. Paciente es remitido a endodoncia y en el momento el tratamiento se encuentra terminado. Una acción insegura fue: Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica. E.A ocurrido en el mes de Julio de 2025, en el Hospital la Rosa. RED SUR.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (Asistencial T)	ALTO	
	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO	
	Deficiente revisión del historial medico (Odontología)	MEDIO	
EVENTO ADVERSO	21. E.A. Leve (10203): Paciente consulta después de realizarle una sutura en su muñeca izquierda, refiriendo presencia de aguja retenida. Se le realiza una radiografía la cual confirma cuerpo extraño metálico en tejidos blandos, sin compromiso osteoarticular. Se brinda seguimiento, educación y cita para control de herida. Una acción insegura fue: Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos. Falta de adherencia a las guías y protocolos		

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	institucionales, Falta de entrenamiento o de capacitación, Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras, No adherencia al protocolo de suturas, EA ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en Hospital Local Civil. RED NORTE	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO
EVENTO ADVERSO	22. E.A Moderado (No 202509045) Paciente de 32 años que reingresa 2 días después de la atención, con obturación temporal y caries extensa y profunda de diente 46 y dolor constante al momento de la valoración. Dx: Pulpitis irreversible. Sin registro de la primera atención. Una acción insegura fue: Inconsistencia en el diligenciamiento del consentimiento informado o disentimiento informado. E.A ocurrido en el mes de Agosto de 2025, en el Centro de Salud Cabrera. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en el diligenciamiento del consentimiento o disentimiento informado. (odontología)	ALTO
	Fallas en la ejecución del tratamiento (odontología)	ALTO
EVENTO ADVERSO	23. E.A Moderado (No 202509154) Paciente con dx de absceso periapical sin fistula, que refiere que asistió 3 veces después de la consulta por urgencias por dolor y edema en cara y que no fue atendida porque odontólogo le informa que debe esperar la cita con endodoncia. No se formula analgesia. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Septiembre de 2025, en el Hospital Local Civil. RED NORTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO
EVENTO ADVERSO	24. E.A Moderado (No 10288) Paciente con dx de pulpitis irreversible de diente 27 al que se le realizo biopulpectomia. Paciente reingresa a urgencias con absceso periapical sin fistula, que termina en necropulpectomia. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en el Centro de Salud San Vicente. RED OCCIDENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO
EVENTO ADVERSO	25. E.A Moderado (No 12764) Paciente que consulta por odontalgia aguda, que es permanente en diente 26. Se diagnostica Pulpitis irreversible, se hace pulpectomía y se remite a consulta de endodoncia especializada. Por medio de una queja que interpuso la usuaria en el IDSN, se concluye que “por no atención debida tuvo que realizarse exodoncia de forma particular”. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el Centro de Salud mis Kikes. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO
EVENTO ADVERSO	26. E.A Moderado (No 12731) Paciente que consulta julio para restauración de diente 17 (restauración desadaptada) Se realiza remoción de restauración desadaptada y se realiza resina. 5 meses después, consulta por dolor de diente 17 que le habían calzado, pero se observa diente con restauración desadaptada. Se realiza necropulpectomia, dejan obturación temporal y se médica. Se remite para tratamiento de endodoncia convencional. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el Centro de Salud Tamasagra. RED OCCIDENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO
EVENTO ADVERSO	27. E.A Moderado (No 12730) Paciente que asiste a urgencias por dolor en zona mandibular derecha de más de 1 mes de evolución. Refiere que hace 6 meses le “calzaron” diente 47. A la observación se encuentra restauración desadaptada y residuos de restauración en amalgama, que no fue totalmente removida en la primera atención. Se realiza atención y retira restauración desadaptada, se remite para endodoncia. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el Centro de Salud Tamasagra. RED OCCIDENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

EVENTO ADVERSO	28. E.A Leve (No 12758) Re consulta de paciente por absceso periapical con fistula por posibles detritus en conducto. Paciente que reingresa por urgencias con odontalgia de diente 13, con previo tratamiento de biopulpectomia. Al examen intra oral se evidencia cemento temporal del diente 13 con presencia de absceso periapical con fistula, se reinstrumenta diente 13 y se remite para endodoncia. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el Centro de Salud San Vicente. RED OCCIDENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO
EVENTO ADVERSO	29. E.A Moderado (No 20724) Paciente quien asiste a consulta donde le diagnostican periodontitis apical aguda y solo realizan medicación con analgésico, no realizan biopulpectomia. Paciente reingresa 15 días después con dx de absceso periapical con fistula, donde se drena y se remite a endodoncia. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Julio de 2025, en el Centro de Salud Santa Bárbara. RED SUR.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO
EVENTO ADVERSO	30. E.A Moderado (No 11550) Paciente consulta por dolor agudo de diente 24, refiere la paciente que no le atendieron la urgencia sino que le hicieron la historia clínica y la higiene oral, y el odontólogo le aconseja tomar ibuprofeno y acudir al día siguiente por urgencia odontológica, en la siguiente atención le dx pulpitis irreversible de diente 24. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Noviembre de 2025, en el Hospital la Rosa. RED SUR.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Fallas en la ejecución del tratamiento (Odontología)	ALTO
EVENTO ADVERSO	31. E.A Moderado (No 10322) Paciente de 48 años de edad que asiste por dolor al masticar y al topar el diente posterior a endodoncia de diente 45. Al examen clínico presenta dolor a la percusión a la palpación, por lo cual aún no se realiza la obturación y se solicita nueva valoración con especialista antes de obturar. En rx periapical final de diente 45 se	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	observa obturación tratada con endodoncia. Una acción insegura fue: Deficiente examen físico intra y extraoral. E.A ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en el Hospital Local Civil. RED NORTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente examen físico intra y extraoral (Odontología)	MEDIO
EVENTO ADVERSO	32. E.A Moderado (No 10330) Paciente de 67 años de edad, quien refiere asistir por urgencia con dolor de diente inferior derecho, pero le realizaron examen clínico y le dijeron que vuelva a solicitar la cita para continuar con el tratamiento- paciente re consulta 3 días después por odontalgia 9/10 del mismo diente 43, por lo que se realiza atención de urgencias. Finalmente se realiza exodoncia. Una acción insegura fue: Deficiente examen físico intra y extraoral. E.A ocurrido en el mes de Octubre de 2025, en el Hospital Local Civil. RED NORTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente examen físico intra y extraoral (Odontología)	MEDIO
EVENTO ADVERSO	33. E.A Leve (10204): Paciente a quien se le solicitan paraclínicos; sin embargo, estos no fueron facturados el día de la toma de muestras, por lo que no fueron procesados. Adicionalmente, se evidenció que las muestras llegaron sin rotulación por parte del personal que realizó la toma. Una Acción insegura fue: Ausencia o deficiencia en el programa de inducción y reinducción, Falta de acuerdo común y entendimiento entre el equipo de trabajo, Muestra mal identificada o sin identificar. E.A ocurrido en el mes de septiembre de 2025, en el CS la Caldera. RED OCCIDENTE	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Inconsistencias en el reporte de la información	MEDIO
EVENTO ADVERSO	34. E.A grave (11516) Muerte perinatal evitable asociada a parto pre termino prevenible. Gestante con inadecuado control prenatal, sin identificación ni registro oportuno de riesgos maternos, manejo incorrecto de vaginosis bacteriana y omisión de estudios complementarios (TSH), con registros clínicos incompletos. Una Acción insegura fue: Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Fallas en la implementación de técnicas de comunicación entre el equipo asistencial y/o el cuidador/paciente. EA ocurrido en el mes de Noviembre, en el Hospital de santa Mónica. RED ORIENTE.	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Mortalidad materna y perinatal	MEDIO	

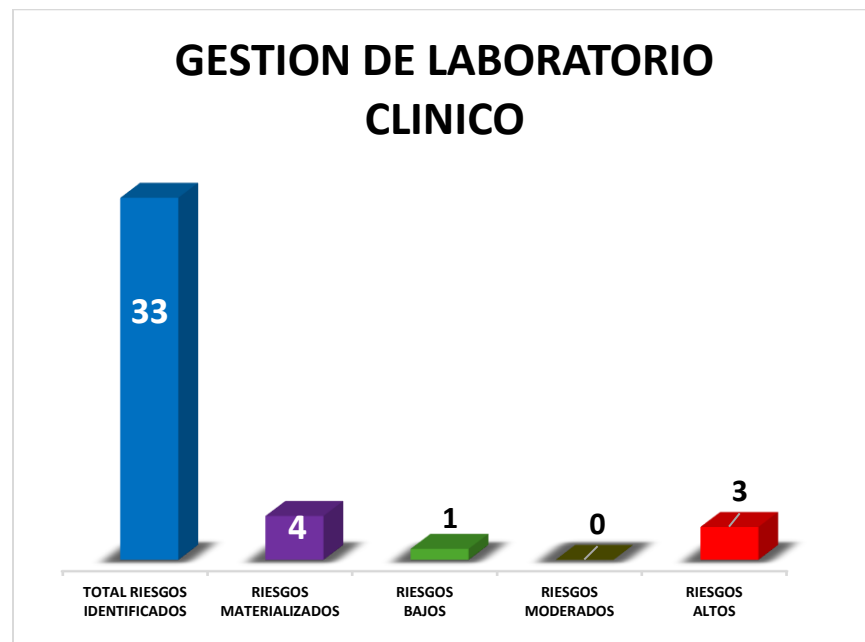
- El proceso de Gestión Ambulatoria no presenta controles desviados ni acciones de tratamiento incumplidas.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE LABORATORIO CLINICO

RIESGOS IDENTIFICADOS

A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Laboratorio Clínico.



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO		
PROCESO	GESTION DE LABORATORIO	
EVENTO ADVERSO	1- E.A Leve (12686) Resultado de cuadro hemático coagulado. Se evidencia que no fue tomada muestra para pruebas de coagulación (TP y TPT). Enfermera encargada de la toma de muestras refirió no recibir inducción adecuada sobre el procedimiento, lo que generó omisión en la toma y necesidad de nueva punción. Acciones inseguras: Deficiente comunicación y trabajo en equipo, Toma de muestras para examen equivocado, Ausencia o deficiencia en el programa de inducción y reinducción. Evento ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el CS Caldera. RED OCCIDENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	Inadecuada toma de muestras	ALTO
EVENTO ADVERSO	2- E.A Leve (12766) Paciente asiste para examen de coprológico y sangre oculta, entregando dos muestras; una es descartada por la auxiliar al considerar que con una sola podía procesar ambos exámenes, sin embargo, no se procesó prueba de sangre oculta ya que cada examen tenía su código. 7 días después familiar acude por los resultados y se informa que el examen no fue procesado y se solicita nueva muestra. Paciente entrega nueva muestra 6 días después, pero no es registrada ni procesada. El familiar consulta nuevamente 5 días después sin obtener resultado. Acciones inseguras: Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo. Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Evento ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el Hospital santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
	No procesamiento de muestras	ALTO
EVENTO ADVERSO	3- E.A Leve (10399) Gestante en control prenatal requirió nueva punción por omisión en la facturación y toma de Gota Gruesa (GG). Se evidenció falta de verificación de la orden médica por facturación y desconocimiento del protocolo en toma de muestra, generando	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	reproceso y molestia de la paciente. Acciones inseguras: Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, inadecuada toma de muestra, Distracciones. Evento ocurrido en el mes de Octubre, en el centro de salud Tamasagra, RED OCCIDENTE	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	4- E.A Leve (11611) Paciente en control de crónicos tenía orden de perfil lipídico y creatinina; sin embargo, solo se realizó y facturó el perfil lipídico, omitiendo la creatinina, lo que impidió continuar estudio de función renal y requirió nueva orden y nueva punción. Acciones inseguras: Problemas de comunicación del equipo de trabajo, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Alto volumen de pacientes y/o procedimientos en el servicio. Evento ocurrido en el mes de Noviembre, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	ALTO
EVENTO ADVERSO	5- E.A Leve (10204): Paciente a quien se le solicitan paraclínicos; sin embargo, estos no fueron facturados el día de la toma de muestras, por lo que no fueron procesados. Adicionalmente, se evidenció que las muestras llegaron sin rotulación por parte del personal que realizó la toma. Acciones inseguras: Falta de acuerdo común y entendimiento entre el equipo de trabajo, Muestra mal identificada o sin identificar, Ausencia o deficiencia en el programa de inducción y reinducción. E.A ocurrido en el mes de septiembre de 2025, en el CS la Caldera. RED OCCIDENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)	
	Identificación inadecuada e incompleta de las muestras de laboratorio clínico	BAJO
EVENTO ADVERSO	6- E.A leve (No 20592) Inadecuada toma de muestras, Muestra de hemograma coagulada acciones inseguras: Inadecuada toma de muestra, No adherencia a protocolo de toma de muestras venosa, condiciones propias del paciente. E.A ocurrido en el mes de Julio de 2025, en el Hospital Santa Mónica. RED ORIENTE.	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Inadecuada toma de muestras	ALTO
EVENTO ADVERSO	7- E.A leve (10246) Paciente masculino a quien se le realiza toma de exámenes de laboratorio y posteriormente se evidencia hemograma coagulado. Acciones inseguras: Falta de entrenamiento o de capacitación, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Evento ocurrido en el mes de octubre de 2025, en el hospital santa Mónica. RED ORIENTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Inadecuada toma de muestras	ALTO
EVENTO ADVERSO	8- E.A leve (11576) Paciente femenina a quien se le realiza toma de exámenes de laboratorio y posteriormente se evidencia hemograma coagulado. Acciones inseguras: Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos, Ansiedad por finalizar rápido los procedimientos, Características únicas del paciente. Evento ocurrido en el mes de Noviembre de 2025, en el hospital la rosa. RED SUR.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Inadecuada toma de muestras	ALTO
EVENTO ADVERSO	9- E.A leve (12695) Paciente masculino a quien se le realiza toma de exámenes de laboratorio y posteriormente se evidencia hemograma coagulado. Acciones inseguras: Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos, Características propias del paciente. Evento ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el CS Progreso. RED SUR.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Inadecuada toma de muestras	ALTO
EVENTO ADVERSO	10- E.A Leve (12677) Se recibe cuadro hemático coagulado. Durante la toma, paciente menor presentó resistencia al procedimiento, lo que generó dificultades y posible coagulación de la muestra. Se informa a hospitalización para nueva toma. Acciones inseguras: Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos, Ausencia o	

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

	deficiencia en el programa de inducción y reinducción. Evento ocurrido en el mes de Diciembre, en el Hospital la Rosa. RED SUR		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Inadecuada toma de muestras	ALTO	

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTION DE LABORATORIO CLINICO
MODO DE FALLA	Hemocomponentes con la pérdida de la red de frio
CONTROL DESVIADO	1. C1. C3: Despliegue del procedimiento de almacenamiento, transporte y embalaje de hemocomponentes
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	No se ha estandarizado como “procedimiento”. Sin embargo, en el servidor documental se encuentran soportes documentales de almacenamiento, transporte y embalaje de hemocomponentes

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION QUIRURGICA

RIESGOS IDENTIFICADOS

A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión Quirúrgica y atención del parto.



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO			
PROCESO	GESTION QUIRURGICA		
EVEN TO ADVERSO	1. E.A Leve (No 20815) paciente programada para cirugía ginecológica, (colporrafia anterior y posterior), se le realiza admisión, se canaliza y se le administra profilaxis antibiótica con tres intentos de punción por difícil acceso venoso. Se pasa a espera de procedimiento para valoración preanestesia, en donde se identifica antecedentes de hipotiroidismo, sin confirmación por laboratorio, motivo por el cual se suspende la cirugía. Acciones inseguras identificadas: Se administra un medicamento no recetado, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Deficiente comunicación entre el equipo de salud. Evento ocurrido en el mes de agosto de 2025, en el hospital Santa Mónica, RED ORIENTE.		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)		ALTO
	Preparación inadecuada del paciente previa a la cirugía		ALTO
EVEN TO ADVERSO	2. E.A Leve (12699): Paciente programada para histerectomía vaginal, durante el acto quirúrgico presenta quemadura de primer grado en antebrazo derecho, por desconocimiento del manejo del equipo y correcto uso de placas de electrocauterio. Se realiza cambio inmediato de la placa y se informa a médico de turno. Acciones inseguras identificadas: Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo, Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos, Ausencia o deficiencia en el programa de inducción y reinducción, No realizar registros en historia clínica o registros inadecuados. Evento ocurrido en el mes de Diciembre de 2025, en el Hospital santa Mónica. RED ORIENTE		
ESTADO	MATERIALIZADO		
RIESGO MATERIALIZADO	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (Asistencial T)		ALTO

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTION QUIRURGICA Y ATENCION DE PARTOS
MODO DE FALLA	Preparación inadecuada del paciente previa a la cirugía
CONTROL DESVIADO	1. C1: Entrega de instructivo de preparación previa al paciente o familiar por parte de la Secretaria de Quirófano
ESTADO	INCUMPLIDO
HALLAZGO	No se cuenta con un documento llamado Instructivo de preparación previa; sin embargo, se entrega al paciente el formato de “Recomendaciones Prequirurgicas” posterior a la valoración cuando el paciente ya se encuentra apto para la cirugía y además de ello, la secretaria clínica realiza llamado telefónico al paciente un día antes de la cirugía para reconfirmar su programación.

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	GESTION QUIRURGICA Y ATENCION DE PARTOS
MODO DE FALLA	Preparación inadecuada del paciente previa a la cirugía
ACCIÓN	1. Revisar y actualizar el instructivo de preparación previa al paciente incluyendo gastroenterología
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta. No se cuenta con un documento llamado Instructivo de preparación previa

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	GESTION QUIRURGICA Y ATENCION DE PARTOS
MODO DE FALLA	Preparación inadecuada del paciente previa a la cirugía

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

ACCIÓN	2. Actualizar información de entrega a usuario sobre condiciones de preparación
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta. La información de entrega a usuario sobre condiciones de preparación no se encuentra actualizada. Sin embargo, se evidencia huella de correo electrónico con fecha de 9 de septiembre de 2025 enviado a la oficina de calidad y subgerencia de salud con la solicitud de actualización del procedimiento.

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	GESTION QUIRURGICA Y ATENCION DE PARTOS
MODO FALLA DE	Preparación inadecuada del paciente previa a la cirugía
ACCIÓN	3. Desplegar las acciones de preparación al talento humano de la empresa respectivo
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta.

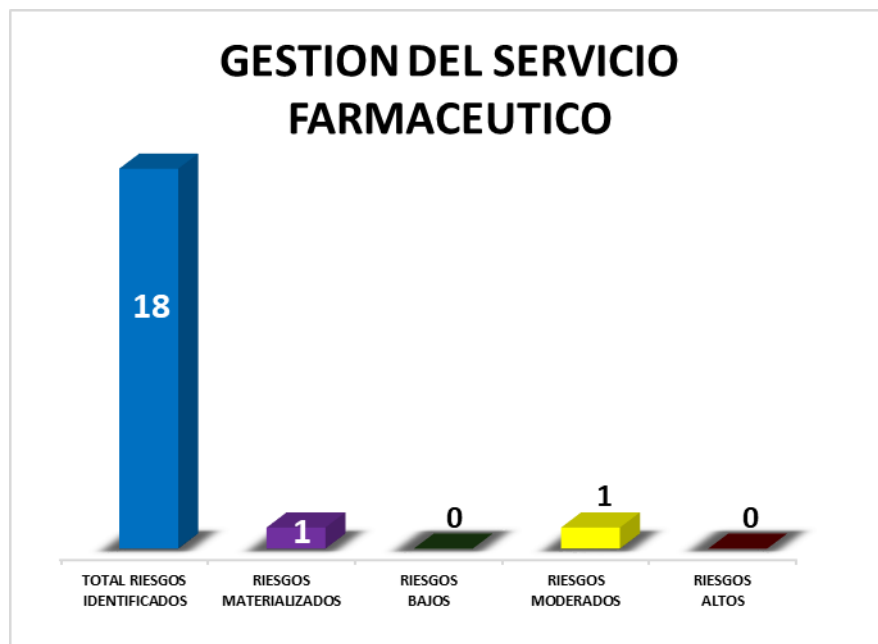
ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	GESTION QUIRURGICA Y ATENCION DE PARTOS
MODO FALLA DE	Preparación inadecuada del paciente previa a la cirugía
ACCIÓN	4. Implementar acciones de educación al usuario de acuerdo a la información actualizada
ESTADO	INCUMPLIDA
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta. Se evidencia el formato de entrega de información, pero no se encuentra formalmente actualizado ni cargado en el servidor documental.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE SERVICIO FARMACEUTICO

RIESGOS IDENTIFICADOS

A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión del Servicio farmacéutico.



De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el segundo semestre 2025, se describen a continuación:

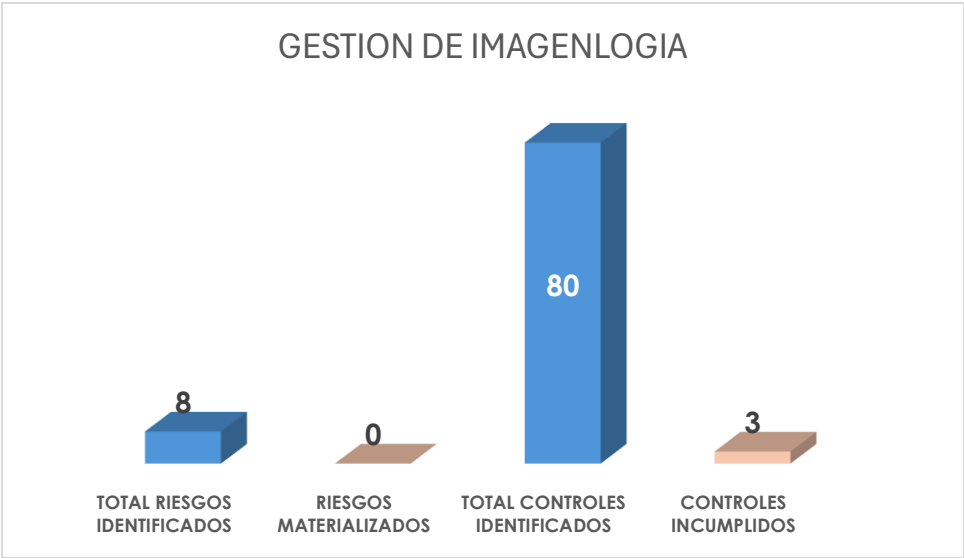
	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

RIESGO MATERIALIZADO		
PROCESO	GESTION FARMACIA	
EVENTO ADVERSO	1- E.A Leve (No 202509084) paciente femenina de 82 años con diagnóstico de amigdalitis aguda, a quien se le formula azitromicina; sin embargo, en farmacia se dispensa erróneamente amiodarona, la cual consume por tres días. Reconsulta por persistencia de síntomas y dolor torácico, evidenciándose bradicardia sinusal en electrocardiograma. Se instaura manejo médico y seguimiento ambulatorio. Acciones inseguras identificadas: Dispensación de medicamentos incompleta, incorrecta, inoportuna, Falta de experiencia del personal asistencial, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Evento ocurrido en septiembre de 2025, en el HL Civil. RED NORTE.	
ESTADO	MATERIALIZADO	
RIESGO MATERIALIZADO	Errores de dispensación hacia el usuario o el personal de salud	MEDIO

- El proceso de Gestión del Servicio Farmacéutico no presenta controles desviados ni acciones de tratamiento incumplidas.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

GESTION DE IMAGENOLOGIA



CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTION DE IMAGENOLOGIA
MODO DE FALLA	Fallas en la preparación previa del paciente
CONTROL DESVIADO	1. C1 C3 : Capacitación trimestral al personal médico, SIAU por red y Call Center
ESTADO	PARCIALMENTE CUMPLIDO
HALLAZGO	Se evidencia Acta No. 10: del 11 de abril de 2025 de SIAU. Se evidencia huella de correo electrónico enviado al área de talento humano en el mes de noviembre de 2024 para la solicitud de inclusión de capacitaciones dentro del PIC para 2025 y no fueron incluidas.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTION DE IMAGENOLOGIA
MODO DE FALLA	Orden médica sin datos clínicos básicos completos
CONTROL DESVIADO	2. C1: Medición trimestral de la adherencia al diligenciamiento de los datos clínicos básicos en la solicitud de imágenes diagnósticas.
ESTADO	PARCIALMENTE CUMPLIDO
HALLAZGO	* Hospital Civil: I 96.4, II 93.7, III 93.7% IV 91.6 * Hospital la Rosa: I 96.2, II 95.2, III 95, IV 94.5 * San Vicente: I 94.2, II 95.1, III 91% IV 90.5 * Santa Mónica: I 97.7, II 99.3, III no reporta y IV No reporta por fallas en el sistema SISNET (OSLER) error de datos reportados.
CONTROL DESVIADO	
PROCESO	GESTION DE IMAGENOLOGIA
MODO DE FALLA	Lectura no pertinente de imágenes diagnósticas
CONTROL DESVIADO	1.C1,C2,C3,C4,C5: Capacitación anual con los especialistas sobre el protocolo: normas explicitas para la interpretación de imágenes
ESTADO	PARCIALMENTE CUMPLIDO
HALLAZGO	No se realizó para especialistas sino para tecnólogos de RX.

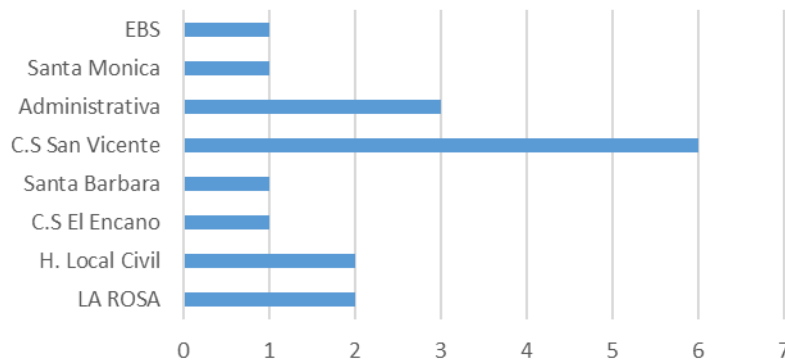
	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

4. OTRAS TIPOLOGIAS DE RIESGOS

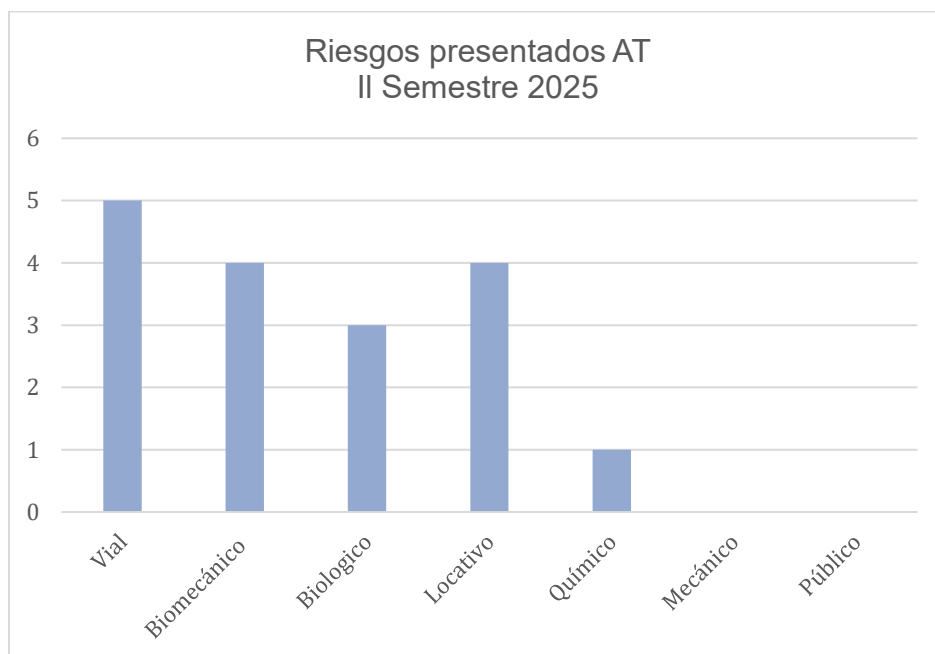
4.5. MATERIALIZACIÓN TIPOLOGÍA: SST -EMERGENCIAS Y DESASTRES Primer semestre 2025

En el segundo semestre de 2025 se presentaron 17 accidentes de trabajo.

Sedes que presentaron AT de trabajo



Riesgos presentados AT
II Semestre 2025



	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CAUSAS GENERALES DE LOS A.T.

- Falta de autocuidado
- Falta de percepción del riesgo
- Falta de adherencia al manejo de usuario agresivo
- Falta de concientización de actividades diarias
- Inadecuadas posturas para el levantamiento de pacientes

MATERIALIZACION EMERGENCIAS Y DESASTRES

RIESGOS	MATERIALIZACION
ERUPCIÓN VOLCÁNICA	0
SISMOS	0
INCENDIOS	0

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

4.6. MATERIALIZACIÓN TIPOLOGIA: AMBIENTAL

A continuación, se presenta la materialización de riesgos de la tipología ambiental correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2025

RIESGOS	MATERIALIZADOS
18	0

En la Matriz de Aspectos e Impactos Ambientales se tiene un total de 18 riesgos de los cuales ninguno se ha materializado con el 0 % de materialización.

RIESGOS SIN CONTROLES	NUMERO	RIESGOS CON CONTROL	NUMERO
7 = MUY ALTOS NO ACEPTABLES	2,8,10,12,13,15	6 = ALTO NO ACEPTABLES	1,2,7,10,12,13,15
8= ALTO NO ACEPTABLES	1,3,5,7,9,11,17,18	7 = ACPETABLES CONDICIONADOS	3,8,11,13,16,17,18
1 = MEDIO ACEPTABLE	16	2 = ACEPTABLES	5,9
2 = SIN RIESGOS (ASPECTOS)	6,14	2 = SIN RIESGOS (ASPECTOS)	6,14

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

CONCLUSIONES

Entre las vigencias 2023 y 2025 se evidencia un fortalecimiento progresivo en la capacidad de identificación, reporte y gestión de riesgos, lo que refleja una evolución positiva en la cultura organizacional hacia un enfoque más preventivo; no obstante, persisten retos relevantes asociados a la confiabilidad de los sistemas de información, la gestión de riesgos vinculados a terceros y el fortalecimiento del monitoreo continuo de los controles, aspectos que requieren ser priorizados para disminuir la recurrencia de riesgos materializados en los próximos periodos.

Se identificaron limitaciones en los sistemas de información que afectaron la disponibilidad y confiabilidad de algunos datos, impidiendo la verificación completa de indicadores y generando restricciones en el seguimiento efectivo de la gestión, lo cual constituye un riesgo adicional para la adecuada toma de decisiones.

La desviación en la ejecución de los controles evidencia que la efectividad de la gestión del riesgo no depende únicamente de su diseño, sino del seguimiento continuo y la apropiación por parte de los líderes de proceso; en este sentido, la falta de monitoreo oportuno ha incidido en la recurrencia de eventos y en la materialización de riesgos previamente identificados.

Es importante revisar y ajustar los controles de los modos de falla identificados en la matriz AMFE donde se utiliza el término '**implementar**', dado que la gran mayoría de estas acciones ya se encuentran integradas en la operación desde hace más de un año. Por lo tanto, el término 'implementar' ha perdido vigencia técnica y debería reemplazarse por 'monitorear' o 'fortalecer', ya que el objetivo actual no es el despliegue inicial de la barrera, sino garantizar su adherencia continua y evaluar su efectividad real frente al riesgo.

Resulta prioritario actualizar y profundizar el análisis de los modos de falla en el proceso de **Gestión Quirúrgica y Atención de Parto**. Dicha revisión debe basarse en la casuística de eventos adversos reportados, permitiendo que la Matriz AMFE refleje la severidad y frecuencia real de los riesgos materializados. Paralelamente, es indispensable caracterizar e integrar los modos de falla del servicio de Central de Esterilización, los cuales no se encuentran contemplados en la matriz vigente, garantizando así una cobertura integral de los riesgos asistenciales.

Después del análisis y seguimiento realizado en la presente auditoria a la matriz AMFE para el proceso de **Gestión y Orientación al Usuario**, se determinó que los modos de falla identificados poseen una naturaleza predominantemente administrativa y no asistencial. Teniendo en cuenta que para la metodología AMFE, la prioridad son los riesgos que impactan directamente la seguridad del paciente se ha decidido que, en la próxima actualización institucional, estos riesgos serán trasladados a la Matriz de Riesgos Administrativos. Este cambio permitirá aplicar la metodología DAPF (Departamento Administrativo de la Función Pública), asegurando una alineación coherente entre el tipo de riesgo y la herramienta de evaluación utilizada.

Actualmente, el proceso de **Gestión de la Atención Comunitaria y Salud Pública**, al ser de reciente creación, no dispone de una estructura de riesgos independiente dentro de la Matriz AMFE institucional. Sin embargo, sus riesgos se encuentran distribuidos en los

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GC-IFA	220

procesos preexistentes. Con el fin de fortalecer la gobernanza del riesgo y la especificidad del control, la próxima actualización de la matriz AMFE contempla un proceso de redireccionamiento y consolidación. Esto permitirá que todos los modos de falla inherentes a la salud pública sean asignados formalmente a este nuevo proceso, garantizando un seguimiento directo y una medición de impacto más precisa.

Posterior al seguimiento realizado en la presente auditoria a la matriz AMFE, se ha analizado la pertinencia de mantener la **Gestión de la Tecnología** como un proceso independiente. Se observó que los controles tecnológicos (mantenimiento preventivo, calibración, disponibilidad) ya se encuentran integrados como barreras críticas en cada uno de los procesos asistenciales donde se utilizan. Mantenerlo de forma aislada genera una duplicidad innecesaria en el registro y seguimiento del riesgo. Se propone la desincorporación de Gestión de la Tecnología como apartado independiente, integrando sus modos de falla directamente en los procesos operativos correspondientes. Esto asegura que, al evaluar cada servicio asistencial, la seguridad tecnológica sea verificada de manera obligatoria y contextualizada a la atención del paciente.

RECOMENDACIONES

Los riesgos materializados deberán suscribir planes de mejoramiento, con análisis causal y deberán ser enviados a la oficina de control interno, de acuerdo a los criterios establecidos por el modelo de mejora continua institucional, se deberá realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades establecidas en cada plan.

ELABORADO POR:	Angela Isabel Luna Leiton Yuli Andrea Moran Maya	FECHA	23 / 04 /2026
REVISADO POR:	Jaime Alberto Santacruz Santacruz	FECHA	23 / 04 /2026