



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.

INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTION POR DEPENDENCIAS
PERIODO ENERO – DICIEMBRE DE 2025

CONTROL INTERNO DE GESTION

IPIALES, ENERO 30 DE 2026

INTRODUCCION

La oficina de control interno del Hospital Civil de Ipiales en cumplimiento a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y la circular 04 de 2005 emitida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y Territorial que establece: “con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las oficinas de Planeación, los jefes de las oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorias u otros mecanismos que validen los porcentajes de los logros de cada compromiso.” Y con base en el informe de Indicadores vigencia 2024 entregado por la oficina de Planeación el día 20 de enero de 2026, se ha consolidado en el presente informe el resultado de la gestión de los procesos del Hospital, en cumplimiento de los objetivos institucionales para la vigencia 2025.

Se resalta lo expuesto por la Oficina de **Planeación** en su informe sobre el asunto: “En el presente informe se exponen los datos reales y verificables, obtenidos a partir del análisis y seguimiento de los procesos institucionales, lo cual permite evidenciar el nivel de cumplimiento y avance de la gestión durante la vigencia 2025. Este análisis se fundamenta en el Plan de Desarrollo Institucional 2024–2028, denominado “Trabajamos con amor. Tu salud, nuestra prioridad”, el cual orienta de manera estratégica las acciones de la entidad y define los lineamientos para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud.

Con el fin de garantizar la adecuada ejecución de dicho Plan de Desarrollo, se formuló el Plan de Acción Anual- PAA, estructurado por cada proceso, el cual traduce los objetivos estratégicos en actividades concretas y medibles, con seguimiento trimestral, permitiendo evaluar de manera periódica el desempeño institucional, identificar avances, oportunidades de mejora y realizar los ajustes necesarios para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas.

El Plan de Acción Anual- PAA se encuentra alineado directamente con los objetivos, programas, subprogramas, estrategias y metas definidos en el Plan de Desarrollo Institucional para la presente vigencia. Cada actividad cuenta con un indicador de gestión, calculado a partir de un numerador y denominador claramente definidos, así como con sus respectivas evidencias y responsables, lo que garantiza la trazabilidad, transparencia y confiabilidad de la información reportada.

Es importante destacar el trabajo articulado y coordinado entre los diferentes procesos, así como el liderazgo y acompañamiento permanente de la Gerencia, factores que han sido determinantes para el cumplimiento de los compromisos institucionales. Esta articulación ha permitido optimizar recursos, fortalecer la gestión y avanzar de manera

consistente hacia el logro de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo Institucional”.

OBJETIVO

Verificar para cada proceso del Hospital Civil de Ipiales ESE el cumplimiento de los compromisos adquiridos o formulados y que estos redunden en el cumplimiento de los objetivos institucionales, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.

ALCANCE

Verificar la gestión de los 16 procesos del HCI E.S.E. de conformidad con la Resolución No. 0056 de 15 de Enero de 2025 “Por medio de la cual se modifica el Mapa de Procesos del Hospital Civil de Ipiales E.S.E., a partir del seguimiento realizado por la oficina de Planeación a los indicadores de la vigencia 2025, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.

1. Proceso Gestión Estratégica.
2. Proceso Gestión del SIG
3. Proceso Gestión Clínica
4. Proceso de Cuidado Critico
5. Proceso de Atención Ambulatoria
6. Proceso de Urgencias
7. Proceso de Cirugía y Atención del Parto
8. Proceso Hospitalización
9. Proceso Servicio Farmacéutico.
10. Proceso Soporte Terapéutico.
11. Proceso Apoyo Diagnostico
12. Proceso Sistema Integrado de Atención al Usuario.
13. Proceso Gerencia del Talento Humano
14. Proceso Gerencia de la Información.
15. Proceso Gestión de Recursos Físicos
16. Proceso Gestión Financiera

NORMATIVIDAD APLICABLE

- Ley 909 de 2004. "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones." en su artículo 39 establece que: "El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento".
- Decreto Reglamentario 1227 de 2005. 'Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998
- Decreto 2539 de 2000. "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999. Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial"
- Circular No. 04 DE 2005. "Mediante la cual el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial establece los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004 establece que: "El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno".

METODOLOGIA

Con base en el informe de Indicadores - PAA vigencia 2025 entregado por la oficina de Planeación se consolida la información para el diligenciamiento del formato Evaluación de la Gestión por Dependencias. Finalmente se entrega a Gerencia el informe consolidado con recomendaciones generales, y se publica en la página web del Hospital.

DESARROLLO DEL INFORME

Para efectuar el presente informe de evaluación por dependencias, la oficina de Control Interno de Gestión tomó como insumo la información evaluada en los Indicadores PAA vigencia 2025 entregada por la oficina de Planeación.

1. Fecha: 15-01-2026

2. Dependencia a evaluar: **Gestión Estratégica.**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización.
- Mitigar la huella de carbono generada en la prestación de los servicios de salud, contribuyendo con el medio ambiente, utilizando energías limpias y renovables.

4. PRODUCTO		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
Actividad	Producto	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Evaluar las estrategias a implementarse teniendo en cuenta la demanda insatisfecha de los servicios, y lograr articularse con los servicios involucrados	Cumplimiento plan de trabajo de estrategias	80%	<p>Se han implementado estrategias que permiten que los indicadores se encuentren dentro de las metas planteadas, sin embargo, se debe revisar otras que garanticen la prestación del servicio.</p> <p>Durante el último trimestre el indicador cumple la meta establecida de 6,6 días con una oportunidad de 4,1 días para asignación de citas en: cirugía. Ginecología, Medicina Interna, Obstetricia, a excepción de la asignación de cita a Pediatría en el mes de diciembre el indicador no cumple la meta nominal de 5 días, muestra una tendencia negativa, fueron asignadas 15 consultas de primera vez en un periodo de 119 días, con una oportunidad de 7,93 días en la asignación de citas médicas para la especialidad de pediatría, durante este mes se programa consulta adicional de pediatría general pero se registran 25 solicitudes pendientes de pediatría canguro.</p> <p>Evidencia: Indicadores Registrados en DARUMA con código No 10, 11,12, 13 y 14.</p>



<p>Presentación oportuna de RIPS a la alta dirección para la toma de decisiones, se desarrolla de manera trimestral.</p>	<p>Cumplimiento de informes de RIPS 2025</p>	<p>100%</p>	<p>Durante la vigencia se elaboraron cuatro (4) informes correspondientes al año 2025, 3 de ellos ya fueron presentados ante la Junta Directiva. El informe correspondiente a los trimestres II y III de 2025 fue remitido a la Gerencia mediante correo electrónico el 13 de noviembre y posteriormente presentado ante la Junta Directiva el 21 de noviembre del presente año. El último informe con corte a diciembre del 2025 se presentara en la primera reunión ordinaria de Junta Directiva</p> <p>En los informes Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud-RIPS, se realizó el análisis comparativo de las vigencias 2023, 2024 y 2025 en aspectos importantes como: Consultas de medicina general urgentes, consultas de medicina especializada electivas realizadas y urgentes, comparativos de partos vs nacidos vivos por tipo de parto, egresos hospitalarios, egresos urgencias observación, total de cirugías realizadas, entre otros indicadores importantes, para la toma de decisiones.</p> <p>Evidencia: Anexo 1. Informe II y III Trimestre de RIPS. <i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 1. Gestión Estratégica.</i></p>
<p>Fortalecer el Manual de referenciación interna y externa que permita realizar un análisis de la efectividad de las acciones a implementarse dentro de la institución que pueden ser de impacto para el buen desarrollo del mismo.</p>	<p>Actualización del Manual de referenciación</p>	<p>100%</p>	<p>El Manual de referenciación comparativa interna y externa, se encuentra actualizado y está registrado en DARUMA con el Código MN 0539, versión 3.</p> <p>Evidencia: Anexo 2. Manual de referenciación comparativa interna y externa.</p>



<p>Consolidar las estrategias a implementarse producto de las referenciaci3nes y evaluar su implementaci3n en la instituci3n.</p>	<p>Consolidaci3n o de acciones</p>	<p>40%</p>	<p>La evaluaci3n se realiza de manera anual, a la fecha se han realizado 8 referenciaci3nes, sin embargo, el total de las acciones implementadas producto de este proceso tienen cronograma que finalizan en la vigencia.</p> <p>Los temas tratados fueron: Procedimiento de gesti3n de cartera para el cobro a particulares, certificaci3n central de mezclas, Gesti3n del riesgo cl3nico, Analtica de datos y diseo de dashboard a partir de software de calidad institucional, Gesti3n del conocimiento - plan de capacitaciones, Gesti3n del conocimiento, Estrategias jur3dicas y administrativas para la recuperaci3n de cartera ante EPS y Sala de paz o sala lila</p> <p>Evidencia: Anexo 3. Matriz FO2162 Formato de referenciaci3nes anual.</p>
---	------------------------------------	------------	---



<p>Realizar el mapa de riesgos según el Manual de Gestión integral del riesgo, con sus respectivos controles y planes de acción a los riesgos que exceden el nivel aceptable de riesgo.</p>	<p>Gestión del Riesgo</p>	<p>96%</p>	<p>Se realizó el ajuste de la matriz de Sistema de gestión de Riesgo, los cuales se identificaron por subsistema: 69 Riesgos Operacionales, 23 Asistenciales, y 10 en el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude-SICOF, para un total de 102 riesgos; de los cuales 92 se encuentran en Riesgos Alto- Moderado-bajo y 10 en Riesgos en Extremo.</p> <p>Del total de los Riesgos identificados 98 están controlados y 4 riesgos materializados, los subprocesos que presentaron estos riesgos materializados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo Diagnóstico: 1 riesgo materializado de 3 identificados (66 % de avance). • Soporte Terapéutico: 1 riesgo materializado de 7 identificados (86 % de avance). • Gestión Clínica: 1 riesgo materializado de 14 identificados (93 % de avance). • Urgencias: 1 riesgo materializado de 4 identificados (75 % de avance). <p>Cabe anotar que el Plan de Acción por Subproceso priorizó la gestión de estos riesgos, consolidándose su seguimiento en el proceso de Gestión Estratégica, en virtud de su responsabilidad como líder del Comité de Gestión del Riesgo.</p> <p>El seguimiento al Sistema de Gestión del Riesgo se realiza con periodicidad cuatrimestral; se encuentra pendiente la ejecución del último seguimiento correspondiente a la vigencia 2025.</p> <p>Así mismo, para el ajuste de los riesgos se realizaron mesas de trabajo con los procesos y subprocesos responsables. Posteriormente, se efectuó el análisis del estado de los riesgos y su socialización en el Comité de Gestión del Riesgo del I y II cuatrimestre, sesión llevada a cabo el 27 de noviembre de 2025.</p> <p>Evidencias: Anexo 4 Acta de Comité. Anexo 5 Matriz de control de Riesgos.</p>
<p>Implementar en la institución el Programa de Optimización Antimicrobiano.</p>	<p>Cumplimiento de actividades</p>	<p>100%</p>	<p>Se implementó el Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos- PROA, se cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales para su implementación y seguimiento, entre ellos profesional en infectología, médico epidemiólogo coordinador para PROA.</p>



<p>Incrementar el puntaje del reporte FURAG año 2024 como resultado de los planes de trabajo derivado de los autodiagnósticos.</p>	<p>Índice FURAG</p>	<p>63,5</p>	<p>Para la vigencia 2024, que fue reportada en el año 2025 se logra un puntaje de 63,5 puntos, un índice que no alcanza la meta propuesta de 70, sin embargo, de manera discriminada se evidencia el comportamiento de las políticas en cada una de sus dimensiones en los resultados arrojados. Por lo que se plantea el fortalecimiento como una entidad que se rige bajo el modelo.</p> <p>Es importante señalar que el Hospital Civil de Ipiales fue evaluado en todas sus políticas, las que obtuvieron un puntaje por debajo del 60% fueron: Índice de Integridad con un valor obtenido de 51,6. Índice de Gobierno Digital con 54,9 Índice de Seguridad digital con 59,3, Índice de Racionalización de Trámites con 44,12. Índice Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción con 53,9. Índice de Gestión del Conocimiento con 45.</p> <p>Evidencia: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOWYwM2U3N2MtMDY2MC00YTVjLWE1OGUtNjQ4ZjYyNDIxYTllIiwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9</p>
<p>Realizar seguimiento a las estrategias propuestas en los planes de trabajo de MIPG</p>	<p>Cumplimiento Plan de trabajo MIPG</p>	<p>40%</p>	<p>Se encuentran en ejecución los planes de trabajo. El plazo de cierre es el mes de mayo del 2026</p>
<p>Viabilizar la capacidad instalada del proyecto de ampliación de los servicios de quirófano, UCI pediátrica, obstetricia, consulta externa especializada y áreas de esterilización y área administrativa ante el Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Capacidad instalada viabilizada ante Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>100%</p>	<p>100% La capacidad instalada para el proyecto denominado: Ampliación y dotación de los servicios de quirófano, UCI pediátrica, obstetricia, consulta externa especializada y áreas de esterilización y área administrativa de la sede E.S.E. Hospital Civil de Ipiales del Hospital Civil de Ipiales ESE, cuenta con la aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social con fecha de 23 de septiembre del 2025 y se encuentra registrado en el Plan Bienal con fecha de 14 de agosto de 2025.</p> <p>Evidencia: Anexo 6. Capacidad Instalada Aprobada por Ministerio de Salud y Protección Social.</p>



Presentar proyecto de ampliación de los servicios de quirófano, UCI pediátrica, obstetricia, consulta externa especializada y áreas de esterilización y área administrativa ante el Ministerio de Salud y Protección Social.	Diseños y documentos radicados ante Ministerio de Salud y Protección Social	40%	Se cuenta con la capacidad instaladas aprobada por MINSALUD del proyecto denominado: Ampliación y dotación de los servicios de quirófano, UCI pediátrica, obstetricia, consulta externa especializada y áreas de esterilización y área administrativa de la sede E.S.E. Hospital Civil de Ipiales del Hospital Civil de Ipiales ESE, se encuentra en fase precontractual. Se continuará con la consultoría en fase III.
Diseñar proyecto ante el Ministerio de Salud y Protección Social para el fortalecimiento y adecuación de la infraestructura para garantizar la buena prestación del servicio de UCIN	Estructuración de proyecto para presentación	0%	No se ha avanzado en este proceso.
Diseñar Proyecto de unidad de salud mental	Estructuración de proyecto para presentación	40%	La capacidad instalada para el proyecto denominado: Construcción del área para la unidad de agudos en salud mental de la sede E.S.E. Hospital Civil de Ipiales del Hospital Civil de Ipiales ESE, se encuentra aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social el día 21 de agosto de 2025 y se encuentra registrado en Plan Bienal con fecha del 29 de abril de 2025 Se continuará con la consultoría en fase III. Evidencia: Anexo 7. Capacidad Instalada Aprobada por Ministerio de Salud y Protección Social.
Diseñar proyectos por la modalidad de Telemedicina en la ESE Hospital Civil	Estructuración de proyecto para presentación	0%	No se ha presentado avance.



<p>Desarrollar y ejecutar proyectos de gestión para el mejoramiento de la capacidad instalada de la ESE Hospital Civil</p>	<p>Avance de gestión en el Plan Maestro de Infraestructura del Hospital Civil ESE</p>	<p>40%</p>	<p>Se cuenta con 4 proyectos con aprobación de Capacidad Instalada por MINSALUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliación y dotación de los servicios de quirófano, UCI pediátrica, obstetricia, consulta externa especializada y áreas de esterilización y área administrativa de la sede E.S.E. Hospital Civil de Ipiales del Hospital Civil de Ipiales ESE • Construcción del área para la unidad de agudos en salud mental de la sede E.S.E. Hospital Civil de Ipiales del Hospital Civil de Ipiales ESE • Construcción y dotación de la Unidad Integral de Oncología de la Sede E.S.E. Hospital Civil de Ipiales Civil de Ipiales ESE (Cuenta con Capacidad instalada por MINSALUD, contrato de consultoría estudios y diseños CD 834 y Certificado de aprobación del diseño por parte del Instituto Departamental de Salud de Nariño-IDSN). • El proyecto denominado: Construcción y dotación del servicio de resonancia Magnética en el HCI E.S.E., cuenta con la carta de interés en participar y cofinanciar por parte del Instituto Radiológico del SUR. <p>Evidencia: Anexo 8. Carta de intención en participar del proyecto Instituto Radiológico del Sur. Anexo 9. Capacidad Instalada para la unidad de oncología por el Ministerio de Salud y protección Social y las antes mencionadas. Anexo 10. Contrato CD 834 Anexo 11. Certificado de Diseños IDSN.</p>
<p>Difundir con las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Red pública el portafolio de servicios, que permita un incremento en las referencias recibidas al Hospital Civil de Ipiales ESE.</p>	<p>Instituciones con las cuales se ha realizado el enlace correspondiente</p>	<p>50%</p>	<p>Se ha publicado el portafolio por redes sociales, y se encuentra publicado en la página web del Hospital Civil de Ipiales Además, se asistió a las jornadas de atención al usuario en el parque 20 de Julio.</p> <p>Evidencia: https://web.hospitalcivilese.gov.co/ en el ítem de servicio y especialidades.</p>
<p>Mejorar el indicador de referencia y contrareferencia para medir las acciones implementadas</p>	<p>Contrareferencia realizada de pacientes remitidos</p>	<p>64%</p>	<p>Durante el trimestre se recibieron 486 referencia y se contrareferenció 310</p> <p>Evidencia: Anexo 12. Matriz de referenciación de consolidado último trimestre</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Los Indicadores planteados para la vigencia 2025 fueron en total 16 y se cumplieron en un 59.59% Consolidado, siendo un porcentaje bajo de desempeño; hay dos indicadores que su gestión en el año 2025 fue de 0%. Gestión Estratégica es fundamental para asegurar que el hospital funcione de manera eficiente, cumpliendo con su misión y objetivos estratégicos para garantizar que el hospital no solo cumpla con su misión de atención en salud, sino que también se mantenga competitivo y atención de calidad y oportunidad.

Este proceso debe enfocarse en los siguientes aspectos:

- **Análisis del Entorno:** Realizar un análisis interno y externo para identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Evaluar el contexto del sistema de salud en el que opera el hospital, incluyendo políticas, regulaciones y tendencias del sector.
- **Formulación de Estrategias:** en el sentido de alinear los recursos del hospital con su misión y visión. Definir objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con un tiempo determinado, que guíen las acciones del hospital.
- **Planificación operativa:** Definiendo planes operativos que detallen cómo se implementarán las estrategias y objetivos estratégicos, incluyendo la asignación de recursos, cronogramas y responsables. Establecer indicadores de desempeño que permitan medir el progreso y la efectividad de las acciones.
- **Gestión de Recursos:** Asegurar la adecuada gestión de recursos humanos, financieros, físicos y tecnológicos. Promover el desarrollo y capacitación del personal para fortalecer y mejorar la calidad de atención.
- **Comunicación y Participación:** Fomentar una comunicación clara y efectiva entre todos los niveles del hospital, asegurando que el personal esté informado y comprometido con el direccionamiento estratégico.
- **Evaluación y Monitoreo:** Realizar un seguimiento continuo del desempeño del hospital en relación con los objetivos estratégicos y los Indicadores establecidos. Evaluar el impacto de las estrategias implementadas y realizar ajustes según sea necesario para optimizar el funcionamiento del Hospital.
- **Mejora Continua:** Fomentando la innovación y la adaptación ante cambios en el entorno de salud. Establecer mecanismos para la retroalimentación y la evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Gestión Estratégica y se encuentran asociados al proceso "Gestión Estratégica" y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte SGI	Avance



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de incumplimiento en la ejecución de planes o proyectos del Plan de Desarrollo Institucional debido a insuficientes acciones de captación de recursos y/o gestión que permitan liquidez.	<p>Insuficientes acciones para la captación de recursos y/o gestión que permitan liquidez.</p> <p>Incumplimiento en la ejecución de planes o proyectos</p>	<p>El jefe de la oficina de planeación deberá realizar seguimiento a las actividades planteadas en el plan de desarrollo institucional, conforme a los tiempos marcados en el mismo y su avance.</p> <p>Mantener el seguimiento a la articulación de PAA, con metas de plan de desarrollo evitando aislamientos de gestión. Cumplimiento indicador PAA</p> <p>Monitoreo constante a todas las actividades de Planes normativos decreto 612, MIPG. Indicador cumplimiento FURAG , PLANES 612</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida de habilitación de servicios debido al no cumplimiento de la resolución 3100 de 2019, como razón a la no articulación entre los procesos asistenciales, administrativos y operativos de la institución	<p>Articulación no existente entre los procesos asistenciales, administrativos y operativos de la institución.</p> <p>Incumplimiento resolución 3100 de 2019</p>	<p>Desde la alta dirección se debe revisar en conjunto con gestión clínica, los servicios de manera que se verifique el cumplimiento de requisitos previo a visitar de habilitación y/o seguimiento.</p> <p>Monitorear los cambios del cumplimiento del plan de mantenimiento y/o trabajos realizados para el fortalecimiento estructural y de recursos económicos, humanos, tecnológicos de los diferentes servicios garantizando el cumplimiento.</p> <p>Con el acompañamiento de gestión clínica se debe contar con un perfil epidemiológico identificado institucional para tener una prestación de servicios adecuada a las necesidades institucionales.</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica o reputacional por incumplimiento en indicadores de plan de gestión gerencial por mal reporte de información, debido al desconocimiento de la resolución vigente 408 de 2018.	<p>Incumplimiento en los indicadores de plan de gestión gerencial.</p> <p>Desconocimiento de la resolución 408 de 2018</p>	<p>Realizar autoevaluación semestral del comportamiento de los indicadores correspondientes a la resolución 408 de 2018, para prever situaciones.</p> <p>Presentar informes de RIPS de cada trimestre a junta directiva para la toma de decisiones, resultados que se verán reflejados en el reporte de plan de gestión.</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de celebrar contratos sin verificar previamente el cumplimiento total de los requisitos mínimos obligatorios exigidos por la norma para cada contratación	<p>falta de supervisión y revisión de requisitos</p> <p>celebrar contratos sin verificar previamente el cumplimiento total de los requisitos mínimos obligatorios exigidos por la norma para cada contratación</p>	Se verifica la lista de chequeo de requisitos para contratar, dependiendo si es persona natural o jurídica, lo cual va integrado junto con los procesos que definen las necesidades a contratar y la revisión jurídica individualizada que se hace en la oficina jurídica y de contratación.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de celebrar contratos y omitir la exigencia de requisitos de legalización y ejecución.	<p>No se tiene en cuenta la norma de contratación.</p> <p>Celebrar contratos y omitir la exigencia de requisitos de legalización y ejecución.</p>	Los requisitos de ejecución del contrato deben verificarse previo al inicio del desarrollo de las actividades y son, constatar que cada contrato cuente con el registro presupuestal, pólizas en caso de exigirse, respectiva aprobación, y la afiliación a ARL en el caso de contratos de prestación de servicio.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Gestionar y mayor atención en el año 2026 los indicadores que tuvieron 0% de Cumplimiento.
- ✓ Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento de las auditorías de Entidades externas como de las auditorías internas.
- ✓ Apoyar y gestionar la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y modelo estándar de control interno - MECI, bajo el nuevo marco normativo para las entidades territoriales..
- ✓ Actualizar y modificar Manual de Funciones y Competencias Laborales.
- ✓ Crear en la planta de personal del HCI al menos los siguientes cargos: Un Profesional Universitario Gestión de la Información, un Profesional Universitario de Cartera.
- ✓ Dar estricto cumplimiento a La Ley 1066 de 2006, que en su Artículo 1 estableció: "Gestión del recaudo de cartera pública. Conforme a los principios que regulan la Administración Pública contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política, los servidores públicos que tengan a su cargo el recaudo de obligaciones a favor del Tesoro Público deberán realizar su gestión de manera ágil, eficaz, eficiente y oportuna, con el fin de obtener liquidez para el Tesoro Público."
- ✓ Realizar control permanente sobre los gastos sometidos a política de austeridad en el gasto.
- ✓ Gestión de Riesgos en busca de una mejora continua y permanente.
- ✓ Fortalecer el Sistema de Control Interno de la Entidad.
- ✓ Meritocracia en el acceso y la permanencia del personal, esto garantiza trabajadores competentes y comprometidos con los fines esenciales de la Institución.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCIIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026

2. Dependencia a evaluar: **Sistema Integrado de Gestión.**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización.
- Mitigar la huella de carbono generada en la prestación de los servicios de salud, contribuyendo con el medio ambiente, utilizando energías limpias y renovables.

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

Actividad	Producto	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Realizar la evaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación identificando fortalezas, oportunidades de mejora y calificación de acuerdo a las variables de medición	Documento de Autoevaluación de Estándares de Acreditación en Salud	100%	<p>Para la vigencia 2025 se logró mantener la certificación bajo la NTC -ISO 9001 2015, con alcance a todos los procesos institucionales, como entidad acreditada en Salud.</p> <p>Además, se realizó calificación cuantitativa de autoevaluación de estándares de acreditación, obteniéndose calificación individual por cada grupo de estándares. El promedio de los mismos y la ponderación de acuerdo a la metodología, corresponde al dato final de autoevaluación.</p> <p>Autoevaluación cualitativa y cuantitativa se realizó a estándares de Direccionamiento y Gerencia, Mejoramiento, Talento Humano, PACAS, Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, Gerencia de la Información y Gerencia del Talento Humano.</p> <p>Evidencia: Anexo 1. Acreditación ISO 9001-2015 Anexo 2. Matriz de calificación.</p> <p><i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 2. Sistema Integrado de Gestión.</i></p>



Elaborar planes de mejoramiento a los hallazgos identificados en autoevaluación de estándares de acreditación y de auditoria externa de SUA, formulados a partir de un análisis de causa.	Eficacia de los planes de mejoramiento relacionados con SUA	43%	Todos los procesos presentaron un bajo nivel de cumplimiento, una de las causas transversales se enfoca en la contingencia derivadas del cambio del sistema de Información Hospitalaria SIO, por lo que algunas acciones no fue posible llevarlas a cabo Evidencias: Anexo 3. Planes de Mejoramiento
Programar y realizar auditoria a las empresas tercerizadas que afectan la misionalidad y la prestación de servicios de apoyo de la institución, utilizando instrumentos con enfoque en SUA, y estableciendo planes de mejora frente a hallazgos encontrados	Empresas tercerizadas auditadas	100%	Se programaron 15 auditorías, de las cuales a la fecha se han realizado las 15, entre las que encuentran: Profesionales y líderes de la seguridad LTDA-PROLISEG LTDA, Consorcio Aseo Hospitalario 2024 MONTAGAS S.A - E.S.P, EMAS PASTO VY VEOLIA, OXIGENOS DEL SUR S.A.S. Cooperativa de Gestión Farmacéutica, Integral en Reorganización – CFARMA, NUTRINAR ANDRADE S.A.S, UNIDAD RENAL NEFRODIAL SAS, CARDIODIAGNOSTICO PEDIATRICO IPS SAS, Fundación CREASALUD "FUNCREASALUD", INTENSIVE HAND SAS, Fundación HEMATOLOGICA COLOMBIA, Fundación Banco Nacional de Sangre HEMOLIFE, Centro Médico Oftalmológico y Laboratorio Clínico Andrade Narváez Sociedad Por Acciones Simplificadas COLCAN S.A.S, Laboratorios de Especialidades CLINIZAD S.A.S. Evidencias: Anexo 4. Matriz de programación auditoria a tercerizados.
Implementar nuevo modelo de mejoramiento institucional.	Modelo de mejoramiento implementado	100%	La Guía para el mejoramiento institucional, se actualizo el primer trimestre de la vigencia, con la Versión: 26, y Código: MP – 0014 y registrado en DARUMA. Evidencias: Anexo 5. Guía de Mejoramiento Institucional



<p>Reportar los primeros 20 días de cada mes de acuerdo a la periodicidad de reporte, y realizar planes de acción si los resultados no alcanzan la medición esperada de acuerdo a la guía de la mejora para los procesos.</p>	<p>Indicadores con buen comportamiento</p>	<p>80,45</p>	<p>El desempeño por procesos se midió teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento de las metas establecidas en cada uno de los indicadores asignados a los procesos. De los 486 indicadores reportados por los procesos, 95 no lograron cumplir la meta nominal, equivalente al 19,54 % y 391 indicadores cumplieron la meta, lo cual quiere decir que el desempeño global de la institución corresponde al 80,45 %.</p> <p>Cabe resaltar que esta meta se prioriza en cada plan de acción de cada uno de los subprocesos. En la matriz cono anexo se evidencia el avance por cada uno de ellos.</p> <p>Evidencia: Software de Calidad DARUMA/Modulo Indicadores/ supervisor.</p> <p>Anexo 6. Matriz de Indicadores y Documentos.</p>
<p>Monitorear el mejoramiento institucional a través de herramientas de calidad (indicadores, auditorías internas, seguimiento a planes de acción, rondas de seguridad) que coadyuven a medir la efectividad de los planes de acción.</p>	<p>Seguimiento a la Eficiencia del mejoramiento Institucional</p>	<p>88%</p>	<p>Se encuentran en ejecución 258 planes de mejoramiento-PAMEC de estos planes a la fecha se encuentran cerrados 111, por lo que la efectividad es del 62%. Al finalizar se incluyen todos los planes de mejoramiento de acreditación.</p> <p>Evidencia: Anexo 7. Matriz Consolidado PM</p>
<p>Realizar auditoria interna frente al cumplimiento de requisitos NTC ISO 45001:2018</p>	<p>Informe de Auditoria Interna con enfoque ISO45001:2018</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizó auditoria interna el 22 de mayo del 2025.</p> <p>Evidencia: Anexo 8. Informe Auditoria Interna</p>

<p>Realizar auditoria interna frente al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 40595 de 2022</p>	<p>Informe de Auditoria interna con enfoque en la Resolución 40595 de 2022</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizó auditoria interna el 22 de mayo del 2025 Evidencia: Ver Anexo 8</p>
<p>Realizar auditoria interna 2025 para identificar no conformidades y oportunidades de mejora, y ejecutar los planes de acción tendientes a cerrar las brechas encontradas.</p>	<p>Informe de auditoría interna con enfoque ISO 9001:2015</p>	<p>63,64%</p>	<p>Auditoria interna realizada del 12 al 14 de febrero, genero 11 planes de mejoramiento, los que se encuentran en ejecución, cerrados 7 con un porcentaje del 63,64% y 4 que aún se encuentran en ejecución con el 36,36% Evidencia: Anexo 9. Informe auditorio Interna.</p>
<p>Realizar las actividades necesarias para dar cumplimiento a los estándares de la NTC ISO 14001:2015</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento a los estándares de la NTC ISO 14001:2015</p>	<p>77%</p>	<p>Se programaron actividades como: 1. Hospitales verdes, 100% 2. actualización PGIRASA a la Resolución 591 del 2024 y su implementación:80% 3. Formulación del proyecto para ampliación de la nueva central de residuos (se entregó el proyecto al IDSN el cual fue aprobado, se está a la espera a la asignación de recursos, este fue radicado el 5 de agosto del 2025 mediante correo electrónico.):50% Evidencia: Anexo 10. PGIRASA Actualizado Anexo 11. Proyecto de central de residuos.</p>
<p>Desarrollar y ejecutar el mantenimiento de la Planta de Tratamiento de Agua Potable</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento en el mantenimiento programado</p>	<p>100%</p>	<p>Se programaron las siguientes actividades: 1. Mantenimiento sanitario de tanques de almacenamiento: 2. Mantenimiento Sanitario de la PTAP: 1 Actividad 3. Mantenimiento de redes eléctricas de PTAP: - electrobombas. 4. Mantenimiento de equipos: bombas, tuberías, sistemas de distribución PTAP: 5. Mantenimiento de Infraestructura PTAP. 6. Se realizaron dos estudios al año con resultados y análisis de resultados con el laboratorio de análisis ambientales de la Universidad Mariana- Acreditado por el IDEAM, en cumplimiento de la Resolución 2115 de 2007. Evidencia: Anexo 12. PTAP</p>



Desarrollar y ejecutar el mantenimiento de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales del Hospital Civil de Ipiales	Porcentaje de cumplimiento en el mantenimiento programado	100%	Se realizaron las siguientes actividades como: 1. Mantenimiento de equipos PTAR: 4 reportes de mantenimiento (: 3 de bombas sumergibles y 1 de equipo soplador) 2. Mejoramiento de infraestructura PTAR: 1 reporte de mantenimiento de escaleras y escotilla Se realizó un estudio anual con el laboratorio de análisis ambientales de la Universidad Mariana- Acreditado por el IDEAM, en cumplimiento de la norma Resolución 0631 de 2015. Evidencia: Anexo 13. Informes de resultados de estudios de vertimientos PTAR
Desarrollar y ejecutar el mantenimiento del pozo de aguas profundas.	Porcentaje de cumplimiento en el mantenimiento programado	100%	Se programó la actividad de recuperación y puesta en marcha de pozo profundo de aguas subterráneas
Actualizar el PGIRSH y garantizar el cumplimiento de las actividades en el personal de la ESE	Avance en la implementación del PGIRSH	100%	Durante el trimestre se han realizado las siguientes actividades: 1. Socialización PGIRASA, 2. Adherencia al adecuado manejo de residuos hospitalarios, 3. Segregación adecuada a la fuente. 4. Entrega de medicamentos vencidos o parcialmente consumidos a través de la corporación punto azul. 5. Celebración del convenio para disposición final de residuos RAEE (residuos de aparatos eléctricos y electrónicos), con la Corporación INNOVA Ambiental. 6. Actualización de la señalética de gestión de residuos para cumplimiento de la Resolución 591 de 2024. 7. Creación de formato para cuantificación de residuos aprovechables orgánicos y residuos no aprovechables generados. 8. Implementación y puesta en funcionamiento del área para transformación de residuos orgánicos generados en la Institución. Evidencia: CD1817-2025 construcción de Área para transformación de residuos orgánicos SECOP II



Ejecutar las actividades que permitan el desarrollo del programa Hospitales Verdes.	Porcentaje de cumplimiento en el programa Hospitales Verdes presentación	95%	<p>Se encuentra en ejecución el contrato para el programa de hospitales verdes, y se realizaron las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Construcción de la infraestructura requerida para tratamiento de residuos orgánicos. 100%2. Construcción de invernadero para plantas ornamentales -100%.3. Asesoría técnica para transformación de residuos orgánicos 100%.4. Adecuación de jardines y zonas verdes del HCI 80% <p>Evidencia: Contrato NO: CD1817-2025- SECOP II. Anexo 14. Hospitales verdes</p>
Ejecutar el programa de educación ambiental	Cumplimiento de actividades	100%	<p>Se programaron capacitaciones en educación ambiental para 742 colaboradores de las áreas asistenciales de los servicios de UCI, urgencias, cirugía y partos, UCIN, quirúrgicas, hospitalización, rehabilitación, quirúrgicas y de las áreas administrativas de recursos físicos, finanzas, SIAU, gestión financiera, salud pública, comunicaciones, contabilidad, pagaduría, área de mantenimiento hospitalario y biomédico, auxiliares de lavandería y modistería, sistemas, servicio farmacéutico.</p> <p>Evidencia: Anexo 15. Registros de asistencia.</p>



Ejecutar el Plan de Acción generado a partir de los resultados de la aplicación de la batería de Riesgo Psicosocial vigencia 2024	Efectividad de las acciones de mejoramiento	75%	<p>Se formuló el Plan de mejoramiento formulado en triangulación con resultados de Clima Laboral y Cultura Organizacional, además se trabajó en el plan de jornadas que contribuyen a la sana convivencia y el buen ambiente laboral.</p> <p>Para la vigencia 2025, se programaron realizar 44 actividades, de las cuales se ejecutaron 33, para el plan de mejora del riesgo psicosocial.</p> <p>Algunas jornadas realizadas fueron: Intervenciones en clima y cultura organizacional, programa de bienestar, Capacitación a colaboradores en prevención del acoso laboral, Intervención y seguimiento a quejas presentada al comité y no conformidades relacionadas con convivencia laboral, Capacitación en prevención de discriminación de la mujer y población LGBTIQ, Talleres de humanización, (trabajo en equipo, manejo del tiempo libre, inteligencia emocional), entre otros.</p> <p>Evidencia: Anexo 15. Riesgo Psicosocial.</p>
Gestionar el Desarrollo de los diseños y documentos del proyecto para implementación de paneles solares y radicarlos ante las entidades responsables de la valoración.	Estructuración de proyecto para presentación	0%	No se han adelantado acciones

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Un Sistema Integrado de Gestión en un hospital acreditado es esencial para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, así como para promover la eficiencia y la mejora continua en todos los procesos del hospital.

El cumplimiento de los 18 indicadores de este proceso para la vigencia 2025 según lo reportado por la oficina de Planeación es del 84.56%, porcentaje de cumplimiento aceptable que traduce en su grado de compromiso en establecer y mantener sistemas de gestión estandarizados que permiten garantizar la asistencia óptima acorde a las necesidades de cada paciente y el cumplimiento normativo.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene definido como objetivo para este proceso el siguiente: “Establecer, Documentar, Implementar y Mantener el Sistema de Gestión de Calidad, Mejorando Permanentemente su eficacia”.

Este proceso ha dado cumplimiento tanto a los indicadores como al objetivo establecido en el Manual de Funciones y Competencias Laborales del HCI.

6.2. Riesgos. Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Sistema Integrado de Gestión y se encuentran asociados al proceso “Sistema Integrado de Gestión” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de sustracción de la documentación del SGC del HCI y la divulgación de la misma	Software de calidad permite descargar documentos sin restricción, a los usuarios del mismo. Falta de adherencia de los colaboradores al código de ética de la Institución frente al uso de la información a cargo.	Seguimiento al uso de contraseñas únicas para los usuarios del SGC. Capacitación en código de integridad a los colaboradores del HCI. IP privada para ingreso al SGC.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de pérdida de la acreditación en salud y la certificación bajo la NTC ISO 9001: 2015 institucional.	Falta de adherencia a la política de calidad institucional. Desconocimiento del Sistema de Gestión de Calidad implementado en la Institución	Autoevaluación de los estándares de acreditación equipos de autoevaluación conformados y cumplimiento de la norma ISO 9001: 2015. Realización de planes de mejoramiento de las oportunidades de mejora identificadas, a partir de un análisis de causa. Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora a través del equipo de mejoramiento. Realización de auditoria interna de calidad bajo la NTC ISO 9001:2015.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de incumplimiento o en la formulación y ejecución de planes de mejoramiento cuando se requiere	Falta de adherencia a la Guía para la mejora de los procesos. Inoportunidad en la realización de los planes de mejora	Solicitud de Planes de mejoramiento a los responsables por parte de la oficina Gestión de Calidad. Acompañamiento individual a líderes por parte de los profesionales de la oficina de gestión de calidad en la formulación de planes de mejora. Socialización del avance de planes de mejoramiento a través del comité de Gestión y Desempeño. Seguimiento y consolidación de evidencias de las actividades planeadas en el plan de mejoramiento.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de incumplimiento meta por cierre no efectivo de planes de mejoramiento implementados	Formulación de planes de mejoramiento sin análisis de causas. Desconocimiento de la metodología para realizar análisis de causas.	Estandarización de realizar análisis de causa para el 100% de los planes de mejora a través de la Guía para la mejora de los procesos. Acompañamiento individual a líderes por parte de los profesionales de la oficina de gestión de calidad en la realización de la metodología de análisis de causa. Seguimiento continuo a la eficiencia del plan de mejoramiento a través del seguimiento de cumplimiento de metas de los indicadores de gestión asociados a cada plan. Implementación del modelo de mejora institucional.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de contar con indicadores de gestión por procesos que no aporten para la toma de decisiones	Formulación errónea de indicadores que no aportan al control del proceso. Desconocimiento en la metodología en la creación de indicadores.	Acompañamiento a líderes de procesos por parte de gestión de calidad en la formulación de indicadores. Seguimiento y supervisión a los resultados de los indicadores mediante el software de calidad. Seguimiento al análisis de indicadores y a las acciones derivadas del mismo.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados Por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Priorizar para la vigencia 2026 el indicador que tiene 0% de cumplimiento.
- ✓ Proporcionar capacitación continua al personal en el uso de las herramientas y procesos de gestión integrada, asegurando que estén actualizados y bien informados.
- ✓ Fortalecer el liderazgo y participación de los colaboradores.
- ✓ Fomentar la participación y el trabajo en equipo entre los diferentes procesos del hospital, esto permite una mejor coordinación y comunicación, lo que contribuye a mejorar el sistema integrado de gestión.
- ✓ Realizar auditorías internas y externas para evaluar el cumplimiento de las normativas y estándares establecidos por organismos acreditadores.
- ✓ Desarrollar e implementar protocolos y procedimientos estandarizados para asegurar la calidad en la atención y el servicio al paciente.
- ✓ Medir y evaluar la calidad de los servicios ofrecidos a través de indicadores de desempeño, encuestas de satisfacción y revisiones de procesos.
- ✓ Realizar análisis de riesgos para identificar y evaluar peligros que puedan afectar la seguridad de los pacientes y el personal.
- ✓ Desarrollar e implementar medidas preventivas y correctivas para mitigar los riesgos identificados.
- ✓ Garantizar que la información relevante esté disponible y accesible para el personal y las partes interesadas.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026

2. **SIAU**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización
- Fortalecer la articulación de la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutivez de la capacidad instalada del Hospital Civil de IpiALES E.S.E.
- Fortalecer la infraestructura y la tecnología del Hospital Civil de IpiALES, cumpliendo requisitos de habilitación, mejorando la oportunidad en el diagnóstico y la atención humanizada de los usuarios.

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

Actividad	Producto	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Documentar una metodología propia adaptada a la realidad institucional para realizar el análisis de la satisfacción de los usuarios frente a la atención.	Documento de Metodología para Medición de Satisfacción del Usuario en el Hospital Civil de IpiALES	100%	<p>Se elaboró el Manual de Sistema Integrado de Atención al usuario el cual abarca la Metodología para Medición de Satisfacción del Usuario en el Hospital Civil de IpiALES.</p> <p>Evidencia: Anexo 1. Manual de Sistema Integrado de Atención al usuario, identificado con Código MN – 2764, versión 1 con Registro en DARUMA</p> <p><i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 3. SIAU.</i></p>



Evaluar la satisfacción del usuario relacionada a su estado de salud	Implementación de ítems relacionados al estado de salud de paciente al egreso	100%	Se realizó la actualización del Formato FO 0840, con la implementación de preguntas de PROM Y PREM, denominado Encuesta de la experiencia del usuario y su familia por la atención recibida. Versión 16. 1 con Registro en DARUMA Evidencia: Anexo 2. FO 0840
Realizar las encuestas con la metodología adoptada por la Institución que refleje la realidad de la satisfacción del usuario.	Experiencia del Usuario y su familia con la atención recibida.	100%	Se cuenta con los códigos QR en todos los servicios, con un total de 125 códigos. Se aplicaron 3.145 encuestas para experiencia del usuario. Evidencia: Anexo 3. Informe de experiencia del usuario IV trimestre 2025.
Realizar una gestión adecuada de PQRS, garantizando su oportunidad y la calidad en la respuesta, incrementando los niveles de satisfacción.	Oportunidad de respuesta ante PQRS del proceso	92,5%	Para la vigencia 2025, se presentaron en total 447 PQRS, de las cuales 321 su respuesta fue oportuna y 26 inoportunas. Evidencia: Anexo 4. Consolidado PQRS 2025.

<p>Implementar nuevas estrategias que permita un mayor cumplimiento de la PPS en el HCI</p>	<p>Cumplimiento del Plan de trabajo de la PPS reportado</p>	<p>95%</p>	<p>Participación en la Jornada de Atención al Usuario llevada a cabo en el municipio de IpiALES con la jornada de atención al usuario y participación social, información, comunicación, educación en portafolio de servicios y afiliaciones</p> <p>Publicación del informe del IV trimestre de PQRSF en la página web institucional Realización de una mesa de trabajo y socialización del Manual y la Ruta OSIEGD, con enfoque diferencial.</p> <p>Capacitaciones a la Asociación de Usuarios de la Empresa Social del Estado, se capacito en humanización, proceso de aseguramiento de EPS, Sistema de habilitación y acreditación y seguridad del paciente y su familia en el hospital: se contó con la asistencia de 8 personas</p> <p>Comunicación continua a la comunidad y usuarios sobre la información importante y actividades de participación social con los usuarios y comunidad en general <u>Plan de medio elaborado:</u> Se cuenta con un plan de trabajo anual de asociación de usuarios - a la cual se le hace seguimiento de manera semestral.</p> <p>Visitas institución educativa microempresarial los Andes y líderes zona rural</p> <p>Se encuentra en ejecución la política de prestación de servicios de salud</p> <p>Se asiste de manera permanente a la mesa de etnocultural organizada por el IDSN</p> <p>Se actualizo la encuesta de experiencia del usuario y su familia en el Formato FO 0840, con la implementación de preguntas de PROM Y PREM Herramienta didáctica, pedagógica y tecnológica con 125 coditos QR.</p>
---	---	------------	--

			<p>Diseño de piezas gráficas informativas para su publicación en los diferentes medios de comunicación (Derechos y deberes OSIEGD). 100% se publican de manera mensual en redes sociales, y se cuenta con material en audio para la transmisión por el sistema de parlantes para los usuarios.</p> <p>Se asignaron recursos para la elaboración de piezas comunicativas con 200 folletos y un pendón Portafolio de servicios. 100%</p> <p>Evidencia: Anexo 5. Resolución adopción de La Política de Participación Social y Plan de Trabajo.</p>
Realizar el autodiagnóstico correspondiente y elaborar el plan de trabajo para mejorar el desempeño de la política en la institución	Cumplimiento del plan de trabajo de la política de Servicio al Ciudadano	95%	<p>La Política Publica de Participación Social de Salud, aprobada mediante resolución No 3408 del 2024, contiene un Plan de Trabajo cargado al SISPRO.</p> <p>El cual tiene una ejecución 95%</p>
Analizar y promover la implementación de nuevas estrategias que incrementen la capacidad de respuesta frente a la satisfacción del usuario y su familia	Estrategias Implementadas	100%	<p>Se actualizo el formato de PQRS y se implementa en sitio WEB https://web.hospitalcivilese.gov.co/pqrs/. Se ajusto el FO 0840</p> <p>Evidencia: https://web.hospitalcivilese.gov.co/pqrs/ SIO DARUMA</p>
Implementar plataforma tecnológica PQRS y códigos QR implementados para la entrevista de satisfacción	Numero de PQRS/ Implementación de 1020 encuestas de satisfacción	100%	<p>Se implementó el módulo de PQRS en el Sistema SIO.</p> <p>Se realizó la implementación de 125 códigos QR.</p> <p>Actualmente se están realizando un promedio mensual de 1145 encuestas, las cuales son tomadas como insumo para informe de Experiencia del usuario y su familia""</p> <p>Evidencia: Anexo 2 y 3. SIO Códigos en los diferentes servicios</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

El cumplimiento de los 8 indicadores de este proceso según lo reportado por la oficina de Planeación es del 97.81%, porcentaje muy satisfactorio. Una de las dificultades que presenta el proceso en lo referente a PQRS es la falta de interés de algunos líderes de procesos y de especialistas en dar respuesta oportuna y de calidad a las quejas presentadas por los usuarios del HCI, en este mismo sentido otra gran dificultad es que toda la trazabilidad de la queja se hace de manera manual. En la vigencia 2025 se establecieron indicadores que apuntaban a una mejora continua del proceso, el cual se logró en gran medida.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Facilitar el acceso a los diferentes procesos asistenciales, medir la satisfacción del usuario de los servicios recibidos y establecer las condiciones de prestación de servicios a través de la contratación”.

El proceso definió indicadores para el cumplimiento de los objetivos del Manual de Funciones mencionados anteriormente.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Sistema Integrado de Atención al Cliente - SIAU y se encuentran asociados al proceso “Sistema Integrado de Atención al Cliente” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Pérdida reputacional debido al incumplimiento de la meta nominal relacionada con la respuesta inoportuna al análisis de causas de las quejas presentadas por fuera de los plazos establecidos	Falta de adherencia a los tiempos normativos para el cumplimiento oportuno del proceso de gestión de quejas. Demora de la entrega de las respuestas por parte de los líderes o colaboradores de los procesos involucrados, lo que retrasa el cumplimiento de los plazos establecidos para dar respuesta al usuario	Seguimiento al cumplimiento del tiempo en la respuesta a la queja por parte de líderes de procesos	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Pérdida reputacional debido el incumplimiento de la meta nominal de satisfacción en la gestión de quejas, debido a análisis deficiente de causas por las cuales se produce la queja del usuario.	Falta de apropiación del procedimiento de quejas originadas en debilidades de seguimiento y control sobre el uso obligatorio de los formatos institucionales para garantizar la calidad de las respuestas. Redacción deficiente de la respuesta a la queja debido a la no aplicación de las directrices establecidas en los formatos FO – 1082 análisis de causas y FO – 1811 modelo de respuesta a quejas.	Se establecen 2 puntos de revisión del análisis de causa donde se examina: A.- Validación del contenido del análisis de causas FO 1082. B.- revisión del contenido de la respuesta FO 1811 modelo de respuesta a quejas. Análisis con líderes y SIAU del indicador Satisfacción frente a respuestas de quejas (247) para facilitar toma de decisiones correctivas en comité de ética hospitalaria	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Pérdida reputacional por incumplimiento de la meta nominal de salidas represadas de usuarios hospitalizados por inoportunidad de la gestión de Trabajo Social, debido a factores sociales, económicos y administrativos del paciente	Falta de respuesta por las EPS por no autorizaciones, falta de red familiar del paciente y dinero para pago de copagos. Retrasos en la atención de por parte de trabajo social debido a factores externos	Monitorizar los tiempos de estancia de pacientes mayores a 5 días. Articulación con entidades municipales, departamentales y nacionales	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:


- ✓ Es imprescindible el cumplimiento de la normatividad legal en lo concerniente a los trámites de las PQRS en términos de oportunidad, calidad y efectividad, por lo tanto, es procedente establecer planes de mejoramiento que garanticen cumplir con los derechos de los pacientes y mejorar la prestación del servicio.
- ✓ Implementar un aplicativo (Software) de gestión de PQRSD que permita al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias de forma fácil y oportuna.
- ✓ Fortalecer el proceso de capacitación en temas como: Trato digno, interrelación con pacientes y familiares, entre otros, con miras a mejorar el trato humano a los pacientes y su familia, se recomienda de igual manera a las Empresas tercerizadas capacitar al personal vinculado.
- ✓ Implementar o mantener un registro detallado de las interacciones con los pacientes, sus necesidades y preferencias.
- ✓ Ofrecer formación y capacitación al personal del hospital sobre cómo mejorar la comunicación con los pacientes, incluyendo la empatía, la escucha activa y la resolución de problemas.
- ✓ Innovación permanente de tecnología para agilizar el proceso de cita previa, acceso a la información médica y seguimiento post-atención.
- ✓ Establecer o consolidar canales de comunicación efectivos, como servicios de mensajería, correo electrónico, o portales en línea, para facilitar la interacción entre el hospital y los pacientes.
- ✓ Continuar con obtener y actuar sobre la retroalimentación de los pacientes, a través de encuestas de satisfacción y comentarios, para identificar áreas de mejora y ajustar el sistema según las necesidades reales.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



Introduce el texto aquí

 <p>HOSPITAL CIVIL DE IPIALES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno</p>
---	--

1. Fecha: 19-01-2026	2. Dependencia a evaluar: Gestión de Recursos Físicos
----------------------	--

<p>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la infraestructura y la tecnología del Hospital Civil de Ipiales, cumpliendo requisitos de habilitación, mejorando la oportunidad en el diagnóstico y la atención humanizada de los usuarios. Mitigar la huella de carbono generada en la prestación de los servicios de salud, contribuyendo con el medio ambiente, utilizando energías limpias y renovables.

4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
Actividad	Producto	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Revisión y actualización de matriz AMFE de acuerdo a la complejidad de la tecnología en la atención.	Equipos que presentan	100%	<p>Se cuenta con matriz con los siguientes equipos de mediana y alta complejidad de los servicios de cirugía, UCI y UCIN, gastroenterología como: maquinas anestesia, incubadoras, ventiladores mecánicos, ventiladores de alta frecuencia, desfibriladores, electrocardiograma, incubadoras neonatales, la torre de Endoscopia.</p> <p>Evidencia: Anexo 1. Matriz AMFE Anexo 2. FO 1774 Matriz AMFE Equipos Biomédicos. Registrado en DARUMA</p> <p><i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 4. Gestión de Recursos Físicos.</i></p>



<p>Elaboración de matriz por obsolescencia de equipos biomédicos e industriales.</p> <p>Priorizar áreas asistenciales para renovación de tecnología por obsolescencia.</p> <p>Solicitar a gerencia en aprobación de levantamiento de inventario de propiedad plan y equipo.</p>	<p>Cumplimiento a revisión de los equipos priorizados para renovación tecnológica</p>	<p>100%</p>	<p>Se presentó matriz de obsolescencia al IDSN</p> <p>Dentro de la matriz de obsolescencia se evaluó lo criterios (riesgos, costo beneficio y conocimiento científico)</p> <p>Fue viabilizado por la gerencia y se encuentra en proceso de disponibilidad presupuestal.</p> <p>Evidencia: Anexo 3. Matriz de Obsolescencia de equipos Anexo4. Matriz de Renovación de equipos</p>
<p>Implementación de central de monitorización de cámara de vigilancia.</p> <p>Instalación de cámaras de seguridad en áreas estratégicas para la mejora de la cobertura y control de acceso.</p>	<p>Central de monitorización de cámaras implementado</p>	<p>100%</p>	<p>Se instaló el sistema de vigilancia con aproximadamente 190 cámaras y opera normalmente</p> <p>Central de monitoreo de cámaras, dotación de equipos y mejoramiento de redes.</p> <p>Evidencia: Contrato MC 022-2024 SECOP II</p>
<p>Control del seguimiento a la oportunidad del mantenimiento a equipos</p>	<p>Cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo hospitalario</p>	<p>100%</p>	<p>Se dio cumplimiento de mantenimiento preventivo para equipos biomédicos.</p> <p>Cumplimiento de mantenimiento preventivo para equipos industriales.</p> <p>Cumplimiento de mantenimiento preventivo para Infraestructura Física.</p> <p>Evidencia: Indicadores de DARUMA con códigos 23,24 y 26</p>
<p>Revisión y actualización del manual de gestión de la tecnología</p>	<p>Cumplimiento al comité de estándar de gestión de la tecnología</p>	<p>75%</p>	<p>El Manual de gestión de la tecnología se encuentra ajustado y en proceso de aprobación por el comité.</p> <p>Se realizaron 3 reuniones de las 4 programadas.</p> <p>Evidencia: Anexo 5. Manual de gestión de la tecnología Anexo 6 Actas de reuniones del comité y Resolución de actualización del reglamento del comité de Gestión de la Tecnología</p>



<p>Incluir en las guías de práctica clínica los equipos biomédicos utilización en el atención del paciente.</p> <p>Incluir en la guía clínica fisioterapia, el uso de los equipos y maquinaria utilizada en la rehabilitación del paciente.</p>	<p>Porcentaje de guías actualizadas</p>	<p>75%</p>	<p>Coordinación con el líder de gestión clínica para complementar la actualización, Actualmente se encuentra realizado el manual de guía práctica clínica para equipos biomédicos, pendiente incluir los equipos de acuerdo a los servicios incluidos en la Guía</p>
<p>Actualización e integración del nuevo sistema.</p> <p>Actualización de inventario</p>	<p>Porcentaje de sistematización y digitalización de hojas de vida de equipos</p>	<p>75%</p>	<p>Se encuentra en alimentación del Software referente a las hojas de vida de los equipos.</p> <p>Se está a la espera del levantamiento del inventario</p> <p>Software AM</p>
<p>Revisar y actualización la resolución de tecnovigilancia.</p> <p>Retomar reuniones del comité de acuerdo al acto administrativo del mismo</p> <p>Revisión y actualizar de manual de tecnovigilancia</p>	<p>Resolución actualizada del comité de tecnovigilancia</p>	<p>75%</p>	<p>Realizado, revisado y aprobado el Manual de tecnovigilancia Código MP 0190 versión 3.</p> <p>Se realizaron 3 reuniones de las 4 programadas</p> <p>Evidencia: Anexo 7 Manual de Tecnovigilancia.</p> <p>Anexo 8: Acta de reunión del comité de tecnovigilancia Anexo 9. Resolución Actualización del reglamento del Comité de Tecnovigilancia</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “garantizar la oportunidad y la disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación del servicio y realizar mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de equipos para garantizar seguridad en la prestación del servicio”.

Así mismo, el profesional Universitario líder de este proceso dentro del manual de funciones tiene 10 funciones esenciales, una de ellas refiere: “Garantizar a todos los servicios y áreas del hospital la provisión oportuna y suficiente de los elementos necesarios para la buena prestación del servicio a los usuarios”.

Para la vigencia 2025 se establecieron 8 indicadores con un cumplimiento consolidado de 87.50%, sin embargo, algunos indicadores presuntamente no estuvieron asociados a los objetivos del proceso, somos insistentes en recalcar que los indicadores del PAA son insumos necesarios para realizar el seguimiento y evaluación de los objetivos y procesos, los indicadores evalúan de alguna forma la eficiencia y la eficacia del proceso.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de “Gestión de Recursos Físicos” y se encuentran asociados al proceso “Gestión de Recursos Físicos”. Como resultado del seguimiento realizado, se concluye que los riesgos identificados no se han materializado, lo que demuestra que los controles implementados en la gestión del proceso han sido adecuados y efectivos.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de incurrir en pérdidas económicas significativas por falta de control al inventario de propiedad planta y equipo debido a la desactualización del mismo	Inventario desactualizado institucional. falta de conocimiento de los procesos de manejo de inventarios de activos fijos	Se cuenta con un inventario de activos fijos en el software hospitalario y se verifica lo que ingresa y se destina al área que corresponda. Verificar la actualización de manual de activos fijos de la institución para socializar al personal sobre el manejo del inventario	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de incurrir en pérdidas económicas y reputacionales debido a que los equipos y/o tecnologías en comodato, arrendamiento, lessing ingresan a la institución sin revisión previa por parte del comité de gestión de la tecnología, debido a falta de interacción y comunicación entre procesos	Desconocimiento de la recepción técnica. los equipos y/o tecnologías ingresan a la institución sin estudio ni revisión previa por parte del comité de gestión de la tecnología o información al subproceso de almacén	Verificar que los procesos conozcan del procedimiento para recepción de tecnología, adquirida o en cualquier modalidad de adquisición. Evaluación de las fichas técnicas, de acuerdo a las especificaciones del equipo.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de incurrir en pérdidas económicas y reputacionales por desabastecimiento en el stock de insumos, materiales y suministros, debido a la falla en los procesos administrativos y/o apoyo.	la falla en los procesos administrativos y/o apoyo. desabastecimiento en los stock institucionales de insumos, y materiales y suministros	Revisión de las solicitudes y requerimientos de insumos y/o materiales necesarios para poder hacer la cotización y autorización garantizando el stock mínimo. Verificar son quien corresponda, la revisión en cumplimiento de los tiempos estipulados en los procesos involucrados de contratación y financiera mejorando la oportunidad y entrega. Verificar el cumplimiento del proveedor garantizando los stock.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Mejorar el proceso de gestión de recursos físicos es esencial para garantizar que las instalaciones, equipos y suministros estén disponibles y en óptimas condiciones para proporcionar atención de calidad, seguridad y oportuna a los pacientes.
- ✓ Utilizar sistemas de etiquetado y codificación para identificar fácilmente los bienes, facilitando su seguimiento y control.
- ✓ Realizar un análisis periódico de las necesidades de recursos físicos y ajustar los pedidos de acuerdo con la demanda y/o uso, actualizando el Plan Anual de Adquisiciones.
- ✓ Fomentar la conciencia sobre la eficiencia en el uso de recursos para minimizar el desperdicio y optimizar la utilización.
- ✓ Establecer indicadores asociados a los objetivos y competencias del proceso.
- ✓ Realizar un inventario físico de propiedad planta y equipo del hospital periódico, esto ayudara a identificar cualquier necesidad de reposición o reparación e igualmente a depreciar de manera individualizada.
- ✓ Verificar el cumplimiento de los planes de mantenimiento Preventivo de los equipos del hospital con el fin de prevenir averías y prolongar la vida útil y lo más importante que los equipos estén funcionando perfectamente.
- ✓ Establecer políticas y procedimientos claros para el uso y almacenamiento de los recursos físicos.
- ✓ Establecer relaciones sólidas con proveedores confiables de equipos médicos y suministros, esto ayudará a garantizar la disponibilidad y calidad.
- ✓ Contar con un stock de inventarios de los insumos y reactivos del laboratorio clínico y farmacia.
- ✓ Mayor control en las entradas y salidas de material de osteosíntesis y neurocirugía.
- ✓ Seguimiento y verificación de mantenimiento hospitalario.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026

2. Dependencia a evaluar: **Gestión Financiera**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Fortalecer el proceso económico (Admisiones, Facturación, Recaudo, Cartera) y lograr un saneamiento financiero adecuado y real de la institución.

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Realizar el saneamiento contable y financiero de la entidad	Numero de comités de saneamiento contable realizados	100%	<p>Se realizaron 3 reuniones del Comité Técnico de Depuración y Sostenibilidad Contable, cuyo fin era analizar soportes de partidas para ser sometidas en saneamiento contable.</p> <p>Las reuniones se llevaron a cabo en las fechas: 10 de marzo, 12 de agosto y 11 de septiembre del 2025.</p> <p>Evidencia: Anexo 1. Consolidado de las Actas del Comité Técnico.</p> <p><i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 1. Gestión Financiera.</i></p>



Fortalecer la gestión de cartera frente a los diferentes aseguradores.	Porcentaje de recaudo incrementado respecto a la vigencia anterior	55%	Se ha realizado el seguimiento al acuerdo de pago para el último trimestre con Mállamas, Emssanar, Sanitas, Ejército de Colombia y SAVIA Salud. con vigencia a 31 de diciembre 2025 Evidencia: Anexo 2. Matriz Acuerdo de pagos vigencia 2025.
Optimización del proceso de auditoria medica concurrente y auditoría de cuentas medicas	Oportunidad y efectividad de control de Glosas en la Venta de Servicios	100%	Se dio un cumplimiento del 2% de la Glosa definitiva, esto se evidencia en el indicador 197 denominado Porcentaje de pérdida total de glosa Evidencia: Indicador 197 DARUMA.
Saneamiento de cartera Mayor a 360 días	Porcentaje de cartera mayor a 360 días depurado	80%	Después de la circularización de cartera se identificó carteras a depurar de las cuales se realizó concepto jurídico para el trámite de depuración ante el comité de Saneamiento. Evidencia: Anexo 3. Solicitud de revisión de conceptos jurídicos
Incrementar el porcentaje de radicación de facturas frente a la vigencia anterior	Porcentaje de radicación de facturas	80%	Se realizó planes de acción en busca de radicación oportuna de facturas a través de compromisos con facturadores y demás personal que está relacionado con esta gestión, se realizó un contrato de prestación de servicios de salud con la EPS Emssanar, con inicio retroactivo que obligo a la institución refacturar un gran número de servicios los cuales están en fase de cumplimiento. Evidencia: Anexo 4. Contrato Emssanar Anexo 5. Actas de facturadores. Anexo 6. Detalle de facturas Radicadas.
Estructurar proyecto para la modernización del Sistema de Costos	Estructuración de proyecto para presentación	90%	Se encuentra en ejecución con generación de informes de los diferentes procesos como: Laboratorio, imagenología. Evidencia: Anexo 7. Informe de Sinergia



Monitoreo de acuerdo a la metodología del riesgo del equilibrio operacional con recaudo	Informes de seguimiento financiero con la metodología de categorización del riesgo del Ministerio de Salud y Protección Social	100%	Según la Resolución No 1122 del 30 de mayo de 2025, por parte de Ministerio de Salud y Protección Social, en ella se constata que la institución no se encuentra en riesgo. Evidencia: Anexo 8. Resolución No 1122 del 30 de mayo del 2025
Mantener el Equilibrio presupuestal con recaudo	Porcentaje de Ingresos recaudados vs Gastos comprometidos	96,25%	Los compromisos adquiridos por la institución se encuentran por encima del valor recaudado, cuyo compartimiento es el resultado que presenta el sector salud, Pendiente cierre anual, No se logra la meta que es de 0,8, y se tiene como resultado 0,77 Se implementará estrategias de recaudo de cartera conjuntamente con área jurídica Valor capturado con corte diciembre 2024 es del 0,77 Evidencia: Indicador 200 DARUMA
Elaborar informes trimestrales que incluyan el cumplimiento de la política de gestión presupuestal y eficiencia de gasto público vinculando el control de la ejecución de los recursos financieros acorde a las actividades y estrategias planeadas.	Disminución de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación frente a la vigencia anterior	90%	Se puede evidenciar un cumplimiento del término en cuanto a pagos por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios dando cumplimiento a lo estipulado en los contratos.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Garantizar el manejo eficiente y razonable de los recursos económicos, que permita generar información confiable para la toma de decisiones a nivel gerencial”.

Para la vigencia 2025 se establecieron nueve indicadores con un cumplimiento de 87.92%, según la evaluación realizada por la oficina de Planeación. La Oficina de control interno tiene una incertidumbre en los indicadores **1. Oportunidad y efectividad de control de Glosas en la Venta de Servicios** el cual planeación le da un cumplimiento del 100% sin embargo, en Auditoría realizada al subproceso de glosas por la oficina de Control Interno se evidencia que la oportunidad y la efectividad no es la mejor. **2. Porcentaje de Ingresos recaudados vs Gastos comprometidos** con un cumplimiento según la oficina de Planeación del 96.25%, sin embargo, según seguimientos realizados por la oficina de control interno a las ejecuciones presupuestales tanto de ingresos como de gastos el indicador se desfasa en un mayor valor lo que hace que la meta no se cumpla.

La oficina de Control interno es insistente en que se deben definir indicadores que su gestión dependa única y exclusivamente de los líderes del proceso, en razón a que a través de ellos se evalúa la eficiencia y la eficacia del desarrollo de actividades y cumplimiento de objetivos del proceso.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Gestión de Recursos Económicos y se encuentran asociados al proceso “Gestión de Recursos Económicos” y se pudo evidenciar que la Oficina de Planeación presuntamente no realizó evaluación a estos riesgos, sin embargo, por seguimientos y auditorías de la Oficina de Control Interno probablemente se materializaron tres riesgos. **1.** Inadecuada valoración y contratación con EAPB, se tiene como evidencia contrato con Mallamas , descuento por radicación extemporánea), **2.** Incumplimiento en el pago de recursos por parte de las EAPB en los periodos establecidos. Evidencia Cartera elevada, **3.** Riesgo de liquidez evidencia Dificultades para pago a proveedores.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte SGI	Avance
Inadecuada valoración y contratación con EAPB	Inadecuados procedimientos de contratación con EAPB No se valoraron de manera adecuada los impactos en la venta de servicios de los beneficios y costos al contratar con las EAPB	Establecimiento de procedimientos para contratación con EAPB. Realización de Notas técnicas ajustadas a la realidad epidemiológica, frecuencias de Uso y capacidad instalada de la Entidad Evaluación de Proveedores y clientes	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.	

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Riesgo de oportunidad por el no ofrecimiento de servicios acordes al mercado	Falta de una caracterización de la demanda de servicios teniendo en cuenta el enfoque diferencia Falta de un análisis de mercado acorde a las necesidades de morbilidad	Análisis de mercado frente a las patologías atendidas Análisis de capacidad instalada en la implementación de proyectos de inversión	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Incumplimiento en el pago de recursos por parte de las EAPB en los periodos establecidos	Falta de pago por parte de las EAPB. Incumplimiento de la normatividad establecida por parte de las EAPB en la cancelación de la facturación Radicada	Implementación Política de gestión continua de cartera. Asistencia a reuniones de conciliación y Mesas de conciliación de 030. Realización de acuerdos de pago con EAPB y acciones de conciliación oportuna de Glosas.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Riesgo de cambio	Variaciones en el precio de las divisas. Variaciones en el precio de las divisas que ocasionan perjuicios en los precios de adquisición de mercancías	Pólizas de riesgo y seriedad de la propuesta que amparen el riesgo cambiario. Contrato firmado entre las partes, acordando valor cambiario único	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
No valoración de activos a precios de mercado	Falta de acciones de saneamiento contable. No cumplimiento del manual de políticas contables	Saneamiento contable. Valoración de costo del capital y valor activos.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Riesgo de precios de las mercancías	Incremento en el precio de insumos, medicamentos, insumos medico quirúrgicos o maquinaria. Variaciones en condiciones de mercado de manera abrupta	Pólizas de riesgo y seriedad de la propuesta. Contratación por medio de mecanismos electrónicos	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Riesgo de liquidez	Incumplimiento de las condiciones contratadas por parte de las EAPB. Falta de cumplimiento en el giro oportuno de recursos.	Análisis financiero mensual. Valoración de categorización del Riesgo continua.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Ingreso de recursos provenientes de actividades ilegales	Gestión de Recursos de orígenes no conocidos. No cuenta con permisos para realizar estas actividades y sus ingresos no se justifican.	Implementación Política y Manual SARLAFT. Reporte de informes a la UIAF. Evaluación de Proveedores y clientes	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
No previsión de los flujos operacionales de caja para el funcionamiento empresarial	Dificultades en la planeación de los recursos a recaudar frente a las necesidades a cancelar. No cumplimiento en los acuerdos de pago por parte de las EAPB.	Depuración continua de cartera. Validación continua de acuerdos de pago con EAPB Radicación oportuna de cuentas ante EAPB	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Incumplimiento en la venta de servicios de salud a costos rentables	Falta de un seguimiento a costos por servicio. Falta de implementación de un sistema de costeo válido	Implementación de un sistema de costeo por servicio. Cumplimiento de las áreas en el reporte de información a través de las unidades de costeo iniciales	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Mejorar continuamente el sistema de contabilidad de costos que permita analizar los costos de los diferentes servicios del Hospital, ayudando a identificar áreas de mejora y optimización de recursos.
- ✓ Fomentar la transparencia en la gestión financiera, compartiendo información relevante con los diferentes procesos para asegurar que todos estén alineados con los objetivos financieros.
- ✓ Fomentar la cultura del reporte de información financiera.
- ✓ Realizar una revisión exhaustiva de los subprocesos de facturación y cobro, identificando posibles áreas de mejora y estableciendo medidas para agilizar y optimizar estos subprocesos.
- ✓ Establecer políticas claras y transparentes en cuanto a la contratación de proveedores y la adquisición de suministros médicos, buscando obtener los mejores precios y condiciones sin comprometer la calidad de los productos.
- ✓ Promover la capacitación y formación del personal encargado de la gestión financiera, para asegurar que cuenten con los conocimientos y habilidades necesarias para desempeñar sus funciones o actividades de manera eficiente.
- ✓ Realizar un análisis periódico de los costos y gastos del hospital, identificando posibles áreas de ahorro y estableciendo medidas para reducir los gastos innecesarios.
- ✓ Implementar controles que permitan detectar y prevenir posibles fraudes o irregularidades en el manejo de los recursos financieros.
- ✓ Fomentar la colaboración y el intercambio de buenas prácticas con otros hospitales y entidades del sector salud, para aprender de sus experiencias y adoptar las mejores prácticas en materia financiera.
- ✓ Establecer alianzas estratégicas con entidades financieras y aseguradoras, buscando obtener mejores condiciones de financiamiento y seguros para el hospital.
- ✓ Realizar una comunicación efectiva y transparente con los diferentes actores involucrados en el proceso financiero del hospital.
- ✓ Dar cumplimiento a la Ley 1066 de 2006, artículo 1 estableció: "Gestión del recaudo de cartera pública. Conforme a los principios que regulan la Administración Pública contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política, los servidores públicos que tengan a su cargo el recaudo de obligaciones a favor del Tesoro Público deberán realizar su gestión de manera ágil, eficaz, eficiente y oportuna, con el fin de obtener liquidez para el Tesoro Público."
- ✓ Continuar con los reportes del Comité de Glosas, creado mediante resolución 2148 de 2016.
- ✓ Soportar el Deterioro o Castigo de Cartera con los documentos de la gestión del cobro persuasivo y Jurídico realizada, para dejar evidencia de la gestión efectuada y prevenir el riesgo de detrimento patrimonial.

- ✓ Es inminente la necesidad urgente de fortalecer los subprocesos de CARTERA, FACTURACIÓN, AUDITORÍA DE CUENTAS, AUDITORIA MEDICA con personal, con tecnología (Equipos, aplicativos, conectividad) y capacitación. Los recursos que se están dejando de percibir son cuantiosos y sumamente necesarios para la liquidez de la entidad.
- ✓ Igualmente, es fundamental la creación de los cargos en el subproceso de Cartera de un Profesional Universitario Cartera y un Técnico.
- ✓ Modificar el cargo del Subgerente Administrativo como Subgerente administrativo y financiero.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026

2. Dependencia a evaluar: **Gestión Clínica**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización.
- Fortalecer el proceso económico (Admisiones, Facturación, Recaudo, Cartera) y lograr un saneamiento financiero adecuado y real de la institución.
- Mitigar la huella de carbono generada en la prestación de los servicios de salud, contribuyendo con el medio ambiente, utilizando energías limpias y renovables.

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Implementar y realizar seguimiento de tecnologías para prevención de lesiones por presión (Cuidados de piel)	Tasa de Ulceras por presión	100%	<p>El indicador cumple la propuesta, muestra una tendencia positiva al analizar las causas de este comportamiento se resaltan lo siguiente: como institución desde el programa de clínica de heridas y el programa de seguridad del paciente realiza las prácticas en medidas de prevención para lesiones por presión que permiten aportar a la protección con el uso de apósitos hidro moleculares las actividades para mejorar sus resultados son: las rondas de adherencia a escala de braden y rondas de vigilancia de piel de todos los pacientes con riesgo, se incluye en el proyecto de clínica de heridas la línea de piel sana y la utilización de nuevas tecnologías en el hospital</p> <p>Evidencia: Indicador DARUMA 461 Tasa de ulceras por presión</p>

<p>Realizar la caracterización de pacientes año 2024. Definir las líneas de clínica de heridas. Contar con los protocolos de atención de clínica de heridas.</p>	<p>Informe de caracterización de clínica de heridas</p>	<p>70%</p>	<p>Se cuenta con el informe de caracterización y protocolos de usuarios 2024. Pendiente: Contratación con EPS y construcción de la sala de procedimiento. Evidencia: Anexo 1. Presentación de caracterización de usuarios. Anexo 2. Plantilla de curaciones para contratación <i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 6. Gestión Clínica.</i></p>
<p>Revisar y ajustar la lista de chequeo de cirugía segura Implementación y seguimiento a lista de chequeo de cirugía segura</p>	<p>Indicador de adherencia a cirugía segura</p>	<p>98%</p>	<p>se actualizo el formato listo de chequeo de cirugía segura, se socializo y está en aplicación y se realizaron seguimiento ya verificada en rondas de liderazgo y respectivo análisis Evidencia: Anexo 3. Lista de chequeo Ajustada. Indicador DARUMA 126, 127 y 128</p>
<p>Consolidar a través de software los eventos adversos institucionales</p>	<p>Gestión de eventos adversos</p>	<p>100%</p>	<p>Se cuenta con el FO 2397 para eventos adversos y el FO 2398 para incidentes para la consolidación de reportes de seguridad del paciente, él se socializa a líderes de proceso cada trimestre. Evidencia: Anexo 4. Eventos Adversos</p>

<p>Medir la efectividad de las acciones producto de análisis de eventos adversas</p>	<p>Tendencias de los eventos adversos</p>	<p>100%</p>	<p>En el último trimestre se observa que el indicador cumple la propuesta, muestra una tendencia positiva al analizar las causas de este comportamiento se resaltan lo siguiente: continua prevaleciendo la notificación de sucesos en seguridad del paciente de las diferentes fuentes de captura y métodos de contingencia en el cambio al sistema nuevo, así como su análisis interdisciplinario las actividades para mejorar sus resultados son: la búsqueda de sucesos en seguridad del paciente en rondas definidas por los diferentes programas de vigilancia, la socialización de guías prácticas seguras 0,07</p> <p>Evidencia: Indicador DARUMA, Índice de eventos adversos 573.</p>
<p>Conformación de grupo de PROA</p>	<p>Grupo PROA</p>	<p>100%</p>	<p>se continua con profesionales como: profesional en infectología, médico epidemiólogo coordinador PROA</p> <p>Acto administrativo PROA Resolución 0624 del 2025, Por medio de la cual se adopta los lineamientos técnicos de la resolución No 2471 del 2022, para el programa de optimización de antimicrobianos-PROA.</p> <p>Evidencia: Anexo 5. Resolución 0624 del 2025</p>
<p>Implementación de estrategias que promuevan el uso racional de antibióticos</p>	<p>tendencia de usos de antibióticos</p>	<p>100%</p>	<p><i>Se llevaron a cabo las sesiones ordinarias del comité PROA, siendo la última realizada el 10 de diciembre del 2025. en la cual se especifica el consumo de antibióticos en dosis diarias definidas por 100 camas día en hospitalización y UCI adultos.</i></p> <p>Evidencia: Anexo 6. Actas de Comité PROA.</p>

Fortalecer la adherencia a los protocolos de aislamiento por parte del médico tratante	Indicador de adherencia a aislamiento	86%	El porcentaje de cumplimiento a las medidas de aislamiento y usos correcto de EPP fue del 86%, un porcentaje que se encuentra por debajo de la meta establecida del 90%. A través de las rondas de seguridad se identificaron acciones de incumplimiento de lo establecido en el protocolo para evitar la propagación de microorganismos que puedan conducir a una IAAS y/o brote hospitalario. Estas omisiones estuvieron relacionadas con los usos incorrectos de EPP, higiene de manos, reporte en SIHOS (alertas), puerta abierta del cuarto de aislamiento. Por ello a partir del mes de noviembre se inició con el proceso de socialización del protocolo de Precauciones Especiales y Estándar el cual fue actualizado.
Establecer estrategias para fortalecer la auditoria de calidad, mediante la vinculación de médicos auditores.	contrato	100%	Durante la vigencia se contrata medico como apoyo a Gestión clínica quien cumple funciones de auditoría clínica, con el fin de garantizar adherencia a protocolos, como Asesor gestión Clínica.
Contratación / vinculación de un profesional que garantice la implementación y seguimiento del plan de enfermería.	contrato	100%	Se cuenta con la contratación de la enfermera jefe quien lidera el programa de enfermería a nivel institucional Evidencia: Anexo 7. Resolución de Nombramiento

<p>Avanzar en la implementación de planes de cuidados de enfermería</p>	<p>Adherencia a planes de cuidados de enfermería</p>	<p>96%</p>	<p>Para el indicador de adherencia a guía de práctica clínica uso racional de antibióticos en el cuarto trimestre de 2025 Se audito un total de 45 historias clínicas de las cuales 43 historias clínicas cumplen los criterios establecidos obteniéndose un porcentaje de cumplimiento del 95%. El indicador se encuentra cumpliendo las metas establecidas presentando una tendencia ascendente en relación a los trimestres anteriores. Sin embargo, se evidencian los siguientes hallazgos:1). No se justifica la suspensión de antibióticos, Se rotan antibióticos, pero no se realiza la justificación en los registros de la historia clínica, por lo tanto, se continuará retroalimentando los hallazgos al personal médico.</p> <p>Evidencia: Indicador No 427adherencia a guía de práctica clínica uso racional de antibióticos DARUMA</p>
<p>Definir e Incluir las coordinaciones médicas en la implementación del gobierno clínico.</p>	<p>Grupo de gobierno clínico establecido bajo acto administrativo</p>	<p>50%</p>	<p>Se define la asignación de coordinadores de cada especialidad para avanzar en su implementación.</p> <p>Evidencia: Anexo 8. Programa de Gobierno Clínico</p>
<p>Proponer estrategias de promoción y mantenimiento de la salud desde el alto nivel de complejidad como medida de articulación con hospitales de primer nivel y EPS, garantizando la calidad de los servicios.</p>	<p>Hospitales de primer nivel y EPS incluidos en la red</p>	<p>0%</p>	

Implementar y realizar el seguimiento a las rutas integrales en salud pública	Rutas integrales evaluadas	100%	<p>Se implementa desde Salud Pública las RIAS las cuales se hace seguimiento de Indicadores cumpliendo con un promedio de rutas</p> <p>Indicadores en DARUMA, se identifican 5 Rutas como son: Salud Mental y violencia (reporte hasta junio), Cardiovascular, Cáncer, violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil (no se visualiza informe), Interrupción Voluntaria de embarazo.</p> <p>Evidencia: Anexo 9. Rutas e Indicadores 552,553,575 y 426 registrados en DARUMA</p>
Implementar estrategias para garantizar tamizaje y valoración nutricional en los pacientes hospitalizados de acuerdo a las patologías definidas	Proporción de paciente con valoración nutricional	80%	Todos los pacientes de UCI, UCIN son valorados por nutrición, los demás servicios dependen del tamizaje que realiza enfermería.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

La Gestión Clínica en el hospital constituye un eje fundamental para el cumplimiento de los objetivos institucionales, al articular la atención centrada en el paciente con el uso eficiente, transparente y responsable de los recursos disponibles. Desde la perspectiva del Control Interno, la gestión clínica, debe orientarse al fortalecimiento de los procesos asistenciales, garantizando calidad, seguridad del paciente, oportunidad en la atención y cumplimiento de la normatividad vigente.

El cumplimiento de los 15 indicadores de este proceso para la vigencia 2025 según lo reportado por la oficina de Planeación es del 85.33%, porcentaje de cumplimiento aceptable.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene definido como objetivo para este proceso el siguiente: “Mejorar los procesos de atención a través de la estandarización, implementación y notificación de adherencia a guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, de auditoría concurrente, de calidad de historia clínica, de identificación y gestión de eventos adversos y eventos de interés en salud pública, enfocados en garantizar a nuestros usuarios una atención segura”.

Los indicadores establecidos en el proceso si están dirigidos a cumplir con el objetivo institucional y del proceso.



6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Gestión Clínica y se encuentran asociados al proceso “Gestión Clínica” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de incurrir en pérdida económica y reputacional por daño, lesión o muerte por incumplimiento a la meta nominal de adherencia a GPC debido al desconocimiento del personal médico de las guías de práctica clínica	Desconocimiento de las guías de práctica clínica. daño lesión o muerte por baja adherencia a GPC	Disponer de guías de práctica clínica adoptadas del ministerio de salud y protección social de Colombia. Realizar la socialización de las guías de práctica clínica. Realizar la implementación de las guías de práctica clínica. Medición de la adherencia a las guías de práctica clínica.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de incurrir en pérdidas económicas y reputacionales por falta de comprensión del consentimiento informado por parte del usuario, debido a la inadecuada información al momento del diligenciamiento.	Inadecuada información al momento del diligenciamiento. daño lesión o muerte por falta de comprensión del consentimiento informado por parte del usuario.	Disponer de protocolo de consentimiento informado. Verificar que el consentimiento informado sea diligenciado antes de realizar el procedimiento. Verificar que el paciente haya entendido el procedimiento que se va a realizar.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.


Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de incurrir en pérdidas económicas y reputacionales por daño lesión o muerte por incumplimiento a la meta nominal de cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica debido al no registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, actos médicos, ni procedimientos, generado por una historia clínica incompleta.	Por una historia clínica incompleta. Daño lesión o muerte por inadecuado diligenciamiento de la historia clínica debido al no registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, actos médicos, ni procedimientos	Disponer de historia clínica sistematizada. Disponer de un formato de evaluación de historias clínicas FO 0912 Realizar auditoria de concurrencia en los diferentes servicios. Medir la adherencia al diligenciamiento de historia clínica de manera trimestral. Retroalimentar al personal médico los hallazgos encontrados en la auditoria	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Revisar, actualizar y socializar periódicamente los protocolos, guías y procedimientos del proceso, garantizando su alineación con la normatividad vigente y su aplicación homogénea en todas las dependencias evaluadas.
- ✓ Fortalecer el monitoreo sistemático de los indicadores de desempeño clínico, asegurando su análisis oportuno, la formulación de planes de mejora y la trazabilidad de las acciones correctivas implementadas.
- ✓ Actualizar la identificación, análisis y valoración de los riesgos asociados al proceso, así como implementar controles efectivos que mitiguen la ocurrencia de eventos adversos y garanticen la seguridad del paciente.
- ✓ Reforzar los controles sobre la calidad, oportunidad y completitud de los registros clínicos, garantizando su correcta custodia y confidencialidad, conforme a la normatividad aplicable.
- ✓ Mejorar los canales de comunicación y coordinación entre las áreas asistenciales y administrativas, con el fin de asegurar la coherencia en la ejecución del proceso y la adecuada toma de decisiones.
- ✓ Desarrollar jornadas de capacitación dirigidas al personal asistencial y administrativo, enfocadas en el cumplimiento de los procedimientos, la gestión del riesgo clínico y la mejora continua de la calidad de la atención.
- ✓ Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento derivados de auditorías y evaluaciones previas, verificando su cumplimiento, efectividad y cierre oportuno.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026

2. Dependencia a evaluar: **Gerencia de la Información**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Modernización del sistema de información hospitalario del Hospital Civil de IpiALES E.S.E.
- Fortalecimiento del sistema de información para la interoperabilidad de la historia clínica digital.

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Elaborar planes de mejoramiento a los hallazgos identificados de la auditoria de acreditación	Eficacia de los planes de mejoramiento relacionados con autoevaluación	84%	<p>Se ha avanzado en las siguientes oportunidades de mejora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización del plan de Gerencia de la Información, con un enfoque estratégico. 2. Se realizó la implementación del software SEVENET para el manejo de comunicaciones internas. 3. Se ha implementado controles de seguridad físicos y lógicos para proteger los Sistemas de Información. 4. Se ha realizado la evaluación del impacto del nuevo sistema de información en los procesos administrativos y asistenciales. 5. Ejecución del plan de contingencia para la migración del software hospitalario y administrativo. 6. No se realizaron avances significativos en la implementación de IA y machine learning (por el proceso de cambio de sistema). <p>Evidencia: Anexo 1. Plan de Gerencia de la Información</p> <p><i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 7. Gerencia de la Información.</i></p>

<p>Aplicar el Ciclo PHVA en el análisis de indicadores de producción y eficiencia técnica científica permitirá mejorar la gestión hospitalaria, optimizar recursos y garantizar una atención de calidad.</p>	<p>Cumplimiento de metas de los indicadores</p>	<p>95%</p>	<p>Informes de Análisis realizados en los comités de estadísticas e informes de producción. Los tres indicadores principales cumplen la meta planteada Giro cama 7,2 MN: 7 % Ocupacional 89,2, MN 85 Promedio días estancia general 4 MN 3,5.</p> <p>Evidencia: Indicadores 82,84 y 87 registrados en DARUMA</p>
<p>Capacitar al personal de salud en el correcto registro de eventos epidemiológicos y el uso de sistemas de información. Identificar y priorizar los indicadores críticos según la morbilidad y mortalidad institucional. Realizar estudios de tendencias y comparaciones interanuales para detectar patrones epidemiológicos utilizando metodologías estadísticas y de inteligencia artificial para predecir posibles brotes o aumentos de enfermedades prevalentes.</p>	<p>Cumplimiento de actividad</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizaron Informes estadísticos con indicadores críticos según la morbilidad y mortalidad institucional, con tendencias y comparaciones interanuales. Se realizó el reporte, tabulación de acuerdo a la guía CIE-10 e informes de manera trimestral el cual se socializa en el comité de estadística y Gestión clínica, se han realizado informes (morbilidad, mortalidad, natalidad de manera trimestral y mensual).</p> <p>Evidencia: Anexo 2. Actas de Chomite de Estadísticas Vitales.</p>
<p>Fortalecer el análisis de datos para la toma de decisiones</p>	<p>Cumplimiento de actividades</p>	<p>100%</p>	<p>Se implementó el lenguaje DAX de Power Bi, para el análisis de datos para la toma de decisiones.</p> <p>Se ha avanzado en temas del uso de PYTHON aplicada a la analítica de datos.</p> <p>Evidencia: Base de datos de SIHOS y SIO, esto ayuda al análisis y visualización en la herramienta Power Bi</p>



Implementar el módulo de gestión de documentos internos	Número de documentos físicos digitalizados en la herramienta SEVENET	90%	Se realizó la implementación y la asignación de 40 usuarios a procesos y subprocesos y se realizó la capacitación por parte del proveedor LEXCO SA. Evidencia: http://172.16.32.135/docusevenet/inicio/index.php .
Diagnóstico y análisis de necesidades actuales. Definición de alternativas y selección de la más viable.	Alternativa seleccionada para agrupación diagnóstica.	50%	Se elaboró el plan de acción para la selección de la alternativa para la implementación de la metodología AD. Para la adquisición del software, se necesita recursos financieros la cual queda pendiente hasta que se asigne presupuesto y fuente
Estrategias para fortalecer la comunicación interna, comunicación externa y estrategia multicanal	Efectividad del plan de comunicaciones	100%	Desde comunicaciones se ha fortalecido el plan de comunicaciones donde se define objetivos, canales y acciones de la institución. Además, se cuenta con el portafolio de servicios, el cual se mantiene activo en la página web de la institución. Evidencia: Anexo 3. Plan de Comunicaciones.
Actualización de las Tablas de Retención Documental del Hospital Civil de Ipiales ESE, según la metodología emanada del acuerdo 0004 de 2019 del AGN	Actualización de las TRD para su aprobación / Elaboración de pasos metodológicos para actualización	77%	Se avanzó con las encuestas documentales de los 13 procesos, quedando pendiente 4, y se han actualizado las tablas de retención Pendiente: Socializar ante el comité de Gestión y desempeño para la aprobación interna de las TRD, resolución y luego concejo departamental de archivo. Evidencia: Tabla de Retención documental TA 0078, 0079,0080,0081, 0082, 0083 y 0084. DARUMA. Anexo 4. F0 2766- Encuesta.

<p>Definir plan de trabajo a cada uno de los planes de la 612 liderados por Gestión Documental.</p>	<p>Realización de los planes del Decreto 612 / Realización de actividades puntuales de cada plan</p>	<p>90%</p>	<p>Se realizó medición de los formatos establecidos en el sistema integrado de conservación y preservación documental.</p> <p>En diciembre se terminó el reporte de medición de los planes de medición y conservación, continua</p> <p>Quedó pendiente la socialización de TRD</p> <p>Evidencia: Anexo 5. Sistema integrado de conservación y preservación documental Anexo 6. PINAR</p>
<p>Implementar el módulo de correspondencia en el software de Sevenet</p>	<p>Porcentaje de adherencia al manejo del módulo de correspondencia del software de administración documental Sevenet</p>	<p>90%</p>	<p>Se realizó la Migración de la información de archivo del software 4.7 al SEVENET 5.0</p> <p>Se instaló el Software de SEVENET a los 40 usuarios de Procesos y subprocesos.</p> <p>Se brindó una Capacitación a administradores y usuarios.</p> <p>Evidencias: Software. Usuarios y contraseñas. Dirección IP</p>
<p>Revisar el plan de trabajo de la política de seguridad Digital de MIPG, que permita cumplir con el índice de FURAG.</p>	<p>Nivel de Cumplimiento del Plan de Trabajo de la Política de Seguridad Digital (MIPG)</p>	<p>100%</p>	<p>Se reestructuró la política de seguridad digital de acuerdo a los lineamientos del MINTIC e ISO 27001.</p> <p>Se venían trabajando con 3 actividades relacionadas con la seguridad digital con un cumplimiento del 100%, las cuales se deben modificar de acuerdo a la nueva política institucional. Actividades como: Asignación de roles y controles a usuarios de los sistemas de información, Controles a los accesos de historias clínicas físicas, uso efectivo de los equipos de cómputo y adherencia a los planes de contingencia.</p> <p>Evidencia: Anexo 7. Política de seguridad digital</p>



Revisar el plan de trabajo de la política de gobierno Digital de MIPG, que permita cumplir con el índice de FURAG.	Nivel de Cumplimiento del Plan de Trabajo de la Política de Gobierno Digital (MIPG)	100%	Desde la política de Gerencia de la información se plantearon 4 actividades principales que se describen a continuación: Calidad de la información a partir de las necesidades identificadas, historia clínica y ley de archivo, uso adecuado de la tics, transparencia y acceso a la información. Evidencia: Anexo 8. FO-138-Seguimiento a la política
Estructurar proyecto para la implementación del Sistema de Información Hospitalario	Estructuración de proyecto para presentación	100%	Se logro la implementación efectiva del proyecto de cambio de sistema de información hospitalaria y administrativa SIO. Evidencia: Anexo 9. Implementación SIO y Contrato No. CDA-2420-A, publicado en SECOP II
Estructurar proyecto para la implementación de la interoperabilidad de la historia clínica digital	Estructuración de proyecto para presentación	60%	Se asistió a las capacitaciones programadas por parte del MINSALUD, en la interoperatividad de la Historia Clínica. El proveedor tecnológico SIO se encuentra en fase de desarrollo de este módulo. Evidencia: Anexo 10. Interoperatividad SIO
Estructurar proyectos para la implementación del plan de inversiones en relación a proyectos de equipos biomédicos, industriales, de cómputo y comunicaciones.	Estructuración de proyecto para presentación	75%	Equipos de cómputo decepcionados e instalados en los servicios de la institución. Se adquirió 112 equipos computo, 53 impresoras y 4 switech de comunicaciones
Ejecutar las estrategias para la implementación de nuevas tecnologías tendientes a mejorar la oportunidad en la atención y satisfacción de los usuarios	Porcentaje de cumplimiento de las estrategias planteadas	80%	Call center para asignación de citas, consulta de resultados de laboratorio clínico vía internet, PQRS, manilla electrónica de identificación de usuarios, implementación de códigos QR para publicación de información Evidencia: Anexo 11. Contrato Call Center CD 1874. Anexo 12. Nuevas tecnologías
Ejecutar las actividades que permitan el desarrollo del sistema de Circuito Cerrado de TV	Circuito cerrado de TV implementado	40%	Se encuentra en proceso de mantenimiento para su renovación

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Según Acuerdo No. 20 de 2016 Manual de Funciones y Competencias Laborales este proceso se denomina “Gestión de Recursos de Información” y tiene como objetivo: “Desarrollar y supervisar las actividades relacionadas con información clínica y administrativa generada en los procesos, garantizando información oportuna veraz y segura, que apoyen el mejoramiento de la gestión y la toma de decisiones técnicas y administrativas”.

Para la vigencia 2025 se establecieron 17 indicadores con un cumplimiento del 84.18%, porcentaje aceptable, se exhorta al proceso a mejorar en la vigencia 2026, sabemos del grado de compromiso y sentido de pertenencia de sus trabajadores para con el proceso y la Institución.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Gerencia de la Información y se encuentran asociados al proceso “Gerencia de la información” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por acceso indebido, uso indebido o daño de información contenida en los activos de la información	<p>Falta de implementación de controles administrativos, físicos y técnicos sobre los activos de la información..</p> <p>Pérdida de información contenida o soportada en activos de la información.</p>	<p>1. El control administrativo de creación de usuarios del sistema de información SIO se realiza mediante solicitud con oficio desde talento humano y las bajas del sistema se realizan mediante el FO-1368 Formato de Paz y Salvo para la Terminación y Liquidación de Contrato Prestación de Servicios. Se realiza una revisión trimestral de los usuarios que no tengan actividad en el sistema de información.</p> <p>2. Controles técnicos para las copias de seguridad diarias y mensuales de los sistemas de información críticos de la institución FO-0469 Manejo de copias de seguridad.</p> <p>3. Controles físicos sobre los activos de la información en los lugares de acceso a los servidores y equipos de comunicaciones en los cuartos de comunicación.</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por pérdida de la continuidad del negocio debido a la no disponibilidad de los procesos de consulta, registros y procesamiento de información clínica y administrativa	Falta de implementación de controles físicos y técnicos al hardware crítico de la institución. Daño en hardware crítico de la institución	1. Controles administrativos con la planeación de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cómputo y comunicaciones FO-1254. Plan de contingencia ante caída de los sistemas de información IN- 0126. 2. Controles físicos aplicados a el hardware crítico de la institución mediante el registro de actividades y cambios realizados con los mantenimientos correctivos y la asignación del responsable del equipo de cómputo FO-1256- Hoja de vida equipos de cómputo. 3. Controles técnicos aplicados a hardware crítico mediante la restricción de accesos a cuentas de administradores, instalación de antivirus y software de limpieza.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por toma decisiones estratégicas erradas debido a informes de productividad con inconsistencias.	Sistemas ineficientes y baja calidad de los datos registrados. Reporte incorrecto de información de indicadores de gestión y producción	Verificación del FO 0102 Censo Diario y demás informes reportados de los diferentes procesos. Revisión de informes de productividad y de indicadores en Daruma, por parte de la Dirección.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida reputacional por expedición de certificados de defunción y nacidos vivos con errores debido al diligenciamiento de información incorrecta en RUAF por parte del personal médico certificador	Mal diligenciamiento del certificado en RUAF por parte de personal médico certificador Expedición de certificados de nacidos vivos y de defunción con errores de diligenciamiento	Verificación diaria de certificados de defunción y nacidos vivos sobre correcto diligenciamiento	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida reputacional por publicación de información inconsistente a través de medios institucionales debido a falta de verificación antes de la publicación	Falta de adherencia al plan de comunicaciones. Dificultades en la agilidad de la distribución de la comunicación interna.	Plan de comunicaciones a nivel interno y externo aprobado, revisión y aprobación de contenidos a publicar por la oficina de planeación, publicaciones únicamente por personal autorizado por la institución.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por pérdida de historia clínica física y expedientes administrativos debido a manejo inadecuado de procedimientos archivísticos	manejo inadecuado de procedimientos archivísticos. Pérdida de historia clínica física	El control se realiza mediante el FO-0390 control de salidas de Historias clínicas y FO-2345 formatos para solicitar el prestamos de Historias clínicas, los colaboradores o funcionarios diligencian los formatos con sus respectivas firmas. Sirven de fuente para medir los indicadores de los expedientes administrativos y historias clínicas.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por acceso indebido a historia clínica física debido a falta de controles en acceso a información de historia clínica	Debido a falta de controles en acceso a información de historia clínica. Acceso indebido a la historia clínica física.	Cláusulas de confidencialidad de la información clínica y administrativa en los contratos del personal.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por falta de control en los procesos del Sistema Integrado de Conservación documental debido a incumplimiento de las normas de archivístico	Debido a incendio, inundaciones Destrucción de la información contenida en archivo central, histórico, acumulado, historias clínicas	Mediante el manejo del MP-0418 Sistema Integrado de conservación para los documentos físicos y la preservación a largo plazo de los documentos electrónicos (FO-0290 control de medición de temperatura y humedad)	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Definir, documentar y socializar roles y responsabilidades relacionadas con la gestión de la información, asegurando una adecuada articulación entre las dependencias generadoras y administradoras de datos.
- ✓ Revisar, actualizar y formalizar los procedimientos asociados a la captura, validación, almacenamiento, procesamiento y divulgación de la información, garantizando su alineación con la normatividad vigente y sus políticas institucionales.
- ✓ Imprimir controles que permitan verificar la consistencia, oportunidad, completitud y veracidad de la información generada por las dependencias, minimizando reprocesos y riesgos asociados a la toma de decisiones.
- ✓ Reforzar las medidas de seguridad de la información, tanto en medios físicos como digitales, asegurando el cumplimiento de la normatividad sobre protección de datos personales y acceso controlado a la información sensible.
- ✓ Evaluar la integridad de los sistemas de información existentes, con el fin de evitar duplicidad de datos, mejorar la trazabilidad de la información y facilitar el acceso oportuno para los usuarios autorizados.
- ✓ Realizar seguimiento periódico a las acciones de mejora definidas a partir de evaluaciones, auditorías y autoevaluaciones previas, verificando su implementación efectiva y cierre oportuno.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026		2. Dependencia a evaluar: Gerencia del Talento Humano.	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: <ul style="list-style-type: none"> Formalizar el Talento Humano del Hospital Civil de Ipiales. 			
4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Conocer las necesidades para el Plan institucional de capacitación de Junta directiva	PIC junta directiva	40%	Se identificó 4 temas o necesidades para capacitar: 1: Plataforma estratégica 2: Humanización 3: Contratación y adquisición 4: Ejes de Acreditación. Se continua en el 40%, y se reprograma para el 2026 presentar la estrategia para capacitación a integrantes de Junta Directiva.
Establecer el Plan institucional de capacitación de Junta directiva	Revisión plan de capacitaciones Junta Directiva	30%	Se cuenta con el Plan de Capacitaciones y con su respectivo cronograma, pero aun no se ha implementado Evidencia: Anexo 1. Cronograma PIC. Anexo 2. FO 1800 <i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 8Gerencia talento Humano.</i>



Evaluar el Plan institucional de capacitación de Junta directiva	Evaluación PIC Junta directiva	0%	Se ha diseñado la metodología la cual se encuentra pendiente por ejecutar a los integrantes de la Junta Directiva
Revisar PIC	Estrategias implementadas para fortalecer el PIC	93%	Se programó realizar 44 temas de los cuales se han realizado 41, para los distintos procesos como capacitaciones, socializaciones y un diplomado en NTC 7001 2023. Evidencia: Anexo 3. Registro de capacitaciones
Establecer certificado de idoneidad	Cumplimiento Tu hoja de vida Digital	100%	Desde la Gestiona del Talento Humano, se realiza el Certificado de idoneidad como requisito de contratación, una vez se revisa la documentación del personal que realiza en el cargue de la documentación en TU HOJA DE VIDA DIGITAL Evidencia: http://172.16.32.30:4200/login
Realizar las acciones pertinentes para mejorar la evaluación de la política de GETH y de Integridad	Cumplimiento Plan de trabajo MIPG	50%	Durante la vigencia 2025, se ha realizado el nombramiento de 15 funcionarios públicos, se cuenta con las respectivas resoluciones de nombramiento y actas de posesión. (historias laborales) Evidencia: Anexo 4. Ejemplo de Nombramientos
Cumplimiento del Plan de trabajo de la política de GETH	Cumplimiento del Plan de Trabajo GETH	50%	
Incrementar el puntaje de reporte de FURAG de la política de GETH	Indice Furag GETH	50%	
Cumplimiento del Plan de trabajo de la política de Integridad	Cumplimiento del Plan de Trabajo Política de Integridad	96%	Se actualiza la Política de Integridad y junto con ello el plan de acción, esta se divulga en los diferentes espacios, y de igual forma se socializa del código de integridad. Evidencia: Documento MN-2766 DARUMA



Propuesta programa docencia e investigación	Programa docencia e investigación	30%	<p>Es necesario cumplir con la Resolución 3409 de 2012, Por la cual se define la documentación para efectos del reconocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como “Hospitales Universitarios”, para ello el Hospital Civil de Ipiales, cumpliría con dos requisitos de los 5 exigidos, como es: Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.</p> <p>Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.</p>
Capacitación Humanización	Escuela de lideres	100%	<p>Se capacito a todo el personal y es requisito fundamental aportar la inducción en el tema de Humanización.</p> <p>Evidencia: Anexo 5. Listado de Asistencia de humanización</p>
Revisión ofertas cargas laborales	Propuestas cargas laborales	0%	<p>No se ha avanzado y se reprogramó para el próximo año, por dificultades económicas.</p>
Revisión estructura reglamento interno	Reglamento interno	0%	<p>No se cuenta con el documento de reglamento interno</p>
Realizar mesas de trabajo con la Comisión Nacional del Servicio Civil CNSC	Apropiación presupuestal para concurso CNSC	100%	<p>Se realizaron las mesas de trabajo con CNSC, y se dejó apropiado presupuestal mental el 30% (166 millones) del valor total de la realización del concurso de méritos.</p> <p>Evidencia: Anexo 6. Mesa de Trabajo con CNSC</p>
Revisar y analizar la suficiencia de personal y sus costos económicos	Matriz de suficiencia de personal	100%	<p>Se cuenta con matriz de análisis de suficiencia de personal, de igual manera se han realizado nombramientos</p> <p>Evidencia: Anexo 7. Documento Capacidad Instalada</p>
Avanzar en la estructura del Manual de Funciones y competencias del Hospital Civil de Ipiales	Informe de evaluación	0%	<p>No se cuenta con el manual de funciones actualizado, se priorizará en el año 2026.</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Garantizar que el recurso humano que labora en la institución cumpla con las competencias basadas en educación, experiencia, formación y habilidades”.

Así mismo, el Profesional Universitario de Recursos Humanos tiene 11 funciones esenciales dentro del manual de funciones, una de ellas es: “Coordinar junto con administración, la realización de estudios sobre estructura, planta de personal de acuerdo a los requisitos y necesidades de la entidad, plan de vacaciones y **mantener actualizado el manual de Funciones**”.

A pesar de tener esta función esencial, el Manual de Funciones y Competencias Laborales no se actualiza desde el año 2016, es más, hay una exigencia establecida en el **ARTÍCULO 2.2.21.8.7.** del Decreto 989 de 2020 “**Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales.** Las entidades de que trata el presente capítulo deberán actualizar su Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales con las competencias y requisitos establecidos en el presente Decreto para el empleo de jefe de oficina, asesor, coordinador o auditor de control interno o quien haga sus veces, dentro de los treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de publicación del presente decreto”. Esta modificación a la fecha no se ha realizado.

El proceso en la vigencia 2025 estableció 16 indicadores con un cumplimiento consolidado de 52.44%, porcentaje no satisfactorio y denota las deficiencias del proceso como se ha hecho saber al líder del proceso y a la alta dirección con las auditorías de la oficina de control interno.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de “Gestión de Recursos Humanos” y se encuentran asociados al proceso “Gestión de Recursos Humanos” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Los riesgos identificados por el proceso, presentan una gestión adecuada sin embargo, las quejas sobre trato digno no han mejorado y es una constante en la Institución, en este sentido se debe cambiar o mejorar el control existente y establecer responsables. Teniendo en cuenta una auditoría al proceso de Recursos humanos por la oficina de control interno se debería incluir al menos cuatro riesgos más al proceso de recursos humanos que están afectando negativamente el subproceso y es necesario su control y gestión.

- Posibilidad de criterios de evaluación subjetivos o no estandarizados.
- Posibilidad de pruebas mal diseñadas o sin validez.
- Posibilidad de influencia externa en decisiones de selección.
- Posibilidad de nombramientos sin cumplir con el perfil o experiencia

Es importante que en el proceso de recursos humanos se identifique, evalúe y gestione adecuadamente los riesgos a través de la implementación de controles internos efectivos y eficaces, aplicación de la política de gestión de riesgos y monitoreo continuo de sus procesos, planes, políticas, manuales.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de falsificación de documentos que soportan la hoja de vida debido a falta de verificación de la autenticidad de títulos profesionales o técnicos.	Falta de verificación de la autenticidad de títulos profesionales o técnicos. Falsificación de documentos que soportan la hoja de vida.	Se cuenta con un sistema de tu hoja de vida digital que todo el personal debe cargar los soportes correspondientes, y se ha asignado desde secretaria de talento humano para hacer su respectiva validación.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de pérdida de documentos de historias laborales debido a inadecuada custodia.	Inadecuada custodia de historias laborales. Pérdida de documentos de historias laborales	El encargado de la nómina de talento humano, supervisa la revisión in sitio de los expedientes de historias laborales, no se permite la extracción del mismo.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de cierre de servicios por falta de requisitos de habilitación a No cumplimiento de los requisitos de la hoja de vida conforme a la resolución 3100 de 2019	No cumplimiento de los requisitos de la hoja de vida conforme a la resolución 3100 de 2019. Cierre de servicios por falta de requisitos de habilitación.	Previo a la contratación, se debe revisar el certificado de idoneidad sin ese no se procede a contratar.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de solicitud de cálculo actuarial de pensiones debido a indebida liquidación de los aportes al sistema general de seguridad social en pensiones.	Indebida liquidación de los aportes al sistema general de seguridad social en pensiones. Solicitud de cálculo actuarial de pensiones	Actualmente se cuenta con el modulo de nomina en el nuevo sistema hospitalario, que es programado bajo la normatividad vigente parametrizado.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Promover una cultura abierta de comunicación donde los trabajadores se sientan cómodos expresando sus inquietudes y sugerencias.
- ✓ Implementar programas de reconocimiento que celebren los logros y el desempeño excepcional de los trabajadores, fomentando un sentido de pertenencia y motivación.
- ✓ Ofrecer programas de bienestar que aborden la salud física y mental de los trabajadores
- ✓ Es prioritario la actualización del Manual de Funciones y de Competencias Laborales del HCI.
- ✓ Planta de personal existente debe estar conforme a los requisitos y necesidades de la entidad.
- ✓ Fortalecer el plan de capacitación del personal.
- ✓ Propender porque todo el personal del HCI se apropie del Código de Integridad.
- ✓ Elaborar el reglamento Interno de trabajo del HCI.
- ✓ Renegociar la convención colectiva de trabajo en el cual todo su articulado este conforme a la ley.
- ✓ Establecer un proceso de reclutamiento y selección de personal más riguroso, implantar pruebas y evaluaciones más exhaustivas para asegurar que los candidatos seleccionados cumplan con los requisitos y competencias necesarias para desempeñar su trabajo.
- ✓ Terminar con la mala práctica de hacer contratos trimestrales o semestrales para el personal de OPS, la contratación debería ser anual.
- ✓ Hacer cumplir que ningún trabajador de OPS debe percibir ingresos inferiores al SMMLV.
- ✓ En Riesgos se debería identificar el Riesgo “probabilidad del contrato Realidad” para establecer controles que prevengan la materialización del riesgo, estas demandas están causando daño financiero a la Entidad.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



Introduce el texto a

1. Fecha: 19-01-2026		2. Dependencia a evaluar: Cuidado Crítico	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: <ul style="list-style-type: none"> Alcanzar una articulación en la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutivez de la capacidad instalada del Hospital Civil de IpiALES E.S.E. Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización 			
4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Revisión, análisis y socialización de indicadores de producción y eficiencia técnica científica	Cumplimiento de metas de los indicadores	90%	Se analiza en conjunto con área de estadística. Se cumple con la socialización algunos indicadores durante la vigencia 2025 8 indicadores se reportan con cumplimiento es decir el 90% y dos de ellos no cumplen con la meta es decir el 10%.
Revisión, análisis y socialización de perfil epidemiológico institucional e indicadores relacionados	Cumplimiento de actividad	100%	Se analiza en conjunto con área de estadística. Se cumple con la socialización algunos indicadores durante la vigencia 2025. Evidencia: Anexo 1. Actas de Reuniones. <i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 9Cuidado Crítico.</i>

Fortalecer el desempeño del proceso mediante la formación continua del personal, asegurando actualización en prácticas y tecnologías médicas que permita el cumplimiento y satisfacción de necesidades.	Porcentaje de personal capacitado en prácticas y tecnologías médicas	90%	El personal de cuidado crítico está en constante capacitaciones tanto del PAE y PIC. Se incentiva a personal que aún tiene especialización iniciar formación en cuidado crítico. Evidencia: Anexo 2. Listados de asistencia.
Garantizar la asignación de recursos, en equipos biomédicos, suministros, infraestructura y talento humano para maximizar la capacidad de atención y mejorar la calidad de atención.	Cumplimiento de la suficiencia de recursos e infraestructura necesarios para la prestación de servicios	85%	Se entregó a UCI un monitor no invasivo y en UCIN se renueva tecnología de percusores. Sin embargo, aún faltan algunos equipos biomédicos, suministros e infraestructura, como asignación de ventiladores mecánicos y electrocardiógrafo en UCIN y monitoreo Hemodinámico no invasivo en las áreas de cuidado crítico. Evidencia: Anexo 3. Plan de necesidades.
Formular estrategias que permitan mayor resolutive por parte del proceso de Cuidado Crítico y sea acogido como centro de referencia por parte de las EAPBS	Porcentaje de pacientes remitidos a la institución para las áreas de cuidado crítico	70%	Se identifica pacientes remitidos a otras instituciones. Se socializa a comité de gestión y desempeño, gestión clínica, y subgerencia científica. Evidencia ver Anexo 2. Actas de Reuniones
Evaluación y diagnóstico para determinar las especialidades de interconsulta más recurrentes o prioritarias	Cumplimiento de las actividades propuestas	50%	Se tienen identificadas las necesidades de las especialidades prioritarias para cuidado crítico, además se envió oficio a Subgerencia de servicios la solicitud de implementación de servicios de telemedicina. Evidencia: Anexo 4. Oficio radicado.
Realización de diagnóstico de necesidades para determinar los requerimientos tecnológicos, recursos y talento humano para llevar a cabo el programa de telemedicina para las unidades críticas			
Establecer acuerdos con hospitales de referencia o especialistas externos para ejecución del programa de telemedicina			
Capacitación y sensibilización al personal médico y de enfermería en lo relacionado al programa de telemedicina			

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar una atención integral al usuario críticamente enfermo acorde al Plan de Manejo individual una vez se ha definido la hospitalización en cuidado intensivo o intermedio neonatal o adulto, garantizando un trato humanizado con oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, suficiencia, accesibilidad, apoyados en la competencia del talento humano y en la modernización tecnológica”.

Para este proceso se definieron seis indicadores para la vigencia 2025 con un cumplimiento del 80.83% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento aceptable, se exhorta al proceso para la vigencia 2026 establecer indicadores que evalúen su gestión del proceso, igualmente, para un proceso tan sensible en el hospital establecer más indicadores.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de cuidado crítico y se encuentran asociados al proceso “Cuidado Crítico” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida Reputacional por no detección oportuna de cardiopatías congénitas y posibles complicaciones de los neonatos que las padezcan debido a no disponibilidad diaria de cardiólogo pediatra	No disponibilidad de cardiólogo pediatra de manera permanente en la instrucción. No detección oportuna de cardiopatías congénitas y sus complicaciones.	Asignación y disponibilidad del cardiólogo pediatra para valoración de manera permanente. Supervisión de cumplimiento de agendas de cardiólogo pediatra. Reporte de incidentes presentadas por la no detección oportuna de cardiopatías.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por Error en la administración de medicamentos (dosis incorrecta, omisión de dosis, interacciones peligrosas), debido a errores humanos, fallas en los procesos y problemas tecnológicos u organizacionales	Combinación de errores humanos, fallas en los procesos y problemas tecnológicos u organizacionales. Error en la administración de medicamentos (dosis incorrecta, omisión de dosis, interacciones peligrosas)	1. Cultura del reporte de incidentes, generados durante la administración de medicamentos. 2. Capacitación y sensibilización continua sobre administración segura de medicamentos en pacientes críticos. 3. Supervisión, farmacovigilancia y auditorías periódicas en la administración de medicamentos para detectar, corregir fallas y verificar aplicación de los 10 correctos en administración de medicamentos	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida Reputacional Por ocurrencia de eventos adversos Debido a falta de insumos, medicamentos y/o equipos biomédicos	Debido a falta de insumos, medicamentos y/o equipos biomédicos. Ocurrencia de eventos adversos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración y ejecución de plan de necesidades anual. 2. Solicitudes periodicas de insumos, equipos biomédicos y medicamentos necesarios para la atención. 3. Control de inventarios de manera interna y con las diferentes áreas asistenciales y administrativas de la institución. 4. Supervisión del cumplimiento oportuno de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos. 5. Reporte de incidentes, eventos adversos y no conformidades generadas por la falta de insumos, medicamentos y equipos biomédicos 	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida Reputacional y económica por brotes de IAAS que puedan generar cierre de las unidades, debido a la no adherencia del personal asistencial y de apoyo a protocolos institucionales de prevencion de IAAS	No adherencia a protocolo del personal asistencial y de apoyo a protocolos institucionales de prevención de IAAS. Brotos de IAAS que puedan generar cierre de las unidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formación y capacitación continua al personal sobre la importancia del cumplimiento de los protocolos de limpieza y desinfección y prevención de IAAS. 2. Reporte y análisis de incidentes, eventos adversos y no conformidades relacionadas con IAAS. 3. Asegurar la adherencia a la limpieza y desinfección de superficies de todas las áreas de los procesos. 4. Aplicación de listas de chequeo para verificar adherencia de lavado de manos y desinfección de áreas. 5. Establecer canales de comunicación claros y eficaces para informar al personal sobre cambios en los protocolos relacionadas con IAAS 	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida Reputacional y económica por incumplimiento de normatividad vigente de infraestructura (lactario, depósito de equipos biomédicos, estación de enfermería, áreas de aseo y de recolección de basuras y ropa) que puedan generar cierre de la unidad Debido a áreas que no cumplen con normatividad	Áreas que no cumplen con normatividad vigente Brotos de IAAS que puedan generar cierre de las unidades. Incumplimiento de normatividad vigente de infraestructura (lactario, depósito de equipos biomédicos, estación de enfermería, áreas de aseo y de recolección de basuras y ropa) que puedan generar cierre de la unidad	Realización de plan de necesidades anual para solicitud de ampliación y remodelación de áreas. Solicitudes periódicas para adecuación de áreas (oficios, comités de seguridad del paciente y de IAAS). Supervisión de ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo. Reporte y análisis de incidentes, eventos adversos y no conformidades relacionadas con infraestructura.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Garantizar que haya suficiente personal capacitado y especializado en la UCI para brindar una atención de calidad y segura a los pacientes.
- ✓ Implementar protocolos y guías de práctica clínica basados en evidencia para el manejo de diferentes condiciones y situaciones en la UCI, esto ayudará a estandarizar la atención y minimizar los riesgos.
- ✓ Fomentar una comunicación efectiva y una coordinación fluida entre los miembros del equipo de la UCI, así como con otros servicios del hospital, esto incluye la comunicación clara de la información del estado del paciente, la participación en reuniones multidisciplinarias y la colaboración en la toma de decisiones.
- ✓ Proporcionar oportunidades de formación y educación continua para el personal de la UCI, incluyendo actualizaciones sobre las últimas investigaciones y avances en el campo de los cuidados intensivos, con el fin de mantener al personal actualizado y mejorar la calidad de la atención.
- ✓ Implementar tecnología y sistemas de monitoreo avanzados para mejorar la detección temprana de cambios en el estado de los pacientes y facilitar la toma de decisiones clínicas.

- ✓ Brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias durante la estancia en UCI.
- ✓ Realizar auditorías y revisiones periódicas de los procesos y resultados de la UCI para identificar áreas de mejora y tomar medidas correctivas, esto puede incluir la revisión de tasas de complicaciones, tiempos de estancia, cumplimiento de protocolos y satisfacción del paciente.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026		2. Dependencia a evaluar: Hospitalización	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: <ul style="list-style-type: none"> Alcanzar una articulación en la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutivez de la capacidad instalada del Hospital Civil de Ipiales E.S.E. Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización. 			
4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Gestionar y garantizar la asignación oportuna de camas en los servicios de hospitalización	Oportunidad de asignación de camas	98%	El personal maneja el sistema SIO de manera ágil lo que ha permitido asignar las camas con mayor oportunidad Evidencia: Indicador 244 de Daruma
Gestionar y garantizar el egreso oportuno de pacientes de los servicios de hospitalización	Oportunidad en el egreso de pacientes	85%	En el Cuarto trimestre del año 2025 la oportunidad en el egreso se encuentra en 138 minutos transcurrido desde la orden de salida y la entrega de la paz y salvo, con relación a los meses anteriores se tiene una tendencia de mejora, La mejora en la oportunidad se debe a que el personal tiene mejor manejo del nuevo sistema y se puede realizar de manera más oportuna los egresos. Por el momento el indicador no requiere plan de acción Evidencia: Indicador 113 de Daruma



<p>Gestionar la valoración oportuna de interconsultas en los servicios de hospitalización</p>	<p>Oportunidad en la realización de interconsultas</p>	<p>100%</p>	<p>El indicador cumple con la meta propuesta, muestra una tendencia estable, al analizar las causas de este comportamiento se resaltan lo siguiente: que la inoportunidad en la valoración de algunas especialidades se debe a que hay falta de información por parte de personal de enfermería sobre la interconsulta, algunos especialista se encuentra en otras actividades como consulta externa y quirófano, en otras ocasiones las interconsultas son solicitadas en horas de la noche y se responden al día siguientes, continuando su manejo con especialistas tratante, algunas interconsultas de pediatría solicitadas a pacientes ginecológicas menores de edad se presentan con mucha inoportunidad debido a que la paciente se encuentra en trabajo de parto y se responden posterior a su parto, de igual manera se ha evidenciado que algunas especialidades son respondidas de manera oportuna por notas medicas pero cargadas mucho tiempo después, por tanto de informa a subgerencia de prestación de servicios, y gestión clínica y de enfermería . Tiempo promedio 223 minutos</p> <p>Evidencia: Indicador 254 de Daruma</p>
<p>Analizar periódicamente los indicadores con subgerencia de prestación de servicios y establecer planes de mejora según necesidad, realizando su respectivo seguimiento.</p>	<p>Cumplimiento de metas de los indicadores</p>	<p>100%</p>	<p>Se realiza el Análisis de los indicadores por medio del comité técnico científico, como: giro cama de hospitalización 8,12, porcentaje de ocupación 91,46, promedio días d estancia 3,66 días.</p> <p>Evidencia: Indicador 83, 85 y474, de Daruma</p>
<p>Analizar periódicamente el perfil epidemiológico con subgerencia de prestación de servicios y gestión clínica, establecer planes de mejora según necesidad, realizando su respectivo seguimiento.</p>	<p>Informe de análisis o soporte de análisis periódico</p>	<p>100%</p>	<p>Se socializo el perfil epidemiológico en el mes de diciembre y se realiza la revisión de los diagnósticos inespecíficos</p> <p>Evidencia: Anexo 1. Actas de comité</p>



<p>Revisar, ajustar e implementar en el proceso de inducción al personal nuevo los tiempos de entrenamiento y acompañamiento, garantizando un mejor desempeño de los profesionales que se vinculan al proceso.</p>	<p>Cumplimiento del entrenamiento establecido</p>	<p>100%</p>	<p>Se continua con el proceso de inducción al personal nuevo quien recibe inducción general, inducción en el proceso y entrenamiento en cada servicio, personal profesional en enfermería y auxiliares de enfermería 15 días y médicos 5 días, adicional si se requiere más inducción se establece turnos de inducción en horarios contrarios a las agendas. En este trimestre se vincularon 3 colaboradores al proceso.</p> <p>Evidencia. Anexo 2 Formatos de inducción y registros de asistencia</p>
--	---	-------------	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Para la vigencia 2025 este proceso estableció 6 indicadores con un cumplimiento del 97.17%, porcentaje muy satisfactorio, se exhorta a todo su personal a que en la vigencia 2026 continúe con el mismo grado de compromiso y sentido de pertenencia con el Hospital.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Hospitalización y se encuentran asociados al proceso “hospitalización” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de complicación o muertes de pacientes hospitalizados por falta o insuficiencia de insumos, medicamentos, equipos biomédicos o talento humano, necesario para brindar una atención pertinente y continua.	<p>Falta de planeación, Falta de presupuesto, no hay disponibilidad del perfil de talento humano.</p> <p>Falta o insuficiencia de insumos, medicamentos, equipo biomédico o talento humano necesarios para la atención pertinente y continua del paciente hospitalizado.</p>	<p>1. Indicador Suficiencia de insumos y de equipos biomédicos Proceso de hospitalización.</p> <p>2. Notificación o solicitud inmediata por medio de oficios de insumos o equipos faltantes a recursos físicos.</p> <p>3. Indicador Suficiencia de personal Proceso de Hospitalización.</p> <p>4. Agendas de personal - Solicitud inmediata por medio de oficios a recursos humanos las novedades con talento humano.</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de suicidio en pacientes hospitalizados con diagnóstico intento de suicidio, por manejo inadecuado e incumplimiento a protocolos establecidos en la institución.	Falta de adherencia al protocolo de manejo de pacientes con intento de suicidio.	Indicador Adherencia a Clasificación Riesgo en Salud Mental Guías de atención en salud a pacientes con problemas de salud mental.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.
	Manejo inadecuado de pacientes con intento de suicidio	Indicador Adherencia a la Activación de ruta para atención en salud mental y violencias Flujo ruta de atención al paciente con intento de suicidio.			

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de reclamaciones legales, por parte de pacientes por atención de personal que le ocasiono sustracción de sus pertenencias, daño de su integridad física y mental.	Vinculación de personal sin un debido proceso de vinculación.	Indicador porcentaje de personal capacitado en humanización.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.
	Talento humano que no se adhiere al código de integridad.	Indicador Conocimiento del personal en temas de seguridad del paciente.			
		Indicador Cumplimiento inducción personal nuevo.			
		Indicador Cumplimiento entrenamiento personal nuevo.			
		Contrato de vinculación con obligaciones específicas			

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de errores en el diagnóstico por valoración inadecuada que conlleve a afectaciones físicas y emocionales del paciente y la familia.	Falta de habilidades y destrezas para manejo de situaciones de stress y falta de conocimiento a protocolos institucionales.	Indicador Adherencia a Guías de práctica clínica. Capacitaciones sobre protocolos y guías de atención.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.
	Valoración inadecuada por causa de la fatiga, stress, exceso de pacientes, falta de adherencia de protocolos institucionales	Indicador Oportunidad y Efectividad en la interconsulta de especialidades básicas en el proceso de hospitalización.			
		Indicador Experiencia del usuario y su familia con la atención recibida.			

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Identificar, actualizar y socializar periódicamente los riesgos asociados al proceso, especialmente aquellos relacionados con la seguridad del paciente, continuidad del servicio, gestión documental y facturación, asegurando la definición y aplicación de controles efectivos.
- Promover una mayor coordinación entre hospitalización, admisiones, facturación, historia clínica, talento humano y demás áreas relacionadas, con el fin de reducir reprocesos, inconsistencias de información y riesgos operativos.
- Verificar que los registros clínicos y administrativos del proceso sean completos, oportunos y confiables, asegurando el adecuado uso de los sistemas de información y el cumplimiento de las políticas de archivo y confidencialidad.
- Cuando el tema es el número de días de hospitalización, no siempre más significa mejor, pensar en estrategias para gestionar el promedio de permanencia es fundamental para mantener el equilibrio financiero del hospital y la calidad de la atención.
- Mejorar la comunicación entre el personal médico, los pacientes y sus familias para garantizar una experiencia más transparente y satisfactoria.
- Utilizar la tecnología avanzada para agilizar la recolección y el intercambio de información médica, permitiendo un tratamiento más rápido y preciso.
- Capacitar al personal en la atención centrada en el paciente para garantizar un trato compasivo y respetuoso.
- Establecer procesos de seguimiento claros para garantizar una transición fluida del paciente desde hospitalización hasta su alta.
- Todos los colaboradores del Proceso de Hospitalización deben permanecer atentos a las necesidades de los pacientes.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026		2. Dependencia a evaluar: Atención Ambulatoria	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: <ul style="list-style-type: none"> Alcanzar una articulación en la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutivez de la capacidad instalada del Hospital Civil de Ipiales E.S.E. Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización. 			
4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Disponer de agendas abiertas durante el mes que permitan garantizar la oportunidad en la asignación de citas médicas ambulatorias de primera vez de especialidades básicas (cirugía general, ginecología, medicina interna, obstetricia, pediatría).	Oportunidad asignación citas médicas cirugía general	100%	Durante el tercer trimestre el indicador cumple la meta establecida de 7 días con una oportunidad de 4,69 días para asignación de citas de primera vez de cirugía general Evidencia: Indicador 11 DARUMA
	Oportunidad asignación citas médicas Ginecología	100%	Durante el tercer trimestre el indicador cumple la meta establecida de 8 días con una oportunidad de 3.30 días para asignación de citas de primera vez de ginecología Evidencia: Indicador 14 DARUMA
	Oportunidad asignación citas médicas medicina Interna	100%	Durante el cuarto trimestre el indicador cumple la meta establecida de 8 días con una oportunidad de 3.50 días para asignación de citas de primera vez de medicina interna Evidencia: Indicador 12 DARUMA

	Oportunidad asignación citas médicas Obstetricia	100%	Durante el cuarto trimestre el indicador cumple la meta establecida de 5 días con una oportunidad de 4,04 días para asignación de citas de primera vez de obstetricia Evidencia: Indicador 13 DARUMA
	Oportunidad asignación citas médicas Pediatría	100%	Durante el tercer trimestre el indicador cumple la meta establecida de 5 días con una oportunidad de 4,56 días para asignación de citas de primera vez de pediatría Evidencia: Indicador 10 DARUMA
Identificar y socializar al personal el perfil epidemiológico de atención ambulatoria	Numero de socializaciones de perfil epidemiológico realizadas	100%	Se realizó la socialización en el primer trimestre, del perfil epidemiológico de atención ambulatoria Evidencia: Anexo 1. Acta de Socialización <i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 11. Atención ambulatoria.</i>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

El proceso de Atención Ambulatoria debe centrarse en proporcionar atención médica de calidad, segura y accesible, garantizando que los pacientes reciban el tratamiento adecuado en el momento oportuno y con una experiencia positiva a sus expectativas.

Para este proceso se definieron seis indicadores para la vigencia 2025 con un cumplimiento del 100% según reporte de Planeación, porcentaje muy satisfactorio, así mismo se exhorta al proceso seguir en este mismo comportamiento en la vigencia 2026.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar atención especializada al usuario con algún problema de salud a través de servicios ambulatorios con personal calificado y tecnología apropiada, organizados en un portafolio de servicios de II y III nivel de complejidad que faciliten al usuario ser estudiado, diagnosticado, tratado o rehabilitado”.

Igualmente, el proceso en el desarrollo de sus actividades diarias dio cumplimiento al objetivo trazado en el Manual de Funciones y competencias laborales de la Institución.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Atención Ambulatoria y se encuentran asociados al proceso “Atención Ambulatoria” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de incurrir en pérdidas económicas y reputacionales por cierre de servicios de consultas médicas y/o procedimientos ambulatorios por disminución en la demanda de usuarios	Direccionamiento de usuarios desde la EAPB a otra institución prestadora de servicios de salud. Falta de estrategias de mercadeo y oferta de servicios ambulatorios.	Actividades de mercadeo en la oferta del portafolio de servicios de consultas y procedimientos ambulatorios, en el desarrollo del proceso de contratación, que permitan hacer el despliegue necesario de la actualización de los nuevos servicios ofertados.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdidas económicas y reputacionales por empeoramiento de la condición médica de usuario debido a la Inoportunidad en la asignación de citas	Alta demanda de consultas que excede la capacidad de atención de los especialistas disponibles (Oferta de único especialista). Inoportunidad en la asignación de citas para consulta con subespecialidades.	1. Contratación de más especialistas o ampliación de agenda en las especialidades de Neurocirugía y Algesilogía para reducir el tiempo de espera y atender la demanda de usuarios. 2. Seguimiento a través del indicador oportunidad de citas por subespecialidad definida como meta mínima 10 días y meta máxima de 15 días para la asignación de citas	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdidas económicas y reputacionales por reprogramación de procedimientos debido a la falta de preparación del usuario	Los pacientes no cumplen con las recomendaciones en la preparación previa de los procedimientos. No realización del procedimiento	1. Proporcionar materiales educativos claros y detallados sobre la importancia de la preparación previa e instrucciones específicas para procedimientos. 2. Sistema de recordatorios automatizados (vía SMS, o llamadas telefónicas) para recordar a los pacientes las instrucciones de preparación en los días previos al procedimiento.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Identificar, actualizar y evaluar periódicamente los riesgos asociados al proceso, especialmente aquellos relacionados con la oportunidad en la atención, seguridad del paciente, calidad del servicio, asignación de citas, referencia y contrareferencia y facturación, definiendo controles adecuados y efectivos.
- ✓ Establecer estrategias para disminuir el tiempo en sala de espera para la atención de pacientes.
- ✓ Continuar manejando el indicador que evalúa los tiempos en la asignación de citas para su mejoramiento continuo y permanente.
- ✓ Establecer estrategias para evitar la cancelación de cirugías por factores atribuibles a la Institución.
- ✓ Igualmente se recomienda incluir entre los riesgos del proceso “inoportunidad en la consulta por parte de los especialistas al horario agendado”.
- ✓ Mejorar la comunicación: Garantizar una comunicación clara y efectiva entre los médicos, enfermeras y pacientes, así como proporcionar información detallada sobre los procedimientos y tratamientos.
- ✓ Utilizar tecnología para la gestión de registros médicos: implementar sistemas electrónicos de historias clínicas para agilizar el acceso a la información del paciente y reducir el uso del papel.
- ✓ Capacitar al personal: brindar capacitación constante al personal médico y administrativo para mejorar la calidad de la atención y el servicio al paciente.
- ✓ Ampliar o dar continuidad con los servicios ofrecidos: Considerar la posibilidad de ofrecer servicios adicionales, como consultas virtuales o seguimiento remoto de pacientes, para aumentar la accesibilidad y conveniencia.
- ✓ Utilizar indicadores de salud para monitorear el progreso del paciente y la efectividad del tratamiento.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026

2. Dependencia a evaluar: **Cirugía y Atención del Parto**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Alcanzar una articulación en la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutividad de la capacidad instalada del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
- Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización.

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Analizar indicadores de oportunidad en la atención de paciente en cirugía y atención de partos	Oportunidad en la atención en cirugía y atención de partos	90%	Se ha presentado demora en el diligenciamiento de la historia Clínica SIO, llevando a que exista un retraso en la realización de cirugía, para el último trimestre se presentó un resultado de 66 minutos evidenciando una disminución de 6 minutos respecto al anterior trimestre Evidencia: Indicador 246 DARUMA
Analizar indicadores de producción y eficiencia	Cumplimiento de metas de los indicadores	88%	En cuanto a los indicadores de cumplimiento y eficiencia se evidencia un cumplimiento favorable debido a la asignación oportuna de quirófanos y disponibilidad de personal asistencial Indicadores como: Agenda de Turnos evidenciados en el FO 0526 Se dispone de 4 quirófanos para procedimientos quirúrgicos. Evidencia: Anexo 1. Informe Bloque Quirúrgico <i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 12. Cirugía y Atención de Partos.</i>

Elaborar informe de productividad mensual y adherencia a protocolos según perfil epidemiológico	Cumplimiento en la atención de cirugías y atención de partos.	98,8%	Se cumplió con el 98,8% de las cirugías programadas, de acuerdo con la evidencia de protocolo institucionales y perfil epidemiológico. Cirugías programadas 1178 Cirugías Realizadas: 1165 Evidencia: Indicador 132 DARUMA
---	---	-------	---

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Para este proceso se definieron tres indicadores para la vigencia 2025 con un cumplimiento del 92.27% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento sobresaliente, sin embargo, la Oficina de Control Interno hace la siguiente recomendación, Un indicador de gestión es una herramienta cuantitativa que mide el desempeño, la eficacia y la eficiencia de los procesos, proyectos o áreas de una organización, comparando resultados actuales con metas estratégicas definidas. Sirven para convertir datos en información útil para la toma de decisiones, detectar desviaciones y aplicar acciones correctivas. Se hace la anterior manifestación en el sentido que los indicadores establecidos en la vigencia 2025 no apuntan a evaluar la gestión del proceso.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Atender con calidad a usuarios quirúrgicos, madres y recién nacidos en los momentos más importantes de la salud del ser humano, brindando los mejores cuidados del equipo médico y de enfermería que laboran en cirugía y atención de partos”.

Los indicadores mencionados no dan cumplimiento al objetivo, presuntamente se debió tomar como indicadores los mencionados en la parte de “análisis de resultados” del cuadro anterior.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de cirugía y atención del parto y se encuentran asociados al proceso “cirugía y atención del parto” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida reputacional o económico por realizar cirugía en sitio equivocado, paciente incorrecto debido a la falta de adherencia a protocolo de marcación y verificación de sitio operatorio	falta de adherencia a protocolo de marcación de sitio operatorio. cirugía en sitio equivocado y paciente equivocado.	1. Indicador: Cumplimiento de puntos clave para una cirugía segura sitio operatorio, con una meta nominal de 95% donde se hace seguimiento a la totalidad de los intervenidos que les corresponde la marcación del sitio operatorio. 2. Monitorear los eventos adversos en el software hospitalario presentados en el mes, sobre la intervención equivocada o incidente del sitio operatorio equivocado en el proceso de Cirugía y Atención de partos. 3. Diligenciamiento correcto FHC 0069 Lista de chequeo Quirúrgica, identificando el sitio operatorio no marcado e informando la novedad para su seguimiento y control	21/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica por cancelación de cirugías y procedimientos por falta de material estéril inadecuado, debido al mal funcionamiento del autoclave	Falta de cumplimiento a cronograma de mantenimiento preventivo. No disposición de insumos para su funcionamiento Riesgo de falla en funcionamiento de autoclaves	Indicador: Seguridad en el proceso de esterilización, Verificando el indicador de esterilidad con un porcentaje de meta de 100% por cada equipo, Seguimiento control ciclo de esterilización FO - 0611	21/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por muerte materna debido a incumplimiento de las guías prácticas de la morbilidad materna extrema	Falta de cumplimiento. falta de adherencia al protocolo de maternidad segura	Indicador: Complicaciones Obstétricas, con una meta nominal de 5 % donde se vigila el total y tipo de complicaciones obstétricas.	21/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por de Infecciones post quirúrgicas debido el inadecuado uso de medidas para prevención de infecciones	Deficiencias en los protocolos de bioseguridad, falta de capacitación del personal, incumplimiento de normas de asepsia. Falta de higiene en manos, uso inadecuado de EPP.	Indicador: Adherencia en la oportunidad de la profilaxis antibiótica con una meta nominal de 90% Indicador: Complicaciones por procedimientos quirúrgicos con una meta nominal de 1% donde se confirman el número de complicaciones quirúrgicas	21/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida reputacional y económica por confusión en la identificación recién nacido debido a partos simultáneos	Falta de adherencia a protocolos de identificación del paciente. Falta de diligenciamiento de la manilla inmediatamente del nacimiento	Indicador: Cumplimiento de puntos clave de cirugía segura Identificación del paciente con una meta nominal de 100% en cesáreas Manillas de identificación inmediatamente nace el bebe en sala de partos en presencia del familiar elegido por la madre.	21/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ El objetivo de los indicadores es coadyuvar a que la gestión de los líderes de los procesos sea eficaz y eficiente en razón a que permite evaluar su gestión, en este sentido exhortamos al proceso a establecer indicadores que cumplan con este fin.
- ✓ Desarrollar y aplicar protocolos y procedimientos estandarizados para cada etapa del proceso de cirugía, desde la evaluación preoperatoria hasta el seguimiento postoperatorio. Esto ayudará a garantizar que se sigan las mejores prácticas y se minimicen los riesgos.
- ✓ Mejorar la comunicación entre el equipo quirúrgico y el paciente: Asegúrese de que el paciente este bien informado sobre el procedimiento quirúrgico, los riesgos y los cuidados postoperatorios. Fomente la comunicación abierta y responda a todas las preguntas y preocupaciones del paciente y su familia.
- ✓ Realizar auditorías periódicas para evaluar el desempeño del equipo quirúrgico e identificar áreas de mejora. También revisar regularmente los resultados de las cirugías y las tasas de complicaciones para identificar oportunidades de mejora.
- ✓ Proporcionar capacitación y educación continua al personal quirúrgico para mantenerse actualizado sobre los avances en técnicas quirúrgicas, seguridad del paciente y manejo de equipos y tecnología.
- ✓ Buscar formas de mejorar la eficiencia en el quirófano, como reducir los tiempos de cambio entre cirugías, optimizar la programación de los casos y utilizar tecnología y equipos modernos.
- ✓ Promover una cultura de seguridad del paciente, donde todos los miembros del equipo quirúrgico se sientan cómodos reportando errores o incidentes y se tomen medidas para prevenir futuros eventos adversos.
- ✓ Mejorar los controles en el suministro e implantación en los pacientes de material de osteosíntesis y neurocirugía.
- ✓ Mantenimiento preventivo periódico de Autoclaves y stock de repuestos.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



	Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno
---	--

1. Fecha: 19-01-2026	2. Dependencia a evaluar: Soporte Terapéutico
----------------------	--

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: <ul style="list-style-type: none"> Alcanzar una articulación en la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutividad de la capacidad instalada del Hospital Civil de Ipiales E.S.E. Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización.
--

4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Mantener disponibilidad de agenda de	Oportunidad en la asignación de citas	100%	el indicador de oportunidad en la asignación de citas de primera vez atención ambulatoria terapia física cumple la meta satisfactoriamente ya que se asignaron 670 citas de primera vez oportunamente en el último trimestre y en total para la vigencia 2025 se asignaron 2.154 citas, con el promedio de 2 días cumpliendo la meta de citas asignadas, las acciones para dar cumplimiento fue la educación a paciente al momento de acceder a la atención y disponibilidad de agenda ofertada de los profesionales de fisioterapia en atención ambulatoria. Evidencia: Indicador 285 DARUMA
Rehabilitación Incrementar la productividad de los servicios de soporte terapéutico	Cumplimiento de metas de los indicadores	100%	Se incrementa con un porcentaje de cumplimiento del 75%, según reporte de Centros de Costos.



Viabilizar la capacidad instalada del proyecto y Presentar proyecto de ampliación de los servicios	Porcentaje de avance en la gestión	50%	Se estructuró el proyecto de servicios de rehabilitación terapia piso pélvico. Pendiente: Aprobación y revisión para la adecuación de la infraestructura. Evidencia: Anexo 1. Proyecto <i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 13. Soporte Terapéutico.</i>
Ejecutar cada una de las acciones contempladas en el Plan de Sostenibilidad IAMII (10 pasos)	Certificación IAMII	100%	El próximo año nos presentamos nuevamente para la certificación, la cual es entregada IDSN, MINSALUD y UNICEF, con fecha del 23 de agosto de 2023, esta certificación tiene una duración de tres años, también se ha recibido la visita técnica por parte de IDSN de manera programada para el cumplimiento de estándares. Evidencia: Anexo 2. Certificación IAMII Anexo 3. Matriz de seguimiento, Visita IDSN

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Para este proceso se definieron cuatro indicadores para la vigencia 2025 con un cumplimiento consolidado del 87.5% según reporte de Planeación, porcentaje de cumplimiento aceptable. Llama la atención el indicador denominado “**porcentaje de avance en la gestión**” con un cumplimiento según evaluación de la Oficina de planeación del 50%, se exhorta al proceso mejorar este indicador que finalmente es el que evalúa al proceso.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Soporte Terapéutico y se encuentran asociados al proceso “Soporte Terapéutico” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, Excepto el primer riesgo que se materializó según evaluación de Planeación, cambiar o mejorar el control existente.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica reputacional daño lesión, muerte o discapacidad debido a no adherencia protocolos de prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud en rehabilitación.	Debido a no adherencia a protocolos de prevención de las Infecciones asociadas a la atención en salud en rehabilitación. Infecciones asociadas a la atención en salud .	Aplicación de MP-0608 programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación. MATERIALIZADO



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida reputacional por la pérdida de la certificación IAMII debido al no cumplimiento del plan de acción y de sostenibilidad IAMII	No cumplimiento del plan de acción y de sostenibilidad de IAMII. Pérdida de la certificación como una IAMI	Seguimiento al cumplimiento de los lineamientos IAMII implementados de manera permanente.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de pérdida económica y reputacional por demandas frente a eventos de mortalidad materna, mortalidad perinatal e infantil no evitable, debido a la no adherencia a GPC, listas de chequeo y a los lineamientos IAMII.	No adherencia a GPC, listas de chequeo y a los lineamientos IAMI. Demandas frente a un evento de mortalidad materna, perinatal e infantil.	Revisar el perfil de morbilidad de la institución	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de desabastecimiento de productos sanguíneos, Debido al incumplimiento en la entrega de los mismos por parte de los Bancos de sangre contratados, en la entrega de los hemocomponentes solicitados, bien sea por falta de hemoderivados o por problemas administrativos	Debido al incumplimiento en la entrega de los mismos por parte de los Bancos de sangre contratados, en la entrega de los hemocomponentes solicitados, bien sea por falta de hemoderivados o por problemas administrativos. Por desabastecimiento de productos sanguíneos.	Contar con varios contratos con diferentes bancos de sangre (mínimo 3) que garanticen la entrega oportuna de los hemocomponentes a la institución. Realización de solicitudes semanales de hemocomponentes a los diferentes bancos de sangre, manteniendo un stock mínimo de unidades de sangre de todos los grupos sanguíneos para evitar el desabastecimiento	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de desabastecimiento de suplementos nutricionales, Debido al incumplimiento en la entrega de los mismos por parte de recursos físicos, en la entrega de los mismos, por problemas administrativos	Debido al incumplimiento en la entrega de los mismos por parte de Recursos físicos por problemas administrativos. Por desabastecimiento de suplementos nutricionales	Contar con varios contratos con diferentes proveedores que garanticen la permanente entrega de los mismos	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica falta de adherencia al diligenciamiento correcto de historia clínica Y consentimiento informado por parte del equipo de rehabilitación, Nutrición, Psicología o gestión pretransfusional; por falta de sensibilización en la importancia del correcto de diligenciamiento de historia clínica Y consentimiento informado para la atención de pacientes Y prevención de riesgos	Falta de adherencia al diligenciamiento correcto de historia clínica y consentimiento informado. Inadecuado diligenciamiento de historia clínica y consentimiento informado.	Verificación del diligenciamiento del consentimiento informado, verificación de correcto diligenciamiento de historia clínica por medio de auditorías de historia clínica	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica desconocimiento de personal nuevo, falta de practica o habilidad o no adherencia a guías de práctica clínica ,protocolos, manuales por parte de equipo de rehabilitación Incorrecta evaluación de adherencia a guías de práctica clínica del proceso.	Desconocimiento de personal nuevo, falta de practica o habilidad o no adherencia a guías de práctica clínica. No adherencia a guías de practica clínica ,	Verificación de la adherencia a guías de practica clínica, manuales y protocolos de los servicios de soporte terapéutico	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Fortalecer la planeación y estandarización del proceso, mediante la actualización y formalización de protocolos, guías de atención y procedimientos específicos para cada área.
- ✓ Mejorar los mecanismos de articulación interdisciplinaria, promoviendo espacios periódicos de coordinación entre los profesionales del proceso, con el fin de garantizar una atención integral, continua y centrada en el usuario.
- ✓ Optimizar los registros y soportes de la atención, asegurando que las historias clínicas, planes de intervención y seguimientos cuenten con información completa, oportuna y trazable, lo cual facilite la evaluación de resultados y la toma de decisiones.
- ✓ Fortalecer el sistema de indicadores del proceso, definiendo y monitoreando indicadores de oportunidad, calidad, cobertura y resultados terapéuticos, que permitan evaluar el desempeño del proceso y orientar acciones de mejora continua.
- ✓ Revisar y optimizar la asignación de recursos físicos, tecnológicos y humanos, con el propósito de garantizar la capacidad operativa del proceso y la adecuada prestación de los servicios de soporte terapéutico.
- ✓ Fortalecer los mecanismos de control y seguimiento interno, mediante evaluaciones periódicas al cumplimiento de los procedimientos, identificación de riesgos y ejecución de planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas.
- ✓ Realizar una evaluación exhaustiva de las necesidades de los pacientes que requieran servicio de rehabilitación, esto implica identificar las condiciones médicas, los objetivos de rehabilitación y las limitaciones individuales de cada paciente

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno





1. Fecha: 19-01-2026

2. Dependencia a evaluar: **Apoyo Diagnóstico**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Alcanzar una articulación en la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutivez de la capacidad instalada del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
- Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Mantener disponibilidad de agenda de estudios ecográficos	Oportunidad en la asignación de citas	100%	La oportunidad de asignación de citas se da en 1,14 días transcurridos entre el día de la solicitud y la asignación de cita. Evidencia: Indicador 183 DARUMA "
Oportunidad en el reporte de estudios de imagen del servicio de urgencias	Oportunidad en el reporte de estudios de imagen del servicio de urgencias	100%	Oportunidad en el reporte se dio en 4,21 de horas transcurridas entre la toma y el reporte del estudio de imagen. Evidencia: Indicador 581 DARUMA
Incrementar la productividad de los servicios de apoyo diagnóstico	Porcentaje de incremento de la productividad de los servicios de apoyo diagnóstico	100%	Se mantiene el número de actividades como anteriores trimestres con tres servicios como: Laboratorio, patología e imagenología. Evidencia: Anexo 1, Informe de Productividad <i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 14. Apoyo Diagnóstico.</i>

Gestionar los hallazgos de la auditoría realizada por profesionales de ONAC para lograr acreditación de pruebas del laboratorio clínico	Porcentaje de avance en auditoria de seguimiento	90%	Se realizó la visita por parte de ONAC, para el seguimiento, el cual se cumple con los parámetros clínicos en Laboratorio Clínico. Pendiente entrega del informe por parte de ONAC. Evidencia: Anexo 2. Listado de Asistencia de la visita.
Realizar los controles de calidad a los equipos POCT de acuerdo a los lineamientos establecidos	Indicador de control de calidad interno y externo de laboratorio	100%	Se realizó el cambio de equipos como glucómetros y se encuentra en proceso de acondicionamiento con los nuevos equipos. Evidencia: Anexo 3. Informe de Ensayo de aptitud ciclo

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar al cliente exámenes de laboratorio de rutina y especializados que le permitan al personal de salud definir diagnósticos y suministrar tratamientos oportunos y suministrar hemoderivados que cumplan con los requisitos de calidad y seguridad para que el paciente recupere su estado de salud”.

Igualmente, se tiene dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar un servicio, eficiente y amable al usuario que requiera estudios de imágenes diagnosticas con el fin de definir diagnósticos y tratamientos adecuados”.

Para la vigencia 2025 este proceso definió únicamente cinco indicadores que se cumplieron en un 98%, porcentaje de cumplimiento sobresaliente, se exhorta a los funcionarios seguir en la vigencia 2026 en este mismo sentido de compromiso y sentido de pertenencia con la Institución.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de Apoyo diagnóstico y se encuentran asociados al proceso “Apoyo diagnóstico” y se pudo evidenciar riesgo Materializado en el subproceso de imágenes diagnósticas “posibilidad de perdidas económicas derivadas de fallas de equipos y falta de contrato de mantenimiento preventivo y correctivos con personal experto”. Se recomienda cambiar los controles o mejorarlos.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por incumplimiento de metas de oportunidad en la toma de muestras o estudios o entrega de resultados de exámenes de Imágenes, laboratorio clínico o Patología a pacientes de Urgencias Debido a Incremento en el numero de usuarios para la atención, Daño de equipos, Falta de personal asistencial o incumplimiento del protocolo de priorización de exámenes.	Debido a Incremento en el número de usuarios para la atención, Daño de equipos, Falta de personal asistencial o incumplimiento del protocolo de priorización de exámenes. Por Falta de oportunidad en el diagnóstico y tratamiento por inoportunidad en la toma de muestras o entrega de resultados.	1. Cumplimiento de agendas de trabajo establecidas con asignación de funciones y actividades para dar agilidad a la operatividad del servicio. 2. Reinducción para cumplimiento del protocolo de priorización de exámenes MP-0003. 3. Seguimiento a tiempos de oportunidad de toma de muestras FO-2648 y Oportunidad en entrega de resultados con los indicadores internos del servicio	21/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
posibilidad de perdidas económicas derivadas de fallas de equipos y falta de contrato de mantenimiento preventivo y correctivos con personal experto	Fallas en la ejecución del plan de necesidades proyectado desde el proceso de imagenología. Falta de contrato de mantenimiento de equipos de imagen por experto	1. Proyección de necesidad a alta dirección con justificación de la importancia de los contratos. 2. Realización de estudio previo de mantenimiento. 3. Aprobación de presupuestos. 4. Elaboración de contrato. 5. Seguimiento a cumplimiento de cronograma de mantenimiento.	21/01/2025	1/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación. MATERIALIZADO

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de errores en diagnósticos de pacientes por incumplimiento de metas en la adecuada identificación de muestras de laboratorio y Patología o imágenes dx, Debido a falta de verificación de la identificación de los usuarios, incorrecta marcación de muestras por desconocimiento de los 10 correctos en toma de muestras. Incumplimiento de las barreras de seguridad.	Debido a falta de verificación de la identificación de los usuarios, incorrecta marcación de muestras por desconocimiento de los 10 correctos en toma de muestras. No cumplimiento de las barreras de seguridad.	Reinducción en el Protocolo institucional de identificación del paciente MP-0091 y medición del indicador adherencia a la correcta identificación de muestras, donde la meta nominal es de 100% y la mínima de 99%.	21/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Identificar, analizar y actualizar los riesgos asociados al proceso (operativos, tecnológicos, asistenciales y de calidad), así como definir y hacer seguimiento a controles efectivos que mitiguen su impacto, conforme a la metodología institucional de administración del riesgo.
- ✓ Se recomienda fortalecer el diseño, medición y análisis de indicadores relacionados con oportunidad, calidad, confiabilidad de resultados y satisfacción del usuario.
- ✓ Fortalecer los controles sobre la gestión documental y los sistemas de información diagnóstica, garantizando la integridad, confidencialidad, disponibilidad y trazabilidad de los resultados clínicos, conforme a las políticas institucionales y normas vigentes.
- ✓ Fortalecer los mecanismos de coordinación y comunicación entre el proceso de apoyo diagnóstico y las demás dependencias asistenciales y administrativas, con el fin de optimizar los tiempos de respuesta y la continuidad en la atención del usuario.
- ✓ Fortalecer el seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas o externas o autoevaluaciones, asegurando el cumplimiento oportuno de las acciones correctivas y preventivas y garantizando su cierre efectivo.
- ✓ Implementar o mantener un sistema que permita clasificar las muestras según su urgencia, asegurando que los análisis críticos se realicen y reporten de inmediato.
- ✓ Es importante invertir en tecnología de vanguardia para garantizar la calidad de los estudios y reducir los tiempos de espera, esto incluye la adquisición de equipos de resonancia magnética, tomografía computarizada y radiología digital de última generación.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



Introduce el texto

1. Fecha: 19-01-2026

2. Dependencia a evaluar: **Servicio Farmacéutico**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Alcanzar una articulación en la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutivez de la capacidad instalada del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
- Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización.

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

Actividad	Indicador	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Cumplir con el plan de trabajo socializado a la alta gerencia y diferentes líderes, para avanzar en la certificación en buenas prácticas de elaboración (BPE) antes INVIMA	%Cumplimiento plan de trabajo	60%	<p>Como constancia se envía oficio radicado ante Gerencia donde se entrega el informe de central de mezcla y se solicita presupuesto para la ejecución de las subsanaciones necesarias para certificarse en BPE.</p> <p>Evidencia: Anexo 1. Solicitud Presupuesto e informe Central de Mezclas.</p> <p><i>Para revisar las evidencias de los anexos ir a la carpeta denominada 15. Servicio Farmacéutico.</i></p>
Realizar plan de trabajo, socializar y avanzar en el diagnóstico e implementar acciones correctivas para cumplir con las buenas prácticas de manufactura (BPM)	%Cumplimiento plan de trabajo	50%	<p>Se realizó un contrato de mantenimiento correctivo del compresor de la central de gases medicinales.</p> <p>Evidencia: Anexo 2. Solicitud Presupuestal e Informe Gases medicinales. Contrato SPO 036 -2025 SECOP II</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Garantizar el efecto terapéutico de los medicamentos e inocuidad de los insumos hospitalarios mediante las buenas prácticas de manejos de los mismos, con el fin de contribuir a la prevención, diagnóstico, estabilización y mejoramiento de la enfermedad de los usuarios”.

En la vigencia 2025 este proceso gestionó un total de 2 Indicadores para un cumplimiento de 55%, Porcentaje no satisfactorio, sin embargo, es necesario hacer la siguiente aclaración, algunos indicadores del año 2025 no dependían únicamente de la gestión del proceso sino de Direccionamiento, la Oficina de Control Interno es insistente en recomendar que los indicadores deben ser única y exclusivamente del proceso, además definir indicadores que evalúen la gestión del proceso en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Institución como el objetivo del proceso.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el grupo de servicio farmacéutico y se encuentran asociados al proceso “servicio farmacéutico” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, no se presentó materialización de ningún riesgo.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de compra de medicamentos y/o dispositivos médicos que no son necesarios adquirir lo que conllevaría a su vencimiento y pérdida económica	<p>Inexistencia de listado básico de medicamentos y dispositivos médicos, error de información suministrada por sistema de información del Hospital, error humano.</p> <p>Incorrecta selección de medicamentos y dispositivos médicos para comprar</p>	<p>Se realiza plan de necesidades anual por el servicio farmacéutico y es presentando ante subgerencia administrativa.</p> <p>Se realiza identificación de necesidades por medio de herramienta de compra con información suministrada por el sistema de información del hospital en el apartado de inventario por personal de servicio farmacéutico y aprobado por Director Técnico.</p> <p>Se realiza verificación de existencia físicas en la bodega del servicio farmacéutico por el personal del servicio en mención.</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de seleccionar y comprar medicamentos o dispositivos médicos con proveedores que no cumplen con los requisitos legales mínimos lo cual nos llevara al incumplimiento del manual de contratación y demás procesos afines	<p>No se identifica el incumplimiento de la documentación necesaria para comercializar medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>Selección de proveedores que no cumplen los requisitos legales mínimos para la comercialización de medicamentos y dispositivos médicos</p>	<p>1. Se realiza la socialización de requisitos mínimos para la contratación de medicamentos por parte del área jurídica (ESTATUTO DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E).</p> <p>2. Se verifica la idoneidad de los proveedores seleccionados por parte de Gestión de Recursos Físicos y se adjuntan en estudio previo (FO-0066, FO 0069, FO 0070, FO 0079, FO - 0093, fo2762 dependiendo de la cuantía).</p> <p>3. Las partes firmantes de la necesidad verifican la existencia de la documentación mínima para la contratación de medicamentos y dispositivos médicos (FO-0118).</p> <p>4 .La oficina de gestión jurídica y contractual revisa que la documentación este completa al momento de radicarse por medio de lista de chequeo.</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Probabilidad de ingreso de medicamentos y/o dispositivos médicos que no cumplan con los requisitos mínimos para su comercialización y/o con fecha de vencimiento corta.	<p>No se identifica el Ingreso de medicamentos y/o dispositivos médicos que no cumplan con los requerimientos mínimos para su comercialización y/o con corta fecha de vencimiento.</p> <p>Ingreso de medicamentos y/o dispositivos médicos que no cumplan con los requerimientos mínimos para su comercialización y/o con corta fecha de vencimiento.</p>	<p>Se establecen requisitos mínimos y específicos en los estudios previos de suministro de medicamentos y dispositivos médicos por parte del servicio farmacéutico (FO-0066, FO-0069, FO 0070, FO 0079, FO 0093, FO2762 dependiendo de la cuantía).</p> <p>Verificación por medio de recepción técnica que realiza el servicio farmacéutico en el área de bodega antes de ingresar medicamentos FO-0371.</p> <p>Verificación por parte del personal de farmacia de fechas de vencimiento antes de dispensar el medicamento y/o dispositivo medico FO 1163.</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de dispensación y administración inadecuada de medicamentos y/o dispositivos médicos por desconocimiento de los procesos internos lo que puede causar eventos adversos y problemas relacionados con los medicamentos en los usuarios atendidos en la institución	Desconocimiento de procesos internos por parte del personal del servicio farmacéutico y personal de enfermería. Dispensación y administración inadecuada de medicamentos y/o dispositivos médicos	1. Inducción y reinducción al personal nuevo de los procesos que están relacionados con dispensación y administración de medicamentos y dispositivos médicos FO-0532. 2. Verificación de la fórmula médica por parte del personal de farmacia FO-0781. 3. Realizar una dispensación informada al personal de enfermería, a través de una metodología de chequeo cruzado para identificar errores. 4. Realizar una correcta administración de medicamentos haciendo uso de protocolos institucionales para verificación de la información antes de su administración con soporte (si es necesario y solicitado) del área asistencial del servicio farmacéutico (10 correctos). 5. Verificación de la adherencia de a los protocolos institucionales para el uso de medicamentos y dispositivos médicos por parte del área asistencial del servicio farmacéutico FO 1173.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de inoportunidad terapéutica en los tratamientos de los pacientes o no cumplimiento de los esquemas terapéuticos debido a la falta de disponibilidad suficiente de medicamentos y/o dispositivos médicos necesarios para la atención.	Procesos de contratación con presupuestos reducidos. Disponibilidad insuficiente de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo a los requerimientos de la institución.	1. Se realiza plan de necesidades anual por el servicio farmacéutico y es presentado ante subgerencia administrativa para tener un presupuesto acertado a las necesidades del hospital. 2. Realizar contratos de cuantías que garanticen el suministro de medicamentos por varios meses a cargo del servicio farmacéutico y Gestión de recursos físicos. 3. Llevar un control del indicador de suficiencia de productos farmacéuticos por parte del Director Técnico del servicio Farmacéutico. 4. Establecer red de contactos para pedir medicamentos o dispositivos médicos en calidad de préstamos para mitigar la necesidad inmediata por parte del servicio farmacéutico.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de no adherencia a los protocolos establecidos en la institución debido a la mala disposición final de medicamentos y/o dispositivos médicos averiados o vencidos.	<p>No adherencia a los protocolos establecidos en la institución.</p> <p>Mala disposición final de medicamentos y/o dispositivos médicos averiados o vencidos</p>	<p>1. Capacitación en los protocolos establecidos para la destrucción y entrega de medicamentos y dispositivos médicos averiados o vencidos al personal del servicio farmacéutico.</p> <p>2. Se presenta ante comité de bajas y entes reguladores los medicamentos que van a ser destruidos por parte del servicio farmacéutico.</p> <p>3. Se realizan actas de destrucción por parte del servicio farmacéutico para dar trazabilidad a los medicamentos y/o dispositivos médicos vencidos o averiados.</p> <p>4. Se realizan contratos para la entrega de medicamentos y dispositivos médicos desnaturalizados para su disposición final por parte de la empresa tercerizada</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

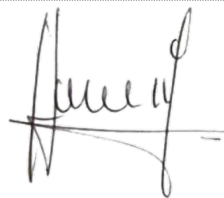
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida reputacional y posibles sanciones por Incumplimiento en seguimiento farmacoterapeutico a los pacientes, debido a la no detección oportuna de la manifestación de eventos adversos, RAM, PRUM y PRM en los usuarios atendidos en la institución.	<p>Debido a la falta de personal suficiente y/o incumplimiento de los procesos internos.</p> <p>Por la falta de seguimiento farmacoterapeutico a los pacientes.</p>	<p>Se establece un plan de necesidades por parte del servicio farmacéutico donde se contempla las de recurso humano para el cumplimiento de estas actividades.</p> <p>Se realiza un seguimiento a las actividades asignadas al personal asistencial del servicio farmacéutico por parte del director técnico (INFORME MENSUAL FARMACOVIGILANCIA).</p> <p>Se lleva indicadores del área asistencial del servicio farmacéutico</p>	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Establecer una comunicación efectiva entre el personal farmacéutico y el personal médico y de enfermería, esto incluye la comunicación de cambios en los medicamentos, posibles interacciones medicamentosas y cualquier otra información relevante.
- ✓ Utilizar un sistema de gestión de medicamentos que permita un seguimiento claro y preciso de los medicamentos desde su recepción hasta su dispensación, esto ayuda a prevenir riesgos y garantizar la disponibilidad de los medicamentos necesarios.
- ✓ Proporcionar capacitación continua al personal farmacéutico para mantenerlos actualizados sobre los nuevos medicamentos, las interacciones medicamentosas y las mejores prácticas en la dispensación de medicamentos.
- ✓ Realizar auditorías periódicas del servicio farmacéutico para identificar áreas de mejora y garantizar el cumplimiento de las normas y regulaciones.
- ✓ Rotación urgente de medicamentos próximos a vencerse.
- ✓ Gestión de riesgos permanente en el sentido a que la gestión ayuda a identificar y controlar proactivamente las amenazas y vulnerabilidades que podrían afectar negativamente el proceso.
- ✓ Mantener un stock mínimo de medicamentos.
- ✓ Realizar contratación con proveedores de medicamentos por licitación.
- ✓ Mantener o establecer un sistema para la notificación y análisis de efectos adversos y reacciones a medicamentos, promoviendo una cultura de seguridad.
- ✓ Proporcionar materiales educativos que expliquen la importancia de la adherencia al tratamiento y cómo tomar los medicamentos correctamente.
- ✓ Asegurar que los medicamentos se almacenen en condiciones adecuadas, respetando las normativas de seguridad y conservación.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



1. Fecha: 19-01-2026

2. Dependencia a evaluar: **Atención de Urgencias**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Alcanzar una articulación en la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutivez de la capacidad instalada del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
- Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización
-

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

Actividad	Indicador	5.1.	5.2.
		Avance producto SGI (%)	Análisis de Resultados
Gestionar intervención individualizada desde humanización a cada uno de los colaboradores que ocasionen manifestaciones de insatisfacción por trato recibido.	Cumplimiento a intervenciones solicitadas	100%	Se llevó a cabo la intervención individual de humanización de acuerdo a lo reportado a Recursos Humanos, para cada colaborador como requisito de hoja de vida. Evidencia: Lo reportado en Gerencia de Talento Humano
Gestionar la ubicación del módulo de triage antes del módulo de admisión en el nuevo software hospitalario para agilizar atenciones con ingreso oportunos según condición.	Oportunidad en la atención de Urgencias.	100%	Ya se cuenta con el módulo dentro del nuevo software Hospitalario SIO
Solicitar a estadística información relacionada con el perfil epidemiológico institucional y socializarlo con equipo de trabajo	Cumplimiento de actividad	100%	Fue solicitado el perfil epidemiológico a la Oficina de Estadística quien entrega de manera periódica y se socializa en los grupos de trabajo para la toma de decisiones.



Garantizar la asignación de recursos, en equipos biomédicos, suministros y talento humano para maximizar la capacidad de atención y mejorar la calidad de atención.	Recursos de talento Humano, equipos, suministros y demás suficientes para la atención	90%	Se complementó y fortaleció el equipo de atención con la asignación de enfermera, médicos. Se doto de cortinas nuevas equipos y muebles Pendiente la asignación de silla Reclinomatica, 5 baterías para monitores.
Formular estrategias que permitan mayor resolutivez por parte del proceso de Urgencias y que favorezcan la descongestión del mismo para mejorar los tiempos de respuesta.	Estrategias de descongestión del servicio y respuesta oportuna al usuario en ejecución.	90%	Se cuenta con gestión de camas con apoyo de enfermera de gestión clínica, las cuales se manejan con censos diarios y grupo de Whatsapp de enfermeras de procesos según necesidad
Gestionar la adecuación del área asignada para descanso y la dotación respectiva.	Cumplimiento a solicitud.	90%	Se realizó la adecuación pertinente del área y fueron asignados dos sofacamás. Pendiente dos sofacamás.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

El proceso de Urgencias debe centrarse en proporcionar atención médica de alta calidad, segura, eficiente y de diagnósticos acertados y oportunos.

El cumplimiento de 6 indicadores de este proceso según lo reportado por la oficina de Planeación es del 95.00%, porcentaje muy satisfactorio. Se exhorta a los funcionarios a continuar en la vigencia 2026 con el mismo compromiso y sentido de pertenencia con la entidad.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Prestar la atención inicial de urgencias a todo usuario que solicite el servicio, propendiendo por el mejor pronóstico y calidad de vida”.

6.2. Riesgos.

Los riesgos descritos a continuación fueron identificados por el Grupo de Atención de Urgencias y se encuentran asociados al proceso “Atención de Urgencias” y se pudo evidenciar una adecuada gestión y los controles operaron satisfactoriamente, excepto el riesgo: “Posibilidad de pérdida Económica por fallas en la no suficiencia de equipos, insumos, medicamento y suministros para la atención debido a fallas en los controles de los sistemas de entrega y recibo de turno”. El cual se materializó, se recomienda mejorar los controles o cambiarlos.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida Económica por fallas en la no suficiencia de equipos, insumos, medicamento y suministros para la atención debido a fallas en los controles de los sistemas de entrega y recibo de turno.	Debido a fallas en los controles de los sistemas de entrega y recibo de turno. Por fallas en la gestión de inventarios para garantizar la disponibilidad de equipos, medicamentos y suministros.	Recepción de equipos, insumos y personal en cambio de turno a través de lista de chequeo	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación. MATERIALIZADO



Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida económico y reputacional por eventos adversos derivados de falta de la alineación del personal nuevo a la operatividad del servicio debido a fallas en los procesos de inducción y reintroducción.	Debido a fallas en los procesos de inducción y Re inducción. Por eventos adversos derivados a la falta de la alineación del personal nuevo a la operatividad del servicio.	1. Procesos de inducción y reintroducción institucionales. 2. Inducción específica en el proceso, con la asignación de la persona nueva a un par con experiencia para trasmisión de conocimientos adecuados. 3. Aplicación del FO- 2781 Formato de entrenamiento específico de Urgencias. 4. Utilización de la estrategia Mentor-mentorizado con la finalidad de que los profesionales de enfermería retroalimenten temas según necesidad. 5. Seguimiento al indicador Numero de Eventos adversos reportados en el periodo.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por fallas en la resolutivez del servicio debido a sobredemandas en el servicio	Debido a sobredemanda de pacientes. Por fallas en la resolutivez del servicio	DS- 0524 procedimiento de descongestión del servicio de Urgencias y mejora en los tiempos de respuesta al usuario. Considerando el indicador de oportunidad en la atención.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
Posibilidad de pérdida reputacional y Económica por fallas en la respuesta del personal ante atención de pacientes críticos debida a la ausencia en la realización de simulacros y entrenamientos	Debido a la ausencia en la realización de simulacros y entrenamientos. Por fallas en la respuesta del personal ante atención de pacientes críticos	Guías y protocolos de atención. Especialistas en Medicina Familiar con experiencia para realización de simulacros.	01/01/2025	31/12/2025	Se aporta como evidencia matriz mapa de riesgos FO – 2256 evaluados por Planeación.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- ✓ Minimizar el tiempo de espera para la atención médica, garantizando que todos los pacientes sean atendidos en un tiempo razonable.
- ✓ Optimizar los flujos de trabajo y la comunicación entre el personal médico y de enfermería para reducir los tiempos de espera en la atención.
- ✓ Continuar con el mejoramiento tecnológico como sistemas de información para agilizar el registro de pacientes y el acceso a su historial clínico.
- ✓ Establecer protocolos claros para la atención de emergencias comunes, como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares.
- ✓ Mejoramiento continuo y permanente en el pronóstico de la afectación de la salud en los pacientes.
- ✓ Gestión de riesgos permanente, en el sentido, a que la gestión ayuda a identificar y controlar proactivamente las amenazas y vulnerabilidades que podrían afectar negativamente el proceso.
- ✓ Tener equipos y herramientas de emergencia, siempre en funcionamiento y a disposición.
- ✓ Proporcionar información clara y oportuna a los pacientes y sus familias sobre el proceso de atención, tiempos de espera y tratamientos.
- ✓ Facilitar la comunicación entre los diferentes servicios y especialidades del hospital para garantizar una atención integral y continua.
- ✓ Establecer indicadores de desempeño para evaluar la eficacia del servicio de urgencias, como tiempos de espera, tasas de reingreso y satisfacción del paciente.
- ✓ Proporcionar capacitación continua al personal médico y de enfermería en atención de urgencia, manejo de crisis y atención al paciente.

8. Firmas:

JUAN ALBERTO VARGAS ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Control Interno



Introduce el