

# PLAN ANUAL DE AUDITORÍA VIGENCIA 2026

DOCUMENTO CONTROLADO

## INTRODUCCIÓN

El Plan Anual de Auditoría (PAA) para la vigencia 2026 de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, se fundamenta en el cumplimiento del marco legal que rige el control interno en las entidades públicas colombianas, principalmente la Ley 87 de 1993 y las disposiciones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), adoptado mediante el Decreto 1499 de 2017.



El propósito primordial de la Oficina de Control Interno es fortalecer la gestión institucional mediante la evaluación objetiva y sistemática de los procesos y del Sistema de Control Interno (SCI). Esta función está orientada a verificar la debida aplicación de los principios constitucionales de la función administrativa: eficiencia, eficacia, economía, celeridad, moralidad, publicidad y transparencia (Art. 209 de la Constitución Política de Colombia).

Adicionalmente, esta Oficina contribuye activamente a la función preventiva, buscando evitar que acciones o decisiones administrativas se aparten de las disposiciones legales vigentes o contravengan el interés general y el mejor servicio a la comunidad, actuando como un mecanismo de salvaguarda de los recursos y el cumplimiento de la misión institucional.

El PAA 2026 es la herramienta estratégica que define el alcance, los recursos, el cronograma y los responsables de las auditorías a todos los niveles de la organización. Su diseño se realiza bajo un enfoque basado en riesgos, identificando las áreas, procesos o asuntos de mayor criticidad para la E.S.E., con el fin de emitir recomendaciones oportunas que permitan la implementación de acciones de mejora continua en línea con los objetivos estratégicos definidos en el MIPG.

Los procesos de auditoría interna a cargo del área de Control Interno se realizan de manera articulada, aprovechando las fortalezas evidenciadas en las áreas de Calidad y Planeación. Calidad, en el marco de la ejecución del PAMEC, prioriza auditorías especialmente a las áreas misionales. Por otra parte, el área de Planeación presenta insumos importantes de control; uno de ellos son los seguimientos trimestrales realizados a cada una de las áreas responsables de las 58 estrategias expuestas en el Plan de Desarrollo Institucional, así mismo, los resultados de los seguimientos semestrales a los planes y políticas institucionales, permitirán al área de control interno solicitar los planes de mejoramiento según las áreas que no vayan cumpliendo con los indicadores. Por otra parte, el área de planeación consolida la matriz de riesgo de la institución, la cual es base para la priorización de las auditorías que se realizarán por parte de Control interno de manera directa y que se planifican según el cronograma expuesto en el presente plan.

DOCUMENTO CONTROLADO

	<b>PLAN ANUAL DE AUDITORÍA</b>	<b>Fecha:</b> 26/01/2026	
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> ME-GGE-PL-019	
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA</b>	<b>Versión:</b> 01	
	<b>PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL</b>	<b>Página No:</b> 4 de 36	

## 1. JUSTIFICACIÓN

El Plan Anual de Auditoría (PAA) para la vigencia 2026 constituye la herramienta fundamental para la Oficina de Control Interno, permitiendo la evaluación objetiva y sistemática de los procesos y procedimientos implementados en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua. Este plan se desarrolla bajo un enfoque basado en riesgos, en concordancia con los lineamientos establecidos por la Resolución 037 de 2021 (que actualiza el componente de Monitoreo y Evaluación del MIPG) y la Ley 87 de 1993.

La finalidad del PAA 2026 es verificar la debida aplicación de los principios de la función administrativa —eficiencia, eficacia, economía, celeridad, moralidad, publicidad y transparencia (Art. 209 C.P.)— en el desarrollo de las actividades misionales y de apoyo del Hospital. A través de la aplicación rigurosa de técnicas y métodos de auditoría, se recolectarán evidencias que permitan determinar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas definidos en el Plan de Acción institucional para el periodo.

Este Plan busca articular y armonizar las funciones inherentes a la Gestión de la Calidad y el Control Interno, integradas bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Se priorizará el Control Preventivo y Concurrente (en lugar de solo previo y perceptivo), mediante la participación activa de los líderes de procesos, la oficina de Planeación y el equipo de calidad, con el fin de identificar hallazgos, emitir informes consolidados y proponer estrategias de mejora que impacten positivamente la eficacia y eficiencia organizacional.

El resultado de las auditorías permitirá a la Gerencia contar con información oportuna y confiable para la toma de decisiones, facilitando la prevención, mitigación y/o corrección de las desviaciones encontradas. La ejecución del PAA

se registrará estrictamente por el cronograma acordado con los responsables de los procesos. Cualquier modificación o ajuste sustancial a este plan durante la vigencia 2026 requerirá la formalización mediante el acto administrativo correspondiente, garantizando la trazabilidad y el soporte legal de la gestión de auditoría.



## 2. PROPOSITO DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA

El Plan Anual de Auditoría (PAA) para 2026 tiene como propósito establecer la hoja de ruta para evaluar y contribuir al mejoramiento continuo de la eficacia de los procesos de Gobierno, Gestión del Riesgo y Control de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua. La ejecución se realizará bajo un enfoque sistemático, disciplinado y basado en riesgos, conforme a lo establecido en la Ley 87 de 1993 y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir, mediante el ejercicio independiente e imparcial de la Auditoría Interna, al fortalecimiento institucional de la E.S.E. a través de la formulación de recomendaciones válidas y fundamentadas en evidencia. Esto se logrará mediante la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos (definidos en la Plataforma Estratégica), los programas y proyectos, identificando debilidades operacionales que requieran acciones correctivas y de mejora continua para la gestión.

 <p>E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA — Salud Integral, Impacto Real —</p>	<p><b>PLAN ANUAL DE AUDITORÍA</b></p>	<p><b>Fecha:</b> 26/01/2026</p>	 <p>mipg   modelo integrado de planeación y gestión</p>
	<p><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b></p>	<p><b>Código:</b> ME-GGE-PL-019</p>	
	<p><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA</b></p>	<p><b>Versión:</b> 01</p>	
	<p><b>PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL</b></p>	<p><b>Página No:</b> 6 de 36</p>	

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ **Alineación Estratégica:** Establecer la correspondencia directa entre los objetivos, planes y programas de las diferentes dependencias y las metas definidas en el Plan de Desarrollo de la E.S.E.
- ✓ **Verificación de la Gestión:** Desarrollar actividades programadas de acompañamiento, seguimiento y evaluación a la ejecución de los procesos, garantizando la calidad y oportunidad de la labor misional y de apoyo.
- ✓ **Evidencia y Oportunidad:** Obtener información y evidencias suficientes y competentes que soporten recomendaciones objetivas respecto a la eficiencia, eficacia, efectividad y economía de los procesos auditados.
- ✓ **Fortalecimiento del Autocontrol (MECI/MIPG):** Verificar la correcta implementación y operación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), componente del MIPG, promoviendo el autocontrol y la capacidad de cada servidor público para detectar y corregir desviaciones operativas.
- ✓ **Cumplimiento Técnico:** Verificar la adhesión estricta a las Guías de Manejo, Protocolos de Atención y las directrices de Bioseguridad establecidos institucionalmente para el desarrollo de los procesos misionales.
- ✓ **Asesoría y Acompañamiento:** Interactuar permanentemente con los responsables de las áreas y dependencias para brindar asesoría y acompañamiento técnico desde el equipo auditor, promoviendo una cultura de prevención.

- ✓ **Comunicación y Soporte a la Dirección:** Comunicar los resultados de los procesos auditados de manera oportuna a la Gerencia, asegurando que sirvan como insumo fundamental para la toma de decisiones estratégicas.
- ✓ **Mejora Continua y Prevención:** Propender por el mejoramiento continuo de la gestión institucional, buscando minimizar los posibles hallazgos que puedan ser determinados por los organismos de control externos.
- ✓ **Transparencia y Confiabilidad:** Garantizar la transparencia y la objetividad en los resultados de las auditorías internas, fortaleciendo la credibilidad del sistema ante los entes de vigilancia y control.

#### 4. MARCO CONCEPTUAL

El Plan Anual de Auditoría 2026 se sustenta en el marco legal y técnico vigente en Colombia, asegurando que la función de auditoría se ejerza con autoridad y pertinencia para la gestión de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua.

##### 4.1. Marco Constitucional y Legal Fundacional

- ✓ Constitución Política de Colombia (1991): Se toman como base los principios de la función administrativa (Art. 209) y las disposiciones relativas al control fiscal y la responsabilidad de los servidores públicos (Art. 269).
- ✓ Ley 87 de 1993: Norma fundamental que establece las bases para el Sistema de Control Interno (SCI) en las entidades públicas.

##### 4.2. Marco Técnico de Gestión (MIPG)

El control interno se articula dentro del marco rector de la gestión pública:



- ✓ Decreto 1499 de 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, adoptando el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que integra el SCI y el Sistema de Gestión de Calidad (SGC).
- ✓ Resolución 037 de 2021 (o la norma vigente que la actualice): Establece las directrices para el Componente de Monitoreo y Evaluación del MIPG, siendo el PAA una herramienta esencial para su cumplimiento.
- ✓ Normativa Sectorial: Se consideran las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social relativas al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS), esenciales para la auditoría de los procesos misionales.

#### **4.3. Instrumentos Internos y Guías**

- ✓ Manual de Funciones, Procesos y Procedimientos de la E.S.E.: Documentos internos que definen el mapa de procesos a ser auditados y los criterios de cumplimiento operativos.
- ✓ Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas (DAFP), se utilizará como referencia metodológica para el diseño y ejecución de las auditorías, asegurando la aplicación del enfoque basado en riesgos.
- ✓ Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011): Se tendrá en cuenta en la revisión de procesos de contratación y manejo de recursos públicos para prevenir riesgos de corrupción.

## **5. ALCANCE**

Las actividades de aseguramiento y consultoría del Plan Anual de Auditoría 2026 se circunscriben a la presentación de informes derivados de auditorías basadas en riesgos, informes especiales requeridos por ley, seguimiento a la implementación de los planes de mejoramiento, participación en los comités institucionales pertinentes, y la atención oportuna a los requerimientos de los entes externos de control.

	<b>PLAN ANUAL DE AUDITORÍA</b>	<b>Fecha:</b> 26/01/2026	
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> ME-GGE-PL-019	
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA</b>	<b>Versión:</b> 01	
	<b>PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL</b>	<b>Página No:</b> 9 de 36	

La comunicación de las recomendaciones para la mejora continua se dirigirá a los líderes de proceso, la Gerencia General, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Junta Directiva.

La auditoría interna institucional se enfocará en tres dimensiones fundamentales de evaluación, alineadas con los componentes del MIPG:

- 5.1. Guías Dimensión de Cumplimiento Normativo:** Se verificará la adherencia del Hospital a las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y de autorregulación que le sean aplicables, tomando como referencia principal la Ley 87 de 1993 y las directrices del MIPG.
- 5.2. Dimensión Estratégica:** Se auditará el grado de avance y el logro de los objetivos definidos en la Plataforma Estratégica, evaluando el desempeño de los sistemas gerenciales de la Administración en la consecución de su misión.
- 5.3. Dimensión de Gestión y Resultados:** Se examinarán las actividades operativas y los controles internos asociados, con el fin de determinar el grado de economía, eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos. Se evaluarán los métodos de información y medición para determinar el impacto real de los bienes y servicios entregados a la ciudadanía y a las partes interesadas.

## 6. POBLACION OBJETIVO

La población objetivo del Plan Anual de Auditoría 2026 está constituida por el conjunto de procesos, procedimientos, dependencias, programas y asuntos de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua que, debido a su criticidad, impacto en el logro de los objetivos institucionales o nivel de riesgo (identificado en

la Matriz de Riesgos), han sido seleccionados para ser auditados durante la vigencia.

La población se segmentará para asegurar una cobertura integral, abarcando:

- 6.1. Dimensión de Gestión Procesos Misionales y de Apoyo:** Incluyendo todas las áreas administrativas, financieras, jurídicas, de talento humano, y las relacionadas directamente con la prestación de servicios de salud (clínicos y de soporte).
- 6.2. Ejes de Gestión del MIPG:** Se priorizarán procesos que impacten directamente los componentes críticos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), tales como: Gobierno, Planeación, Resultados, Control y Rendición de Cuentas.
- 6.3. Asuntos Transversales:** Temas específicos identificados como de alto riesgo o de interés gerencial (ej. Contratación de alto valor, Gestión documental, Seguridad y Salud en el Trabajo).

## 7. MARCO NORMATIVO O LEGAL

NORMOGRAMA	
Normatividad	Descripción y Aplicación
Constitución Política de Colombia (1991)	Artículos 209 (Principios de la Función Administrativa) y 269 (Control Interno y Responsabilidad).
Ley 87 de 1993	Establece las normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades del Estado.
Ley 489 de 1998	Por la cual se expiden normas sobre la descentralización, organización y

	funcionamiento de la Administración Pública Nacional.
Ley 1474 de 2011	Estatuto Anticorrupción. Aplicable en la revisión de procesos sensibles como contratación y manejo de recursos.
Decreto 1537 de 2001	Reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos del SCI.
Decreto 1499 de 2017	Por medio del cual se adopta e implementa el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que articula el SCI.
Resolución 037 de 2021 (o la norma que la actualice)	Establece las directrices para el componente de Monitoreo y Evaluación del MIPG.
Normativa Sectorial Vigente	Disposiciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social relativas a la habilitación y calidad de los servicios (SOGCS)
Documentos Internos	Plan de Desarrollo Institucional, Políticas y Planes Institucionales, Manual de Funciones de la E.S.E., Manuales de Procesos y Procedimientos, y la Matriz de Riesgos Institucional.

## 8. CRITERIOS

Los criterios específicos que se tendrán en cuenta para desarrollar el Programa de Auditorías Internas son:

- ✓ **La importancia de los procesos:** Los procesos que tengan dependencia directa con los macroprocesos de la ESE.
- ✓ **El estado de los procesos:** los procesos que de acuerdo con los resultados de desempeño que indiquen debilidades.
- ✓ **Prioridades de la Dirección:** de acuerdo con los propósitos de la alta dirección deben ser evaluados, o como resultado de prioridades creadas en el desarrollo de la gestión durante la vigencia.
- ✓ **Procesos o servicios con fallas de calidad evidenciadas:** Quejas, peticiones o reclamos de clientes internos, externos o atención al usuario.
- ✓ Requerimientos establecidos por los entes de control y procesos con alto nivel de riesgo.

## 9. METODOLOGIA DEL PROCESO DE AUDITORIA

Se debe adoptar una adecuada metodología para el desarrollo de Plan Anual de Auditorías, de acuerdo con lo establecido en el Marco normativo y las Normas Internacionales de Auditorías NIAS.

El ejercicio de la Auditoría Interna comprende cuatro fases a saber:

- ✓ Planeación de la Auditoria.
- ✓ Ejecución
- ✓ Informe
- ✓ Seguimiento



Fuente: Guía Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas - DAFP 4.0 Página 28

## 10. TÉCNICAS DE AUDITORÍA

Las técnicas de auditoría constituyen los procedimientos especiales y sistemáticos que el equipo auditor empleará para obtener evidencia suficiente, competente y relevante, necesaria para formarse un juicio profesional y objetivo sobre la materia examinada, conforme a los objetivos definidos en el Plan Anual de Auditoría (PAA) de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua.

El uso de estas técnicas se fundamenta en el marco general de la función pública y el control interno, especialmente en lo dispuesto por la Ley 87 de 1993 (que establece las normas para el control interno en las entidades públicas) y las directrices emitidas por la Contraloría General de la República (CGR).

Las técnicas se aplicarán de manera integral, combinando los enfoques Verbales, Oculares, Documentales y Físicas, según lo requiera la naturaleza del proceso a auditar:

<b>A. Técnicas Oculares y Verbales (Reconocimiento y Entendimiento)</b>		
<b>Estas técnicas buscan obtener una comprensión clara del proceso y la realidad operativa, contrastando la información formal con la práctica:</b>		
<b>Técnica</b>	<b>Aplicación Específica en la E.S.E.</b>	<b>Argumento</b>
<b>Indagación (Verbal)</b>	Entrevistas directas y diálogos estructurados con funcionarios (niveles operativos, mandos medios y directivos) para comprender el desarrollo de funciones, el flujo de información y la aplicación de protocolos clínicos y administrativos.	Esencial para evaluar la cultura de autocontrol y la comprensión de los procesos, siendo un pilar para la valoración del ambiente de control.
<b>Observación (Ocular)</b>	Contemplación directa y detallada de la ejecución de procesos críticos (ej. ingreso de pacientes, manejo de medicamentos, procesos de facturación y cobro) durante su desarrollo normal.	Permite verificar la existencia y aplicación de los procedimientos documentados, contrastando la realidad con lo establecido en los manuales y protocolos internos de la E.S.E.

<b>Encuestas y Cuestionarios (Verbal/Documental)</b>	Aplicación de instrumentos estandarizados para recolectar información cuantitativa y cualitativa de manera masiva o focalizada sobre el conocimiento de normas o la percepción de riesgos.	Útil para obtener información estructurada de un grupo amplio de colaboradores, facilitando la posterior Tabulación y Análisis estadístico.
--	--	---

#### B. Técnicas Documentales (Soporte y Legalidad)

**Estas técnicas son cruciales para verificar la existencia, exactitud, validez y oportunidad de los soportes que justifican las operaciones financieras, asistenciales y administrativas, en concordancia con el Régimen de Contabilidad Pública (Decreto 2706 de 2012 y normas concordantes).**

<b>Comprobación y Confirmación</b>	Examen riguroso de documentos fuente (historias clínicas, facturas, contratos, órdenes de compra, soportes contables) para confirmar su veracidad, legalidad y legitimidad. Se puede solicitar confirmación externa (ej. a proveedores o aseguradoras).	Permite verificar el cumplimiento de los requisitos legales y contractuales en la ejecución de los recursos públicos de la E.S.E.
------------------------------------	---	---

<p><b>Análisis y Cálculo</b></p>	<p>Separación de elementos de documentos complejos (ej. presupuestos, liquidación de contratos, tarifas de servicios) para verificar la exactitud aritmética y la conformidad con las tarifas y normativas vigentes (ej. tarifas SOAT, UPC).</p>	<p>Fundamental para evaluar la materialidad de los riesgos financieros y la correcta aplicación de los recursos.</p>
<p><b>Revisión Selectiva y Rastreo</b></p>	<p>Examen de una muestra representativa de transacciones (ej. muestreo estadístico) o seguimiento completo a una operación desde su inicio hasta su finalización (rastreo de un ciclo de facturación o de un proceso de compra).</p>	<p>Asegura que las conclusiones obtenidas sean representativas del universo auditado, permitiendo al auditor ser eficiente en el uso del tiempo y recursos, especialmente ante la limitación de personal.</p>

El auditor mantendrá la plena facultad de aplicar cualquier otra prueba o técnica que considere necesaria durante el desarrollo de las auditorías, si las circunstancias lo ameritan, para obtener la evidencia suficiente que soporte sus hallazgos y conclusiones, garantizando así la integralidad y objetividad del proceso de auditoría interna.

## 11. PERIODO

De acuerdo con el cronograma diseñado por Control Interno, basado en las necesidades de evaluación y seguimiento que se consideran objetivamente estratégicos y reconociendo las limitaciones operativas, se realizarán las auditorías en el periodo de la vigencia 2026.

Durante el mes de enero y febrero de 2026, las acciones de Control Interno están relacionadas con la elaboración y entrega de los informes que le competen por disposición legal o reglamentaria.

Durante la vigencia y en los periodos que así lo disponga la ley o los reglamente, Control Interno entregará la información, de cuya fuente sea responsable, a las dependencias que la consoliden o directamente al órgano de control que así lo solicite expresamente; en este último caso, la solicitud del órgano de control debe ser directa al Asesor de Control Interno y a través del procedimiento señalado legamente por el ente de control.

## 12. RESPONSABLES

El artículo sexto de la Ley 87 de 1993, señala que el responsable del Sistema de Control Interno, **en cuanto al establecimiento y desarrollo**; es el Representante legal de la entidad. **En relación con la aplicación de los métodos y procedimientos**, al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno; son los jefes de cada una de las distintas dependencias. Así mismo, de conformidad con el decreto 1499 de 2017, Modelo Integrado de Planeación y Gestión — MIPG, **la responsabilidad de evaluar en su conjunto el sistema de control interno** estará a cargo de la Oficina de Control Interno.

Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye

en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de la Oficina de Control Interno. Para ello se ha implementado el modelo de las Tres Líneas de Defensa, que facilitan una manera simple y efectiva para mejorar las comunicaciones en la gestión de riesgos y control mediante la aclaración de las funciones y deberes esenciales relacionados.

El modelo de las Tres Líneas de Defensa puede aumentar la claridad respecto a los riesgos y los controles, y ayudar a mejorar la efectividad de los sistemas de gestión de riesgos. Según el modelo, el control de la gerencia es la primera línea de defensa en la gestión de riesgos; las áreas con funciones de supervisión de riesgos y controles de cumplimiento establecidas por la administración son la segunda línea de defensa; el aseguramiento independiente es la tercera.

Cada una de estas "líneas" juega un papel distinto dentro del marco amplio de gobernabilidad de la organización.

- ✓ **Línea Estratégica:** Integrada por la alta dirección y el equipo directivo.
- ✓ **Primera Línea:** Compuesta por los gerentes públicos y los líderes de proceso.
- ✓ **Segunda Línea:** Constituida por servidores responsables del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, oficina de calidad, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités, entre otros).
- ✓ **Tercera Línea:** Conformada por la Oficina de Control Interno.

### 13. RECURSOS

Para garantizar la ejecución efectiva y el cabal cumplimiento de los objetivos definidos en el Plan Anual de Auditoría Interna (PAA) para la vigencia 2026 de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, se requiere el compromiso, la participación y el direccionamiento estratégico de la Alta

Dirección sobre todos los servidores de la entidad, asegurando la disponibilidad y el acceso oportuno a los recursos necesarios.

Los recursos requeridos se clasifican en las siguientes categorías:

✓ **Recursos Físicos**



Corresponden a la infraestructura y elementos básicos necesarios para el desarrollo de las labores de la Oficina de Control Interno:

- ✓ **Infraestructura:** Espacio de oficina asignado y adecuado que garantice la confidencialidad de la información auditada.
- ✓ **Elementos:** Mobiliario operativo (escritorios, sillas ergonómicas) y equipos de oficina necesarios para el trabajo diario.
- ✓ **Equipos:** Estaciones de trabajo (computadores) con la capacidad de procesamiento y conectividad adecuadas para el manejo de grandes volúmenes de información y el uso de software especializado.
- ✓ **Recursos Tecnológicos:** Son las herramientas informáticas indispensables para la recolección, procesamiento y análisis de la evidencia de auditoría, optimizando la eficiencia del proceso.
- ✓ **Software Central:** El sistema Dinámica Gerencial se establece como la principal fuente de información primaria para la auditoría, siendo el medio por el cual se accederá a la información contable, presupuestal, facturación, contractual, inventarios y de gestión de la E.S.E.
- ✓ **Herramientas Auxiliares:** Licencias de software para análisis estadístico, manejo de bases de datos y herramientas de ofimática avanzada para la elaboración de informes y documentación técnica.

- ✓ **Recursos Humanos:** El equipo humano esencial para el desarrollo de las auditorías internas, garantizando la idoneidad técnica y el conocimiento del contexto institucional.
- ✓ **Núcleo de Control Interno:** El funcionario Asesor de Control Interno liderará la planeación, ejecución y seguimiento del PAA.
- ✓ **Recursos Complementarios:** Se contará con el apoyo y la colaboración interinstitucional del personal clave de las oficinas de Calidad y Planeación, cuya experticia es fundamental para complementar el proceso de auditorías internas, especialmente en la verificación de cumplimiento normativo y la alineación estratégica.
- ✓ **Recursos Financieros**  
Corresponden a los recursos económicos asignados para la operación y el fortalecimiento de la oficina.
- ✓ **Presupuesto Operativo:** El presupuesto asignado a la Oficina de Control Interno para la vigencia 2026, está conforme a lo establecido en el Plan Anual de Adquisiciones de la E.S.E., para cubrir gastos de capacitación especializada, insumos no cubiertos por la infraestructura básica y posibles requerimientos de consultoría puntual.

#### 14. COBERTURA DEL UNIVERSO DE AUDITORÍA

El universo de auditoría para el PAA 2026 se define como el conjunto finito y global de las áreas, procesos de la organización y la identificación y ubicación de las funciones que podrían ser auditadas, con el fin de proporcionar un aseguramiento adecuado sobre el nivel de gestión de riesgos de la organización. Para determinar este universo, se consultarán y analizarán las

	<b>PLAN ANUAL DE AUDITORÍA</b>	<b>Fecha:</b> 26/01/2026	
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> ME-GGE-PL-019	
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA</b>	<b>Versión:</b> 01	
	<b>PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL</b>	<b>Página No:</b> 21 de 36	

diversas fuentes de información a las que la oficina de Control Interno tiene acceso en virtud de la autoridad emanada de la Ley, incluyendo los macroprocesos, procesos y proyectos definidos en el mapa de procesos de la E.S.E.

## Mapa de Procesos





## 15. ESTRUCTURA ESTRATÉGICA DEL PLAN

La estructura estratégica del PAA – Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2026, en primera instancia está compuesta por un **diagnóstico**, que expone, a través de la herramienta DOFA, la situación actual del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, dejando en evidencia las debilidades más marcadas, así como las fortalezas que la entidad

— Salud Integral, Impacto Real —

*“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco “Documento Controlado” Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital”.*

	<b>PLAN ANUAL DE AUDITORÍA</b>	<b>Fecha:</b> 26/01/2026	
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> ME-GGE-PL-019	
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA</b>	<b>Versión:</b> 01	
	<b>PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL</b>	<b>Página No:</b> 22 de 36	

presenta frente al SCI. De igual manera, el diagnóstico permite hacer una exposición de las oportunidades y amenazas que desde el punto de vista externo se presentan. Como segundo componente, se plantea la parte **estratégica**, teniendo en cuenta la combinación de factores arrojados en el diagnóstico. Seguidamente se esbozan las actividades para el cumplimiento de las estrategias, acompañadas de los productos o resultados y los indicadores para cada estrategia; por último, se realiza el cronograma de actividades.

### 15.1. DIAGNÓSTICO DOFA

#### DEBILIDADES

**D1.** Planes de mejoramientos derivados de auditorías de la Contraloría Departamental del Huila, de vigencias anteriores abiertos, no se ha realizado el cierre definitivo.

**D2.** Equipo de trabajo limitado, solo hay una persona encargada de Sistema de Control Interno.

**D3.** No se realizaron planes de mejoramiento con base en la matriz de riesgos.

**D4.** Deficiente articulación con la oficina de Planeación, no se tuvo en cuenta los informes de seguimiento que el área de Planeación realizó al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional, Planes y Políticas Institucionales.

**D5.** No se han cargado en la pestaña de Control Interno, los seguimientos sobre austeridad del gasto.

**D6.** No se evidencian cargados en la página web, los informes por parte de Control Interno sobre la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana diseñados por la entidad.

**D7.** Falta apropiación del autocontrol como mecanismo inherente a los procesos.

## FORTALEZAS

**F1.** Compromiso de la gerencia.

**F2.** Equipo fortalecido de la oficina de Calidad; se encargan de realizar auditorías a los procesos misionales y elaboran y hacen seguimiento al PAMEC.

**F3.** Oficina de Planeación comprometida como segunda línea de defensa; realiza seguimientos trimestrales al Plan de Desarrollo Institucional y seguimientos semestrales a las Políticas y Planes Institucionales.

**F4.** Oficina de Planeación lidera y coordina la matriz de riesgos de la entidad y el Plan de Transparencia y Ética Pública, anteriormente llamado PAAC – Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

## OPORTUNIDADES

### O1. Oportunidad de Delegación Estratégica

Aprovechar el compromiso y la capacidad técnica del equipo de Calidad para la realización de las auditorías misionales, liberando tiempo al único funcionario de SCI para enfocarse en el seguimiento de hallazgos de entes externos y la gestión del riesgo.

### O2. Oportunidad de Articulación Formalizada

Capitalizar el compromiso de la Oficina de Planeación para establecer un mecanismo obligatorio y periódico de retroalimentación con SCI. Esto permitiría que los seguimientos al Plan de Desarrollo (que Planeación ya realiza) se conviertan en insumos directos y validados para la matriz de riesgos de SCI y la formulación de planes de mejoramiento.

### O3. Oportunidad de Implementación Tecnológica para el Seguimiento

Utilizar la existencia de la Matriz de Riesgos coordinada por Planeación, y los Planes de Mejoramiento abiertos, para implementar un sistema de seguimiento automatizado. Esto reduce la dependencia del seguimiento manual que actualmente es una debilidad.

#### **O4. Oportunidad de Estandarización del Autocontrol**

Dado el marco del MIPG, existe la oportunidad de solicitar a la Gerencia que se emita una directriz clara que integre el autocontrol en las funciones de todos los líderes de proceso, forzando la apropiación que actualmente se carece.

#### **O5. Oportunidad de Cumplimiento Normativo Externo**

Estructurar y presentar informes consolidados (Austeridad y Mecanismos de Atención Ciudadana) a la Gerencia, alineando estos requerimientos externos con la información que ya se está recolectando internamente.

### **AMENAZAS**

#### **A1. Inestabilidad Regulatoria del Sector Salud**

Los cambios frecuentes en la legislación del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) pueden generar desactualización rápida de los procedimientos internos y dificultar la verificación del cumplimiento normativo por parte de SCI.

#### **A2. Presión Fiscal y Austeridad Presupuestal**

La necesidad continua de demostrar austeridad puede generar resistencia gerencial a asignar los recursos necesarios para implementar las recomendaciones de mejoramiento propuestas por la auditoría.

#### **A3. Riesgo de Desabastecimiento o Crisis Logística**

Dependencia de la cadena de suministro externa para insumos y medicamentos. Una interrupción impacta directamente la eficacia de los procesos misionales que el PAA 2026 debe auditar.

#### **A4. Aumento de la Vigilancia Externa**

Un incremento en la frecuencia o el rigor de las auditorías externas (Contraloría Departamental del Huila, Supersalud) puede desviar el foco y los recursos del equipo limitado de SCI para atender requerimientos urgentes, descuidando el seguimiento interno.

#### **A5. Riesgo de Ilusión de Solvencia por Morosidad de las ERPs**

A pesar de que la calificación interna del riesgo financiero clasifica a la E.S.E. sin riesgo, la alta dependencia del flujo de caja de las Entidades Responsables de Pago (ERPs) y el riesgo sostenido de mora o impago representan una amenaza externa latente. Esta situación puede deteriorar rápidamente la liquidez, comprometer la capacidad operativa y afectar la sostenibilidad financiera, siendo un foco crítico para la auditoría en el componente de gestión de recursos.

### **15.2. ANÁLISIS DE RIESGOS MATERIALIZADOS EN LA VIGENCIA 2025**



Para la vigencia 2025 se identificaron 88 riesgos que se encuentran clasificados en la Matriz de riesgos que lidera el área de Planeación, a la fecha (20 de enero de 2026), no se ha presentado un informe al área de Control Interno sobre la materialización de estos, sin embargo, en la articulación con el área de Planeación, a través de correo electrónico del 18 de enero de 2026, el área de Planeación realiza una proyección tentativa de materialización de 7 riesgos:

- R1:** Agresiones verbales y físicas a la misión médica.
- R2:** Deficiencia cobertura prestación servicio Call Center.
- R9:** Perdida y daño de activos; falta de seguridad y custodia de los equipos, robos equipos, inventarios no acordes a la realidad
- R11:** Riesgo Legal o Normativo (TRD TVD).
- R12:** Software Eclipse (mínima utilización de la herramienta).
- R31:** Muestra mal tomada.
- R36:** No compra del carro de paro.

En el siguiente cuadro, se evidencia la clasificación de los riesgos en mención, según la matriz de la vigencia 2025 y el área responsable, lo cual es el insumo para priorizar en el cronograma de auditorías a realizar en la vigencia 2026.

Una vez se realice el informe consolidado de los riesgos materializados, por parte de la oficina de Planeación, el Asesor de Control Interno analiza si se requiere solicitar planes de mejora o se realizan los seguimientos correspondientes según los PM que Planeación solicite.

FORMATO MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2025											FECHA:	25		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA											CÓDIGO:	MECS- SR-AR-F-013		
PROCESO: CONTROL INTERNO GESTIÓN Y ADMINISTRACION DE RIESGOS											VERSIÓN:			
SUBPROCESO:											PÁGINA No:			
No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DEFENCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA			
				SI	NO									
<b>ATENCIÓN AL USUARIO</b>														
R1	Agresiones físicas y psicológicas entre ellas la agresión verbal o amenazas.	1. La falta de acceso a servicios de salud de calidad. 2. La vulnerabilidad de los derechos de los pacientes.	1. Agresión verbal y/o física por parte de usuarios a colaboradores.	x		Reporte de agresiones a la EPS, Misión médica.	Moderado	3	Probable	4	Regular	3	36	1. Capacitaciones constantes por parte del área de humanización. 2. Se solicitará control de seguridad. 3. Cumplimiento de la norma para manejo de agresión al personal de salud.
R2	Deficiencia en la Cobertura de la prestación del servicio del call Center	1. Tiempos largos de espera para solicitud de citas. 2. Oportunidad de agendas abiertas. 3. Cancelación de citas medicas especializadas sin previo aviso.	1. Incumplimiento de citas. 2. Insatisfacción en la prestación de los servicios de salud. 3. Contratación con otras IPS	x		Se cuenta con procedimiento para asignación de citas por los canales habilitados y apertura de buzónes de sugerencias.	Mayor	4	Casi segura	5	Regular	3	60	1. Planeación de los cuadros de turno por parte de la subgerencia. 2. Realizar seguimiento con la jefe de consulta externa, call center para revisar temas como la cancelación de citas. 3. Reprogramación de agendas, citas prioritarias.
<b>AMBIENTE FÍSICO</b>														
R9	Pérdida y daño de activo	1. Falta de control de inventarios y la no documentación de los trasladados y/o bajas de equipos 2. No hay oportunidad en el mantenimiento correctivo por falta de un stock que ocasiona demora en la respuesta 3. Falta de capacitación al personal en manejo de equipos 4. Falta de seguridad y custodia de los equipos 5. Robos de los equipos 6. Falta en el fluido eléctrico	1. Deterioro patrimonial 2. Sobrecostos 3. Falta en la prestación del servicio 4. Insatisfacción del cliente interno y externo	x		Inventario actualizado, ejecución del cronograma, Actualización manual de activos físicos y procedimientos	Mayor	4	Probable	4	Regular	3	48	1. Actualizar manual de activos físicos y procedimientos 2. Seguimiento cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos y de infraestructura 3. Seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento
<b>GESTIÓN DOCUMENTAL (ARCHIVO)</b>														
R11	Riesgo legal o normativo – falta de TRD	Falta de asignación de recursos No tener un organigrama actualizado	Sanciones por incumplimiento a las leyes y normas del archivo general de la nación	x		Se cuenta con los siguiente instrumento archivísticos: Política de Gestión Documental Pinar Comité interno de Archivo Diagnóstico Integral de Archivo Manual del sistema integrado de conservación Informe de actividades ejecutadas y avances de enero a diciembre	Moderado	3	Probable	4	Correcta	5	60	Sera de obligatorio cumplimiento para la entidades del estado elaborar y adaptar las respectivas tablas de retención documental
R12	Riesgo tecnológico - software ECLIPSE	Contamos con un software, pero no se lleva el control y organizacional de las series, subseries, tipos documentales con el tiempo de retención y disposición final de los documentos	Pérdida de la información y trazabilidad de la misma sin tener un respaldo en el seguimiento	x		Implementación e instalación del Software Eclipse para todo personal	Menor	2	Posible	3	Correcta	5	30	Se requiere la capacitación al personal para el uso adecuado del software eclipse
<b>LABORATORIO</b>														
R31	Muestra mal tomada ( hemolizada, coagulada, cantidad insuficiente, tubo equivocado	Error en la fase preanalítica	Doble Punción Demora en el reporte y tratamiento del paciente	x		Verificación positiva en la cantidad de la muestra	Adverso	5	Casi segura	5	Correcta	5	125	Supervisión al proceso de toma de muestras por parte del área de enfermería. Capacitación periódica al personal auxiliar de enfermería por el área de laboratorio. Retroalimentación en cada uno del servicio de los eventos e incidentes presentados en el periodo.
<b>CONSULTA EXTERNA</b>														
R36	Demora en la atención de una situación que amenace la vida de un usuario, funcionario o visitante por no disponibilidad de equipo de emergencia (cama de paro)	No disponibilidad de cama de paro en el servicio de Consulta Externa	Pérdida de vidas humanas. Empeoramiento del estado de salud. Imagen negativa de la institución. Implicaciones legales (demandas).	x		El carro de paro disponible más cercano se encuentra en el Servicio de Urgencias.	Mayor	4	Raro	1	Mejorable	4	16	Diligenciamiento del formato solicitud novedades del servicio para la compra del carro de paro

	<b>PLAN ANUAL DE AUDITORÍA</b>	<b>Fecha:</b> 26/01/2026	
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> ME-GGE-PL-019	
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA</b>	<b>Versión:</b> 01	
	<b>PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL</b>	<b>Página No:</b> 28 de 36	

### 15.3. ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Categoría Operativa (Eje Estratégico)	CRUCE (Factores DOFA)	DESCRIPCIÓN DEL EJE	ACCIONES CLAVE (Vinculadas al Cronograma)	PRODUCTOS / RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR (Fórmula de Medición)
<b>1. Cumplimiento de Informes de Ley</b>	D5, D6, A1, O5 (FA/DO)	Asegurar la recolección, verificación y publicación oportuna de los informes requeridos por ley, mitigando el riesgo de incumplimiento normativo externo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia y periodicidad de los reportes de austeridad y atención ciudadana cargados en la web.</li> <li>Evaluar la trazabilidad de la información reportada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Evidencia documental de la carga oportuna de informes en la web.</li> <li>Informe de auditoría sobre el cumplimiento de los requisitos legales de publicación.</li> </ol>	<p><b>% de Cumplimiento de Informes de Ley:</b> (No. Informes cargados a tiempo / No. Informes requeridos) * 100</p> <p><b>Meta: 100%</b></p>
<b>2. Auditorías Internas Programadas (SCI)</b>	F3, F4, A3, A4 (FO/FA)	Ejecutar el plan secuencial de auditorías a procesos de apoyo programado de abril a diciembre, enfocándose en la gestión de riesgos y la eficiencia operativa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ejecutar las auditorías mensuales programadas</li> <li>Auditar la alineación de los hallazgos con la matriz de riesgos institucional.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informes de auditoría emitidos para cada proceso de apoyo auditado.</li> <li>Plan de Mejoramiento generado a partir de los hallazgos de SCI.</li> </ol>	<p><b>% de Cumplimiento de Auditorías del SCI:</b> (No. de auditorías realizadas / No. de auditorías programadas) * 100</p> <p><b>Meta: 80%</b></p>
<b>3. Auditorías Programadas (Oficina de Calidad)</b>	F2, O1, D2 (FO/DO)	Supervisar y auditar los procesos misionales, aprovechando la capacidad de Calidad para liberar tiempo del SCI, enfocándose en la gestión de hallazgos críticos y la efectividad del servicio.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hacer seguimiento al cumplimiento del cronograma de auditorías programadas por la oficina de Calidad a los servicios misionales.</li> <li>Solicitar o hacer seguimiento a los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías que realiza el área de Calidad</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe de auditoría sobre la efectividad del proceso de articulación SCI-Calidad.</li> </ol>	<p><b>% de Acciones de auditorías de Calidad Implementadas:</b> (No. Auditorías realizadas / No. de auditorías programadas por Calidad) * 100</p> <p><b>Meta: 80%</b></p>
<b>4. Intervención a Planes de Mejoramiento (PM)</b>	D1, D3, O2 (DA/DO)	Gestionar de manera prioritaria el cierre definitivo de los Planes de Mejoramiento derivados de la Contraloría y asegurar que los nuevos PM se basen en la matriz de riesgos, aprovechando la articulación con Planeación.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento continuo a los PMs abiertos de la Contraloría.</li> <li>Auditar la trazabilidad de los PMs internos generados en la vigencia 2026 desde la matriz de riesgos y las diferentes auditorías.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Reporte de seguimiento del estado de todos los PMs activos.</li> </ol>	<p><b>% de planes de mejoramiento internos con seguimiento oportuno:</b> (No. de seguimientos a los PM internos / No. de PM internos abiertos)</p> <p><b>% de planes de mejoramiento externos con seguimiento oportuno:</b> (No. de seguimientos a los PM externos / No. de PM externos abiertos)</p>

## 15.4. CRONOGRAMA

Para la planeación, formulación, presentación y aprobación del Plan de Auditoría de la vigencia 2026, la Oficina de Control Interno de ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua presenta ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el Plan Anual de Auditoría y Seguimiento de la vigencia 2026. Incluye dentro de su cronograma los siguientes componentes:

- ✓ **Informes de Cumplimiento y de Ley:** De acuerdo con lo establecido en las normas para suprimir o reformar procedimientos y trámites en la Administración Pública, los jefes de Auditoría Interna estarán obligados a presentar los informes previstos en la Ley y realizar el respectivo seguimiento a las normas con fuerza de Ley y los solicitados por los organismos de control, la Contaduría General de la Nación y demás que se requieran.

INFORMES DE CUMPLIMIENTO Y DE LEY													
INFORME	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Responsable de la Auditoría
Informe de Gestión o labores de la Oficina de Control Interno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Asesor de Control Interno
Informe pormenorizado de evaluación del sistema de control interno		X					X						Asesor de Control Interno
Informe control interno contable		X											Contadora
Informe seguimiento al Plan de Transparencia y Ética Pública		X		X					X				Planeación
Informe de seguimiento al plan de mejoramiento con el organismo de control	X						X						Asesor de Control Interno
Informe sobre PQRS		X					X						Oficina de SIAU y Asesor Control Interno
Medición Estado de Avance del Modelo Estándar de Control Interno MECI en el marco de MIPG a través de FURAG en cada vigencia			X										Asesor control Interno y Líder de MIPG
Rendición de cuentas consolidadas			X										Asesor control interno y demás áreas responsables (procesos de presupuesto, contabilidad, almacén, jurídica, entre otras), lo consolida la Auxiliar Administrativa del área contable.
Informe derechos de Autor Software/legal			X										Área de Sistemas
Seguimiento a MIPG							X						Líder de MIPG
Informe seguimiento a plan de austeridad	X		X			X				X			Asesor de Control Interno
Seguimiento Reporte Mantenimiento Hospitalario						X					X		Asesor Administrativo
Rendición de cuentas - Formulario G1003			X										Planeación
Seguimiento Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA)								X					Mercadeo
Informe sobre posibles actos de corrupción. (en caso de evidenciarse)													Asesor de Control Interno
SIGEP-servidores públicos y contrastistas											X		Talento Humano

- ✓ **Auditorías Internas:** La actividad de auditoría interna ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno; a continuación, se presenta el cronograma para las mismas, sin embargo, es importante tener en cuenta, que las auditorías aquí expuestas pueden adelantarse o aplazarse, según la disponibilidad del del equipo auditor.

AUDITORÍAS INTERNAS PROGRAMADAS POR EL ÁREA DE CONTROL INTERNO															
MACROPROCESO	ÁREA	FUNDAMENTO DE LA AUDITORÍA	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Responsable de la Auditoría
MACROPROCESOS DE APOYO	Almacén	Revisión de los procesos y procedimientos de Almacén y realización de Inventarios a través de pruebas selectivas			X		X			X				X	Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	Financiera - Tesorería	Revisión de los procesos y procedimientos de Tesorería				X									Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	Financiera - Cartera	Revisión de los procesos y procedimientos de Cartera				X									Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	Financiera - Facturación	Revisión de los procesos y procedimientos de Facturación					X								Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	Financiera - Presupuesto	Revisión de los procesos y procedimientos de Presupuesto					X								Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	SIAU	Revisión de los procesos y procedimientos, hacer especial énfasis en el Call Center						X							Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Revisión de los procesos y procedimientos del área de Seguridad y Salud en el Trabajo						X							Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	Gestión de TIC y Tecnología	Revisión de los procesos y procedimientos de TICS							X						Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	Gestión Ambiental	Revisión de los procesos y procedimientos de Gestión Ambiental								X					Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	Gestión de Contratación	Revisión de la gestión contractual									X				Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	Gestión de Farmacia	Revisión del proceso Farmaceutico y realización de Inventarios a través de pruebas selectivas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	Gestión de Referencia y Contrareferencia	Revisión de los procesos y procedimientos de Referencia y Contrareferencia										X			Asesor de Control Interno y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	Gestión de Laboratorio	Revisión del proceso de Laboratorio y realización de Inventarios a través de pruebas selectivas		X			X			X				X	Asesor de Control Interno y Líder de Área

- ✓ **Auditorías de Calidad:** Las auditorías de los procesos certificados y los auditados por entes externos (auditorías de Calidad) están bajo la coordinación y ejecución de la Dependencia de Calidad, Planeación y líder de MIPG, la participación en esta actividad, por parte de la Oficina de Control Interno está encaminada a hacer acompañamiento y seguimiento de las acciones dispuestas en los planes de mejoramiento que puedan derivarse de ellas.

AUDITORÍAS PROGRAMADAS POR LA OFICINA DE CALIDAD A LOS SERVICIOS MISIONALES															
MACROPROCESO	ÁREA	GRUPO DE SERVICIO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Responsable de la Auditoría
MACROPROCESOS MISIONALES	SERVICIO DE URGENCIAS	Grupo de Servicio Atención Inmediata - Revisión carro de paro			X										Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Grupo de Servicio Atención Inmediata - Revisión TAB- TAM				X									Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	SERVICIO DE OBSTETRICIA	Grupo de Servicio Atención Inmediata - Atención del parto - Revisión carro de paro	X												Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	SERVICIO FARMACEUTICO	Grupo de Servicio Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapeutica				X									Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	GESTIÓN PRE-TRASFUNCIONAL	Grupo de Servicio Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapeutica					X								Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	Grupo de Servicio Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapeutica					X								Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL	Grupo de Servicio Quirúrgicos - Revisión de carro de paro						X							Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS DE APOYO	PROCESO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)	Grupo de Servicio Proceso							X						Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	Grupo de Servicios Internación - Revisión carro de paro									X				Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA	Grupo de Servicio Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapeutica										X			Equipo de Calidad y Líder de Área
MACROPROCESOS MISIONALES	SERVICIO FISIOTERAPIA	Grupo de Servicio Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapeutica											X		Equipo de Calidad y Líder de Área

**NOTA:** Las auditorías programadas por el equipo de Calidad están sujetas a modificaciones y cambios según la necesidad de la Institución

✓ **Planes de Mejoramiento**

La oficina de Control Interno durante la vigencia 2026, realizará el seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento de la Auditoría Financiera y de Gestión realizada a la vigencia 2022; solicitará la elaboración de los planes de mejoramiento, según los hechos o hallazgos evidenciados en la Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados realizada a la vigencia 2024, y la auditoría de Actuación Especial de Fiscalización - Revisión de la Cuenta de la vigencia 2023.

Se Solicitarán los planes de mejoramiento y se harán los respectivos seguimientos con base en las recomendaciones que realice la oficina de Planeación y Calidad, derivado de los informes, resultado de los seguimientos al cumplimiento del Plan de desarrollo Institucional, Políticas y Planes Institucionales, informes de riesgos institucionales y de corrupción materializados y las auditorías a las áreas misionales.

PLANES DE MEJORAMIENTO													
DETALLE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Responsable de la Auditoría
	Reporte al aplicativo SIA de la Contraloría Departamental del Huila, el estado del Plan de Mejoramiento de la Auditoría Financiera y de Gestión, realizada por el Ente de Control a la vigencia 2022.	X							X				
Solicitar mediante oficio a las áreas responsables del Plan de Mejoramiento derivado de la Auditoría Financiera y de Gestión, realizada por la Contraloría Departamental del Huila a la vigencia 2022, el estado actual de las acciones, y plantear un término temporal para el cierre definitivo de las actividades.			X										Asesor de Control Interno y Área responsable de la acción.
Solicitar mediante correo electrónico, la elaboración de los Planes de Mejoramiento a las áreas responsables de los hechos o hallazgos derivados de la Auditoría Actuación Especial de Fiscalización Revisión de la Cuenta, Vigencia 2023, realizada por la Contraloría Departamental del Huila.	X												Asesor de Control Interno y Área responsable de la acción.
Reportar al aplicativo SIA - Sistema Integral de Auditoría de la Contraloría Departamental del huila, dentro del término requerido, el plan de mejoramiento derivado de la Auditoría Actuación Especial de Fiscalización Revisión de la Cuenta, Vigencia 2023 y realizar el respectivo seguimiento.	X						X						Asesor de Control Interno
Solicitar mediante correo electrónico, la elaboración de los Planes de Mejoramiento a las áreas responsables de los hechos o hallazgos derivados de la Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados; realizada por la Contraloría Departamental del Huila a la vigencia 2024.	X												Asesor de Control Interno y Área responsable de la acción.
Reportar al aplicativo SIA - Sistema Integral de Auditoría de la Contraloría Departamental del huila, dentro del término requerido, el plan de mejoramiento derivado de la Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados, realizado a la vigencia 2024 y realizar el respectivo seguimiento.	X						X						Asesor de Control Interno
Identificar y hacer el seguimiento respectivo, a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas realizadas en las vigencias anteriores por parte de la oficina de Control Interno.			X										Asesor de Control Interno
Solicitar mediante oficio o a través de correo electrónico, la elaboración de los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías internas realizadas por el área de Control Interno en la actual vigencia y realizar el respectivo seguimiento.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	Asesor de Control Interno
Identificar y hacer el seguimiento respectivo, a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas realizadas en las vigencias anteriores por parte de la oficina de Calidad.			X										Asesor de Control Interno Y Líder de Calidad
Identificar si se requiere realizar o hacer seguimiento a planes de mejoramiento con base en los informes de los resultados de seguimiento que realiza la oficina de Planeación al cumplimiento de las estrategias, metas e indicadores del Plan de Desarrollo Institucional, así como a los indicadores de las Políticas y Planes Institucionales. Así mismo con los informes de riesgos Institucionales y de corrupción materializados.							X						Asesor de Control Interno Y Oficina de Planeación

✓ **Reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno**

Se realizará la actualización de la resolución 329 de 2019 y se desarrollarán los respectivos comités, de acuerdo con lo estipulado en el acto administrativo (dos reuniones ordinarias al año).

**16. EVALUACIÓN**



El Programa de Auditorías será evaluado de manera anual, para medir su cumplimiento y será certificado por el Comité de Coordinación de Control interno al terminar la vigencia.

**17. BENEFICIOS ESPERADOS DEL PLAN DE AUDITORÍA**

La ejecución del Plan Anual de Auditoría 2026 generará beneficios tangibles e intangibles para la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, alineados con los principios de la Ley 87 de 1993 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG):

- ✓ **Fortalecimiento de la Gestión y el Control:** Se obtendrá una visión objetiva y oportuna sobre la madurez y efectividad de los controles internos implementados en los procesos críticos, facilitando la corrección oportuna de debilidades antes de que se materialicen en riesgos mayores. Se contribuirá directamente al cumplimiento de los objetivos del componente de Control y Evaluación del MIPG.
- ✓ **Mejora de la Eficiencia Operacional y Económica:** A través de la verificación de la eficiencia y economía, se identificarán oportunidades para optimizar el uso de los recursos públicos y mejorar la productividad en la prestación de los servicios de salud, impactando positivamente en la sostenibilidad financiera de la E.S.E.

- ✓ **Soporte a la Toma de Decisiones Estratégicas:** La Gerencia y la Junta Directiva contarán con información confiable, imparcial y basada en evidencia para la formulación, seguimiento y ajuste del Plan de Desarrollo Institucional y el Plan de Acción.
- ✓ **Mitigación de Riesgos Legales y Externos:** Al verificar el cumplimiento normativo (incluyendo el Estatuto Anticorrupción), se reducirá la probabilidad de que la Entidad sea objeto de hallazgos, advertencias o sanciones por parte de los organismos de control externos.
- ✓ **Cultura de Transparencia y Responsabilidad:** Se fomentará una cultura organizacional orientada a la rendición de cuentas y la mejora continua, donde cada servidor público asume su rol en el autocontrol, mejorando la percepción de transparencia institucional.

	<b>PLAN ANUAL DE AUDITORÍA</b>	<b>Fecha:</b> 26/01/2026	
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> ME-GGE-PL-019	
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA</b>	<b>Versión:</b> 01	
	<b>PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL</b>	<b>Página No:</b> 35 de 36	

## 18. PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	COMENTARIO
01	26/01/2026	Elaboración primera versión vigencia 2026

## 19. APROBACIÓN

Elaborado por: <b>Nombre: CARLOS ANDRÉS PUYO</b> <b>Cargo:</b> Asesor Control Interno <b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b> 08/01/2026
Revisado por: <b>Nombre: DIEGO FERNANDO MOMPOTES</b> <b>Cargo:</b> Apoyo Profesional Planeación Agremiado <b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b> 15/01/2026
Aprobado por: <b>Nombre: JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ</b> <b>Cargo:</b> Gerente <b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b> 26/01/2026

**Observación:** El plan en construcción se dispuso en el link de participa <https://hospitaldelaplata.gov.co/participa/> de la página web institucional durante el periodo comprendido del 13 de enero de 2026 al 22 de enero de 2026, dejando constancia que no se presentaron observaciones.

## 19. BIBLIOGRAFÍA

Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas.

Ministerio de Salud y Protección Social. Normatividad vigente sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

DOCUMENTO CONTROLADO