
	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 1 de 63

<b>FECHA:</b>	<b>10 de febrero de 2026</b>
<b>ACTIVIDAD:</b>	<p style="text-align: center;"><b>INFORME DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2025</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Presentación del Informe de Control Interno en el marco de la Rendición de Cuenta Consolidada, Vigencia 2025.</b></p> <p>El presente informe se ajusta a los lineamientos de la Resolución 023 de 2026, emitida por la Contraloría Departamental del Huila, específicamente en los relacionado en el Artículo 11, parágrafo 2.</p>
<b>PROCESO VINCULADO:</b>	<b>Control Interno</b>
<b>RESPONSABLE:</b>	<b>CARLOS ANDRÉS PUYO – Asesor Control Interno</b>




— 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>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>	<b>Versión:</b> 03
	<b>LA PLATA HUILA</b>	<b>Página:</b> 2 de 63
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	

## Contenido

1. Introducción.....	3
1.1. Objetivo del Informe.....	4
1.2. Alcance.....	5
1.3. Metodología del Informe.....	6
2. Informe Ejecutivo de Control Interno.....	8
2.1. Fortalezas del Sistema de Control Interno.....	8
2.2. Debilidades del Sistema de Control Interno.....	9
2.3. Acciones de Mejoramiento.....	11
3. Resultados de Auditorías y Hallazgos.....	13
3.1. Informes de Auditorías Internas realizadas por la oficina de Control Interno.....	13
3.2. Informe de Auditorías Internas realizadas por la oficina de Calidad.....	24
3.3. Hallazgos Resultantes del Ejercicio de Control Interno.....	44
3.4. Seguimiento a los Hallazgos y Planes de Mejoramiento.....	46
4. Cumplimiento y Gestión.....	50
4.1. Concepto sobre la Aplicación de Normas de Austeridad.....	50
4.2. Concepto del Jefe de la Oficina de Control Interno.....	51
4.3. Encuesta FURAG.....	52
4.4. Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.....	57
5. Conclusiones Generales.....	59
6. Check List.....	61

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
		<b>Versión:</b> 03
		<b>Página:</b> 3 de 63

## 1. Introducción

En cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes en materia de control interno, y en especial de lo establecido en la Resolución 014 de 2024 y la Resolución 023 de 2026 de la Contraloría Departamental del Huila, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata presenta el Informe Ejecutivo de Control Interno correspondiente a la vigencia 2025.

Este informe se constituye en un instrumento fundamental de evaluación, seguimiento y análisis del Sistema de Control Interno (SCI), mediante el cual se examina el grado de cumplimiento de los principios, componentes y responsabilidades asociados a la gestión institucional, así como la efectividad de los controles implementados para garantizar el uso eficiente de los recursos públicos, la transparencia administrativa y el logro de los objetivos misionales de la entidad.


La presentación del Informe Ejecutivo de Control Interno responde a la necesidad de informar de manera clara, objetiva y oportuna a la Alta Dirección, a los órganos de control y a las demás partes interesadas, sobre el estado del control interno durante la vigencia evaluada, permitiendo identificar fortalezas, debilidades, riesgos relevantes y oportunidades de mejora, así como definir acciones orientadas al fortalecimiento continuo de la gestión institucional.

En este contexto, el informe recoge los resultados derivados del ejercicio de control interno desarrollado durante la vigencia 2025, incluyendo el análisis de los procesos institucionales, los resultados de las auditorías internas, los hallazgos identificados, el seguimiento a los planes de mejoramiento, el cumplimiento de las normas de austeridad, el estado de la Encuesta FURAG y los avances en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

De esta manera, el documento no solo cumple una función normativa y de rendición de cuentas, sino que se consolida como una herramienta de apoyo a la toma de decisiones,

— 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>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 4 de 63

orientada al mejoramiento continuo del desempeño institucional y al fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua.

### 1.1. Objetivo del Informe


El presente Informe Ejecutivo de Control Interno – Vigencia 2025 tiene como objetivo evaluar y presentar el estado del Sistema de Control Interno (SCI) de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, a partir del análisis de la gestión institucional desarrollada durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, en cumplimiento de la normativa vigente en materia de control interno.

Asimismo, el informe busca verificar el grado de implementación, funcionamiento y efectividad de los controles internos, identificar las fortalezas y debilidades del sistema, analizar los riesgos relevantes que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y valorar la eficacia de las acciones adelantadas para su mitigación.

De igual forma, el informe tiene como propósito informar a la Alta Dirección y a los órganos de control sobre los resultados del ejercicio de control interno, los hallazgos derivados de auditorías internas, el seguimiento a los planes de mejoramiento, el cumplimiento de las normas de austeridad y el avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), incluyendo el estado de la Encuesta FURAG.

Finalmente, este informe se orienta a apoyar la toma de decisiones, promover el mejoramiento continuo de la gestión institucional y fortalecer la cultura de control al interior de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, contribuyendo al logro de los objetivos misionales y al uso eficiente, transparente y responsable de los recursos públicos.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>	<b>Versión:</b> 03
	<b>LA PLATA HUILA</b>	<b>Página:</b> 5 de 63
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	

## 1.2. Alcance

El presente Informe Ejecutivo de Control Interno – Vigencia 2025 comprende la evaluación del Sistema de Control Interno (SCI) de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, con base en las actividades de evaluación y seguimiento desarrolladas por la Oficina de Control Interno durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, conforme al Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia.


El alcance del informe se fundamenta en la ejecución del Plan Anual de Auditoría 2025, el cual contempló la realización de auditorías internas basadas en riesgos, seguimientos a planes de mejoramiento, elaboración de informes de ley, acompañamiento a auditorías externas, participación en comités institucionales y actividades de asesoría y consultoría, orientadas a fortalecer los procesos de gobierno, gestión del riesgo y control de la entidad

Así mismo, el informe abarca la revisión de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, de acuerdo con el mapa de procesos institucional, incluyendo, entre otros, los relacionados con la prestación de servicios de salud, gestión financiera, talento humano, gestión documental, contratación, atención al usuario, calidad, seguridad del paciente y mejoramiento continuo, conforme al cronograma de actividades ejecutado durante la vigencia.

De igual manera, el alcance incluye:

- ✓ Los resultados de las auditorías internas y actividades de seguimiento realizadas durante la vigencia 2025.
- ✓ La identificación de hallazgos derivados del ejercicio de control interno y el seguimiento a los planes de mejoramiento institucionales.
- ✓ La verificación del cumplimiento de las normas de austeridad en el gasto.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 6 de 63

- ✓ El estado de presentación de la Encuesta FURAG y el avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), en articulación con el Sistema de Control Interno.

El alcance del presente informe se circunscribe a la información disponible, verificada y suministrada por las dependencias responsables durante la vigencia evaluada, y se desarrolla bajo los enfoques de cumplimiento, estratégico y gestión de resultados, sin perjuicio de las competencias propias de los organismos de control externo, constituyéndose como un insumo técnico para la Alta Dirección, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la mejora continua de la gestión institucional

### 1.3. Metodología del Informe

La elaboración del Informe Ejecutivo de Control Interno – Vigencia 2025 se realizó con base en una metodología sistemática, disciplinada y en concordancia con el Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2025 aprobado por la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua y con la normatividad vigente en materia de control y auditoría internos en el sector público.


La metodología aplicada se fundamentó en el enfoque de consultoría, orientado a evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gobierno, gestión del riesgo y control, así como a generar valor agregado para la Alta Dirección y las dependencias de la entidad.

Para el desarrollo del informe, se tuvieron en cuenta las siguientes etapas metodológicas, coherentes con el ejercicio de auditoría interna:

- ✓ **Planeación**

Incluyó la revisión del Plan Anual de Auditoría 2025, la identificación de procesos y actividades a evaluar, la priorización

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 7 de 63

de auditorías con enfoque basado en riesgos, la definición de objetivos, alcance y criterios de auditoría, así como la programación de las actividades conforme al cronograma aprobado.

#### ✓ **Ejecución**

Comprendió la aplicación de procedimientos de auditoría orientados a la obtención de evidencia suficiente, competente y pertinente, mediante el uso de técnicas verbales, documentales, oculares y físicas, tales como entrevistas, encuestas, revisión selectiva de documentos, observación directa, análisis y comprobación de información, de conformidad con las Normas de Auditoría generalmente aceptadas y las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública.

#### ✓ **Informe**


Consistió en el análisis y consolidación de los resultados obtenidos durante la ejecución de las auditorías, evaluaciones y seguimientos, la identificación de hallazgos, fortalezas y debilidades del Sistema de Control Interno, así como la formulación de observaciones y recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo de la gestión institucional.

#### **Seguimiento**

Incluyó el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos identificados, la verificación del avance en la implementación de las acciones correctivas y preventivas, y la comunicación de los resultados a la Alta Dirección, al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y a las instancias competentes.

Adicionalmente, la metodología del informe incorporó la verificación del cumplimiento de las normas de austeridad, el análisis del estado de la Encuesta FURAG y la evaluación del avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), garantizando la articulación entre el Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión Institucional, conforme a lo establecido en el Plan Anual de Auditoría 2025.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 8 de 63

## 2. Informe Ejecutivo de Control Interno


El informe ejecutivo expone de manera sintética y analítica los resultados del ejercicio de control interno desarrollado durante la vigencia 2025 en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, a partir de las actividades de auditoría interna, seguimiento, evaluación y asesoría realizadas conforme al Plan Anual de Auditoría aprobado.

En este apartado se presentan las principales fortalezas y debilidades del Sistema de Control Interno, así como las acciones de mejoramiento formuladas, con el propósito de ofrecer a la Alta Dirección y a los órganos de control una visión clara sobre el estado del SCI, su contribución al cumplimiento de los objetivos institucionales y los aspectos prioritarios de intervención para el fortalecimiento de la gestión y la mejora continua.

### 2.1. Fortalezas del Sistema de Control Interno

Durante la vigencia 2025, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata evidenció fortalezas relevantes en la operación y sostenibilidad de su Sistema de Control Interno (SCI), las cuales se constituyen en factores clave para el cumplimiento de los objetivos institucionales y el fortalecimiento de la gestión pública.

Una de las principales fortalezas identificadas corresponde al compromiso de la Alta Dirección con el Sistema de Control Interno, lo cual se refleja en el respaldo a las actividades de auditoría interna, seguimiento y evaluación, así como en la disposición para adoptar acciones de mejoramiento orientadas a la corrección de debilidades y la mitigación de riesgos institucionales, aspecto reconocido de manera expresa en el diagnóstico institucional.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 9 de 63

Así mismo, se destaca el fortalecimiento del equipo de la Oficina de Calidad, el cual ha desempeñado un rol estratégico en la ejecución de auditorías a los procesos misionales y en el seguimiento al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, permitiendo complementar el ejercicio de control interno y ampliar la cobertura de evaluación sobre los servicios de salud prestados por la entidad.

Otra fortaleza relevante corresponde al rol activo de la Oficina de Planeación como segunda línea de defensa, evidenciado en la realización de seguimientos trimestrales al Plan de Desarrollo Institucional y seguimientos semestrales a los planes y políticas institucionales, los cuales constituyen insumos fundamentales para el análisis de desempeño, la gestión del riesgo y la toma de decisiones estratégicas por parte de la administración.


Adicionalmente, se resalta que la Oficina de Planeación lidera y coordina la Matriz de Riesgos Institucional y el Plan de Transparencia y Ética Pública, anteriormente denominado Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), lo que permite contar con herramientas estructuradas para la identificación, análisis y tratamiento de riesgos, fortaleciendo la articulación entre la planeación institucional y el Sistema de Control Interno.

Estas fortalezas constituyen una base sólida para el ejercicio del control interno en la ESE y representan un punto de apoyo fundamental para avanzar en la superación de las debilidades identificadas, fortalecer la cultura del autocontrol y consolidar un enfoque preventivo y estratégico del SCI, en coherencia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

## 2.2. Debilidades del Sistema de Control Interno

Durante el ejercicio de control interno correspondiente a la vigencia 2025, se identificaron debilidades estructurales

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 10 de 63

y operativas en el Sistema de Control Interno (SCI) de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, las cuales fueron consolidadas y analizadas en el diagnóstico institucional que sirvió de base para la formulación del Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2026.

Una de las principales debilidades corresponde a la existencia de planes de mejoramiento derivados de auditorías de la Contraloría Departamental del Huila de vigencias anteriores que permanecen abiertos, sin haberse realizado su cierre definitivo, situación que limita la efectividad del control interno y expone a la entidad a riesgos de reiteración de hallazgos y observaciones por parte de los organismos de control externo.


Así mismo, se evidencia una limitación significativa en la capacidad operativa de la Oficina de Control Interno, al contar con un equipo de trabajo reducido a un solo funcionario, lo cual restringe la cobertura, oportunidad y profundidad de las actividades de auditoría, seguimiento y acompañamiento requeridas para un hospital departamental con alta complejidad operativa y misional.

Otra debilidad relevante identificada es la ausencia de planes de mejoramiento formulados a partir de la matriz de riesgos institucional, lo que evidencia una insuficiente articulación entre la gestión del riesgo y el ejercicio del control interno, afectando la capacidad preventiva del sistema y su enfoque basado en riesgos.

Adicionalmente, se identificó una deficiente articulación entre la Oficina de Control Interno y la Oficina de Planeación durante la vigencia 2025, en la medida en que no se incorporaron de manera sistemática los informes de seguimiento realizados por Planeación al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional, así como a los planes y políticas institucionales, como insumos para el ejercicio de control interno.

En materia de transparencia y acceso a la información, se evidenció que no se encontraban cargados de manera completa y sistemática los seguimientos relacionados con la austeridad del gasto

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 11 de 63

en la sección de Control Interno de la página web institucional, lo cual limita la visibilidad de las acciones de control realizadas y el cumplimiento de los principios de publicidad y transparencia.

De igual forma, se identificó la ausencia de publicación de los informes elaborados por la Oficina de Control Interno sobre la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, lo que debilita el seguimiento institucional a estos mecanismos y su adecuada rendición de cuentas ante la ciudadanía y los entes de control.


Finalmente, se evidenció una insuficiente apropiación del autocontrol como un mecanismo inherente a los procesos, lo cual se traduce en una dependencia excesiva de los controles posteriores y una limitada responsabilidad de los líderes de proceso en la identificación y corrección temprana de desviaciones, afectando la madurez del Sistema de Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

### 2.3. Acciones de Mejoramiento

Como resultado del análisis de las debilidades identificadas en el Sistema de Control Interno durante la vigencia 2025, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata definió y priorizó un conjunto de acciones de mejoramiento orientadas al fortalecimiento del SCI, bajo un enfoque preventivo, correctivo y de mejora continua.

En relación con los planes de mejoramiento derivados de auditorías de la Contraloría Departamental del Huila que permanecen abiertos, se estableció como acción prioritaria el seguimiento sistemático y periódico al estado de cumplimiento de dichos planes, con el fin de lograr su cierre definitivo, garantizar la atención oportuna de los compromisos adquiridos y reducir el riesgo de reincidencia de hallazgos por parte de los organismos de control externo.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 12 de 63


Frente a la limitación del recurso humano en la Oficina de Control Interno, se definieron acciones orientadas a optimizar la articulación con la Oficina de Calidad y la Oficina de Planeación, aprovechando sus capacidades técnicas como segunda línea de defensa, así como a priorizar las actividades de mayor impacto institucional, con el fin de asegurar una cobertura adecuada del ejercicio de control interno pese a las restricciones operativas existentes.

Con el propósito de fortalecer el enfoque basado en riesgos, se estableció como acción de mejoramiento la formulación y seguimiento a través de la programación de auditorías con base en la matriz de riesgos institucional, garantizando que los hallazgos identificados se encuentren debidamente articulados con los riesgos priorizados y con las estrategias definidas por la entidad.

Así mismo, se definieron acciones orientadas a mejorar la articulación entre la Oficina de Control Interno y la Oficina de Planeación, mediante el uso sistemático de los informes de seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional, a los planes y políticas institucionales, como insumos para la evaluación del SCI y la toma de decisiones en materia de control y gestión del riesgo.

En materia de transparencia y rendición de cuentas, se priorizó como acción de mejoramiento la publicación oportuna y completa de los seguimientos relacionados con la austeridad del gasto, así como de los informes sobre la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, en la página web institucional, fortaleciendo el cumplimiento de los principios de publicidad, transparencia y acceso a la información pública.

Finalmente, como acción transversal, se estableció el fortalecimiento de la cultura del autocontrol, mediante la sensibilización y el acompañamiento a los líderes de proceso, promoviendo su responsabilidad directa en la identificación temprana de riesgos, el cumplimiento de los controles establecidos y la adopción de acciones correctivas

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 13 de 63

oportunas, en coherencia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Estas acciones de mejoramiento constituyen la base para el fortalecimiento progresivo del Sistema de Control Interno y serán objeto de seguimiento permanente por parte de la Oficina de Control Interno, con el acompañamiento de las dependencias responsables y la Alta Dirección, en el marco del Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2026.

### 3. Resultados de Auditorías y Hallazgos

#### 3.1. Informes de Auditorías Internas realizadas por la oficina de Control Interno

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua ejecutó auditorías internas y actividades de seguimiento conforme al Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia, bajo un enfoque sistemático, disciplinado y basado en riesgos.

Las auditorías internas realizadas estuvieron orientadas a evaluar la eficiencia, eficacia, economía y cumplimiento normativo de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, así como a verificar la adecuada implementación de los controles definidos por la entidad, en articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).


A continuación, se detalla cada una de las auditorías realizadas en la vigencia 2025 desde el SCI:

#### ✓ **Auditoría Protocolo Conflicto de Intereses**

Dentro de las auditorías realizadas, se destaca la Auditoría al Protocolo de Conflicto de Intereses, ejecutada en el marco del proceso de Gestión de Planeación y Dirección

— Salud Integral, Impacto Real —

Estratégico, con

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 14 de 63

incidencia directa en el proceso de Recursos Humanos, cuyo objetivo fue verificar que la ESE contara con los instrumentos, lineamientos y procedimientos necesarios para la detección, prevención y gestión adecuada de los conflictos de intereses, en cumplimiento de la normatividad vigente


Esta auditoría incluyó la revisión de los criterios normativos aplicables, tales como el Código General Disciplinario (Ley 1952 de 2019) y el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), así como el análisis de los diferentes tipos de conflicto de intereses (real, aparente y potencial), permitiendo evaluar el grado de alineación institucional frente a los principios de integridad, transparencia e imparcialidad en el ejercicio de la función pública.

Como resultado del ejercicio auditor, se verificó la existencia de instrumentos institucionales para la gestión del conflicto de intereses, tales como el Protocolo de Identificación y Presentación de Posibles Conflictos de Interés, el Manual de Gestión de Conflictos de Intereses, la Guía para la Identificación y Declaración de Conflictos de Interés y los formatos oficiales de declaración, los cuales se encuentran disponibles y publicados en la página web institucional, en el marco de la Política de Integridad de la entidad

Así mismo, los resultados de esta auditoría permitieron generar insumos técnicos para fortalecer la gestión preventiva del conflicto de intereses, mediante recomendaciones orientadas a la capacitación de servidores y contratistas, la socialización de los instrumentos existentes, el uso adecuado de los sistemas de información institucional y la articulación con las políticas de integridad y anticorrupción, en coherencia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

✓ **Auditoría Política de Integridad**

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 15 de 63

Durante la vigencia 2025 se realizó la Auditoría de Cumplimiento a la Política de Integridad de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, con el propósito de efectuar seguimiento a la implementación de la estrategia institucional de integridad, con corte al mes de agosto de 2025.


La auditoría se desarrolló en el marco del proceso de Gestión de Planeación y Direccionamiento Estratégico o Desarrollo Institucional, con incidencia directa en el proceso de Recursos Humanos, y tuvo como alcance la revisión de las actividades adelantadas para la implementación de la Política de Integridad, bajo criterios de eficiencia y economía, conforme a la normatividad vigente.

Para el desarrollo del ejercicio auditor se tuvo en cuenta el marco legal y normativo aplicable, dentro del cual se destacan la Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción, la Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno, el Decreto 1081 de 2015, la Ley 2013 de 2019 – Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como el Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, como referentes para la evaluación del cumplimiento institucional.

Como resultado del seguimiento efectuado, se evidenció que la Política de Integridad fue actualizada a su cuarta versión, encontrándose alineada con la Plataforma Estratégica institucional, el Plan de Desarrollo Institucional 2024–2028 y los lineamientos para la elaboración de documentos institucionales. Así mismo, se constató que los indicadores definidos en la política se encuentran en ejecución, orientados a lograr su cumplimiento total.

Dentro de las acciones evaluadas se identificaron actividades relacionadas con la capacitación en código de integridad y cultura del servicio, la operativización del Comité de Ética e Integridad mediante jornadas trimestrales, la formulación y seguimiento de la Estrategia Anual de Integridad Pública, así como actividades de sensibilización sobre conflictos de intereses y código de integridad.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 16 de 63


En relación con la Estrategia Anual de Integridad Pública para la vigencia 2025, se evidenció que fueron programadas ocho (8) acciones de mejora, de las cuales siete (7) se encontraban ejecutadas a agosto de 2025, lo que representa un avance del 87,5 %, de acuerdo con el cronograma establecido para la vigencia.


Finalmente, el ejercicio de evaluación permitió evidenciar que la entidad cuenta con una Política Institucional de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción aprobada, en la cual se establece el compromiso de los servidores públicos con los valores institucionales y con la prevención de situaciones relacionadas con conflictos de intereses, como parte del fortalecimiento del componente Ambiente de Control del Sistema de Control Interno.

✓ **Inventario ferretería Mantenimiento**

Durante la vigencia 2025 se llevó a cabo la actividad de Inventario de la Bodega de Ferretería/Mantenimiento de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, con fecha 09 de junio de 2025, en el marco del proceso de Apoyo a la Gestión – Gestión de Recursos Físicos / Mantenimiento.

El objetivo de esta actividad fue realizar el inventario de las existencias de la bodega de Ferretería/Mantenimiento de la ESE, para lo cual se solicitó al Almacén Central el archivo del inventario registrado en el sistema Dinámica Gerencial, con corte al 09 de junio de 2025, a fin de efectuar el conteo físico de los elementos y contrastarlo con la información del sistema.

Como parte del desarrollo de la actividad, se procedió a realizar el conteo físico de los elementos registrados en el sistema, con el acompañamiento del encargado de la bodega, identificándose durante el proceso múltiples diferencias entre las existencias físicas y los registros del sistema de información. Así mismo, se evidenció que, a partir de un nuevo contrato,  el suministro de algunos

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 17 de 63


elementos de ferretería y mantenimiento pasó a ser responsabilidad del contratista, situación que incidió en la gestión del inventario.


Del ejercicio realizado se derivaron diversos hallazgos, entre los cuales se destacan: la inadecuada realización del descargue de los elementos utilizados en el sistema, la no identificación de varios elementos por parte del encargado de la bodega, la existencia de elementos del contratista mezclados con los del hospital sin una separación definida, así como la presencia de elementos no registrados en el inventario que no fueron objeto de conteo físico. Adicionalmente, se identificó que las existencias actuales de la bodega se encuentran bajo la administración del contratista, sin que se tenga definido un procedimiento formal para su utilización.

En el apartado de observaciones se señaló la necesidad de establecer un proceso adecuado para el control del consumo de estos elementos y la definición de responsables, teniendo en cuenta que esta situación representa un costo de mantenimiento para el hospital. Como recomendación general, el informe plantea la formulación de un plan de mejoramiento orientado a mitigar los hallazgos identificados en la actividad de inventario.

El informe se soporta en anexos correspondientes al inventario físico, el inventario con diferencias y el listado de asistencia, los cuales respaldan la información obtenida durante el desarrollo de la actividad.

✓ **Auditoría al Call Center**

Durante la vigencia 2025 se definió e implementó un Plan de Mejoramiento asociado al proceso de Call Center de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, como resultado de la identificación de debilidades relacionadas con el seguimiento a pacientes posquirúrgicos y el rendimiento en la asignación de citas por parte de los  agentes del Call Center.


	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 18 de 63

El Plan de Mejoramiento, formulado en junio de 2025, contempló acciones orientadas a corregir las situaciones identificadas, entre las cuales se incluyeron la asignación de un responsable para el seguimiento posquirúrgico y la revisión periódica del rendimiento de los agentes del Call Center, con el fin de garantizar la oportunidad y efectividad en la asignación de citas. Dichas acciones establecieron plazos de cumplimiento inmediatos y de corto término, así como resultados esperados relacionados con la mejora del servicio y la atención a los usuarios

Posteriormente, el 09 de junio de 2025, la Oficina Asesora de Control Interno realizó un seguimiento a las actividades del Call Center, en el marco del proceso SIAU, con el objetivo de verificar la atención de las falencias previamente identificadas. Este seguimiento tuvo como antecedente las manifestaciones realizadas en el Comité de Ética e Integridad y Call Center del 15 de mayo de 2025, en el cual se advirtió la persistencia de problemáticas recurrentes en el proceso.

Durante el seguimiento se revisaron aspectos relacionados con la lista de espera, la coordinación con el área de facturación, el incumplimiento de citas, las fallas en el sistema, la señal telefónica y el seguimiento a pacientes posquirúrgicos. Para tal efecto, se tuvo en cuenta el informe de rendimiento del Call Center y se realizaron entrevistas con el Subgerente Técnico Científico, en las cuales se evidenció que se llevaron a cabo reuniones con el personal del Call Center y el contratista, con el propósito de analizar el rendimiento de los agentes e implementar medidas correctivas frente al bajo desempeño identificado

Como parte de las acciones implementadas, se asignó de manera específica a una colaboradora la responsabilidad de realizar llamadas diarias de seguimiento a pacientes posquirúrgicos, destinando un tiempo definido para esta actividad, con base en los reportes diarios suministrados por el área de cirugía. Así mismo, se estableció el seguimiento permanente al proceso del Call Center, con el fin de verificar la mejora en

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 19 de 63

el rendimiento y la atención de las falencias detectadas.

De acuerdo con lo consignado en el informe de seguimiento, las acciones definidas en el Plan de Mejoramiento se encontraban en proceso de verificación, manteniéndose el seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno para evaluar su efectividad y el avance en la superación de las situaciones identificadas.


✓ **Auditorías a la Farmacia**

Durante la vigencia 2025 se realizaron actividades de inventario y verificación de existencias en el proceso de Farmacia de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, con el objetivo de constatar la correspondencia entre los registros del sistema de información Dinámica Gerencial y las existencias físicas de medicamentos y dispositivos médicos, así como identificar posibles diferencias y situaciones que afectaran el adecuado control de inventarios.

En el mes de julio de 2025 se efectuaron inventarios físicos de medicamentos de uso general, medicamentos de control especial y medicamentos que requieren cadena de frío, mediante el conteo físico de los ítems registrados en el sistema y su comparación con las cantidades existentes. Estos inventarios permitieron identificar diferencias entre saldos registrados y existencias físicas, así como situaciones relacionadas con sobrantes y faltantes, registros inconsistentes y observaciones asociadas a fechas de vencimiento de algunos medicamentos.

Así mismo, en el marco de los inventarios de julio de 2025, se evidenció la existencia de medicamentos vencidos y de medicamentos próximos a vencer, así como diferencias en el control de algunos medicamentos de alto costo y de uso crítico, lo que puso de manifiesto la necesidad de fortalecer los controles en la gestión, rotación y seguimiento de inventarios del proceso de Farmacia.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 20 de 63


Posteriormente, el 28 de octubre de 2025 se realizó el Inventario de Farmacia General, en el cual se llevó a cabo nuevamente el conteo físico de medicamentos y equipos médicos, contrastando la información registrada en el software Dinámica Gerencial con las existencias físicas. Como resultado de esta actividad se identificaron sobrantes y faltantes de medicamentos, la existencia de medicamentos vencidos sin el respectivo proceso de baja, la presencia de préstamos de medicamentos con otros hospitales y la insuficiencia del espacio físico para el almacenamiento adecuado de medicamentos.

Como parte de las observaciones derivadas de esta actividad, se procedió a entregar el detalle de las diferencias al servicio de Farmacia para su verificación y ajuste, señalando que los faltantes debían ser cubiertos por los responsables del proceso. Así mismo, se recomendó la formulación de un plan de mejoramiento orientado a mitigar los hallazgos identificados y a fortalecer los controles asociados al manejo de inventarios, almacenamiento y disposición de medicamentos.

Los informes de inventario realizados durante la vigencia 2025 se encuentran debidamente soportados con anexos correspondientes a inventarios físicos, relación de diferencias y listados de asistencia, los cuales respaldan la información obtenida durante el desarrollo de las actividades de control interno al proceso de Farmacia.

✓ **Auditoría a Laboratorio Clínico**

Durante la vigencia 2025 se realizaron de manera periódica actividades de inventario y verificación de existencias físicas del proceso de Laboratorio Clínico de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, con el objetivo de contrastar las existencias físicas de insumos y reactivos frente a los registros del sistema de información Dinámica Gerencial, identificar diferencias y promover los ajustes correspondientes.


	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 21 de 63

En desarrollo de estas actividades, se llevaron a cabo visitas de auditoría e inventarios físicos en las fechas 27 de febrero, 27 de marzo, 24 de abril, 29 de mayo y 26 de junio de 2025, con la participación del personal del Laboratorio Clínico y de la Oficina Asesora de Control Interno. En cada una de estas jornadas se efectuó el conteo físico de insumos y reactivos, se identificaron las diferencias entre las existencias físicas y los saldos registrados en el sistema y se remitieron los archivos correspondientes al área responsable para su revisión y ajuste.

Como resultado de los inventarios realizados, se evidenciaron de manera reiterada faltantes y sobrantes en diferentes insumos y reactivos, así como inconsistencias en los registros del sistema, lo cual puso de manifiesto debilidades en el control y actualización oportuna del inventario. En varios de los ejercicios se dejó constancia de que los ajustes en el sistema son responsabilidad directa del laboratorio, estableciéndose como compromiso su realización de manera inmediata una vez remitida la información consolidada.

Adicionalmente, en el inventario realizado en el mes de febrero de 2025 se dejaron observaciones relevantes relacionadas con la insuficiente estructuración y detalle de los inventarios, la no realización de ajustes en el sistema en periodos anteriores, así como la ausencia de inventario durante el mes de enero de 2025, situaciones que afectan la trazabilidad, la planeación de pedidos y el control eficiente de los recursos del laboratorio.

En los inventarios efectuados durante los meses siguientes se reiteró la necesidad de mejorar la oportunidad en el envío de los archivos de diferencias, con el fin de permitir la realización oportuna de los ajustes en el sistema, así como de fortalecer la calidad de la información registrada, de manera que refleje fielmente las existencias reales del laboratorio.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>	<b>Versión:</b> 03
	<b>LA PLATA HUILA</b>	<b>Página:</b> 22 de 63
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	


Los ejercicios de inventario permitieron identificar, además, la presencia de insumos y reactivos vencidos o próximos a vencer, diferencias significativas en algunos reactivos de alto uso y variaciones relevantes en cantidades físicas frente a los registros del sistema, lo cual refuerza la necesidad de fortalecer los controles asociados al manejo, rotación, registro y seguimiento de inventarios del proceso de Laboratorio Clínico.

Todas las actividades realizadas durante la vigencia 2025 se encuentran debidamente soportadas mediante actas, listados de asistencia, archivos de inventario y relaciones de diferencias, los cuales respaldan la ejecución de las acciones de control interno y constituyen insumo para la formulación y seguimiento de acciones de mejora orientadas a garantizar un uso eficiente de los recursos, la continuidad del servicio y la seguridad del paciente.

✓ **Seguimiento Plan de Austeridad del Gasto**

Durante la vigencia 2025, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata realizó el seguimiento al Plan de Austeridad del Gasto, consolidando el comportamiento anual de los principales rubros de gasto institucional, con el fin de evaluar el cumplimiento de las directrices de racionalización, eficiencia y uso responsable de los recursos públicos, en comparación con la vigencia 2024.

El análisis consolidado anual evidencia que el gasto institucional presentó variaciones diferenciadas por ejes temáticos, asociadas principalmente a las necesidades operativas y asistenciales propias de la prestación de servicios de salud. En el eje de Prestación de Servicios y Administración de Personal, se registraron incrementos en rubros como horas extras, dominicales, festivos y recargos, lo cual responde a la dinámica de la operación hospitalaria; no obstante, se observan reducciones relevantes en conceptos como indemnización por vacaciones y viáticos, reflejando esfuerzos de

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 23 de 63


racionalización y una mejor planificación del recurso humano.

En el eje de Administración de Servicios, el comportamiento anual del gasto muestra incrementos en rubros estratégicos como mantenimiento, alimentación y suministro de oxígeno, los cuales se encuentran directamente relacionados con el fortalecimiento de la capacidad operativa y la continuidad en la atención de los servicios de salud. De manera complementaria, se evidencian reducciones en gastos asociados a combustibles y servicios de comunicaciones, lo que da cuenta de la adopción de medidas orientadas a la eficiencia y optimización del gasto administrativo.

Respecto al eje de Recursos Naturales y Sostenibilidad Ambiental, el consolidado anual refleja una disminución en el gasto por consumo de energía eléctrica, lo cual evidencia la implementación de acciones de eficiencia energética al interior de la entidad. Sin embargo, se identifican incrementos en el consumo y gasto de servicios como gas por tubería y agua, aspectos que requieren un análisis permanente y el fortalecimiento de estrategias orientadas al uso racional de los recursos naturales.

En términos generales, el consolidado anual del Plan de Austeridad del Gasto – Vigencia 2025 permite concluir que la entidad ha avanzado en la racionalización de algunos rubros de gasto, sin comprometer la prestación de los servicios misionales, aunque persisten desafíos asociados al control y optimización de aquellos conceptos que presentan incrementos significativos y que demandan un seguimiento continuo por parte de la administración.

Este análisis consolidado constituye un insumo técnico fundamental para la toma de decisiones, al facilitar la identificación de tendencias, la priorización de acciones de control y la formulación de estrategias orientadas a fortalecer la sostenibilidad financiera y el cumplimiento de los principios de austeridad y eficiencia en la gestión del gasto público.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 24 de 63

### 3.2. Informe de Auditorías Internas realizadas por la oficina de Calidad

Se tuvo en cuenta la articulación con la Oficina de Calidad, la cual desarrolló auditorías a los procesos misionales en el marco del PAMEC, cuyos resultados y planes de mejoramiento fueron considerados como insumos relevantes para el ejercicio de control interno y el seguimiento institucional:


#### ✓ Auditoría al Servicio de Farmacia

Durante la vigencia evaluada, la Oficina de Calidad de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata realizó una auditoría interna al Servicio de Farmacia, en el marco de las actividades de autocontrol institucional, como apoyo a los procesos de PAMEC y habilitación, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 3100 de 2019, la Resolución 1403 de 2007 y la normatividad aplicable al servicio farmacéutico hospitalario.

La auditoría tuvo como objetivo evaluar el **cumplimiento de los estándares de procesos prioritarios, talento humano, infraestructura, dotación y medicamentos, dispositivos médicos e insumos**, así como verificar las condiciones de operación del servicio, la gestión del riesgo asociado al uso de medicamentos y la adopción de prácticas seguras orientadas a la seguridad del paciente.

Como parte del ejercicio auditor, se revisó la **capacidad instalada del servicio**, la conformación del equipo de trabajo y las actividades desarrolladas en la Unidad Funcional de Farmacia, evidenciándose que el servicio cuenta con personal profesional y auxiliar vinculado mediante modalidad de agremiación; no obstante, se identificaron **debilidades en la suficiencia y formalización del talento humano**, particularmente relacionadas con la ausencia de estudios técnicos que determinen la necesidad real del personal conforme a la oferta, demanda y riesgo del servicio, así como situaciones puntuales de cumplimiento parcial de requisitos normativos, tales como registros en el ReTHUS.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 25 de 63


En la **autoevaluación del estándar de procesos prioritarios**, se evidenció el cumplimiento de múltiples criterios asociados a la política de seguridad del paciente, la adopción de guías de práctica clínica, la gestión de eventos adversos y la participación en comités institucionales como farmacovigilancia. Sin embargo, se identificaron no conformidades relevantes, entre ellas deficiencias en la comunicación con enfoque diferencial, falencias en el diligenciamiento de consentimientos informados, ausencia de semaforización de medicamentos, debilidades en el control de frascos abiertos y deficiencias en el manejo documental y operativo de kits para atención de eventos especiales, tales como ataques con agentes químicos.

En relación con el **estándar de infraestructura**, la auditoría evidenció **limitaciones significativas en los espacios físicos del servicio de farmacia**, tales como la inexistencia de áreas independientes para recepción, dispensación, cuarentena, almacenamiento de medicamentos vencidos o retirados y productos de control especial, lo cual afecta el cumplimiento integral de los requisitos normativos y representa un riesgo para la adecuada gestión del medicamento.

Respecto al **estándar de dotación**, se constató la existencia de equipos básicos de medición y control, así como la ejecución de mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos biomédicos mediante contratos vigentes; no obstante, se identificaron **debilidades en el registro completo de la información técnica de algunos equipos**, así como situaciones críticas relacionadas con la no operatividad de la planta de aire medicinal y la ausencia de certificaciones y mantenimientos periódicos exigidos por la normativa.

En cuanto al **estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos**, el informe evidencia un **alto nivel de cumplimiento** en los procesos de recepción, almacenamiento, control de fechas de vencimiento, registros sanitarios, manejo de medicamentos de control especial y gestión de farmacovigilancia. Sin embargo, se señalaron oportunidades de mejora relacionadas

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 26 de 63

con la **actualización de protocolos**, la claridad de los registros de temperatura en cadena de frío y la documentación de algunos procesos específicos.


En conclusión, la auditoría realizada por la Oficina de Calidad permitió identificar **fortalezas importantes en la gestión técnica y documental del Servicio de Farmacia**, así como **debilidades estructurales y operativas** que requieren la formulación y ejecución de **planes de mejoramiento**, orientados principalmente al fortalecimiento del talento humano, la adecuación de la infraestructura, la mejora de los controles asociados a la seguridad del paciente y el cumplimiento integral de los estándares de habilitación.

✓ **Auditoría al servicio de Hospitalización – Internación**

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Calidad de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata llevó a cabo una auditoría interna al servicio de Hospitalización (Unidad Funcional de Internación), como ejercicio de autocontrol institucional y apoyo a los procesos de PAMEC y habilitación, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 3100 de 2019 y la normatividad vigente aplicable a los servicios de internación.

La auditoría tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento de los estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros, así como identificar barreras operativas y necesidades del servicio que pudieran impactar la calidad y seguridad de la atención.

En el **estándar de Talento Humano**, la autoevaluación evidenció un alto nivel de cumplimiento, verificándose que el personal cuenta, en términos generales, con los títulos, autorizaciones y certificaciones exigidas por la normativa. No obstante, se identificó como no conformidad relevante la ausencia de un estudio formal de necesidad del recurso humano, que permita sustentar la suficiencia del personal de

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 27 de 63


acuerdo con la capacidad instalada, la oferta y demanda del servicio, la oportunidad en la atención y el riesgo asistencial. Así mismo, se registró una no conformidad asociada a la certificación de competencias esenciales para el cuidado del donante, situación atribuida a la no disponibilidad de cursos oficiales por parte del Instituto Nacional de Salud, lo cual fue debidamente contextualizado en el informe.

En relación con el **estándar de Infraestructura**, la auditoría identificó **múltiples no conformidades**, particularmente en lo referente a la ausencia de áreas y ambientes exigidos normativamente, tales como salas de procedimientos en habitaciones múltiples, áreas para estacionamiento de camillas y sillas de ruedas, sistemas de llamado de enfermería en sanitarios, habitaciones de aislamiento con antecámara, salas de visitas, ambientes para almacenamiento y distribución de alimentos y espacios para la preparación de fórmulas artificiales y extracción de leche materna. Estas situaciones evidencian **limitaciones estructurales significativas**, que afectan el cumplimiento integral de los requisitos de habilitación y representan riesgos potenciales para la seguridad del paciente.

En el **estándar de Dotación**, se constató el cumplimiento de la mayoría de los criterios relacionados con la disponibilidad, mantenimiento y operación de los equipos biomédicos; sin embargo, se identificaron **debilidades específicas**, tales como la insuficiencia de carros de paro para cubrir todos los pisos del servicio, la ausencia de algunos equipos pediátricos (fonendoscopio y tensiómetro pediátrico), el estado regular de ciertos elementos de dotación (camas y sillas de ruedas) y la no disponibilidad de equipos como bomba de nutrición enteral y cabina de flujo laminar. Estas observaciones fueron registradas como oportunidades de mejora que requieren gestión prioritaria.

Respecto al **estándar de Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos**, el informe evidencia un **nivel de cumplimiento satisfactorio**, destacándose la disponibilidad de oxígeno medicinal, kits de emergencia, carros de paro debidamente dotados y condiciones adecuadas para el

— Salud Integral, Impacto Real —


	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 28 de 63

manejo de medicamentos y dispositivos médicos. Se resaltan prácticas seguras como el control de fechas de vencimiento, el manejo de derrames y la custodia de los insumos, con soportes documentales y evidencias fotográficas.

En el **estándar de Procesos Prioritarios**, la auditoría evidenció la existencia y aplicación de la Política de Seguridad del Paciente, la participación activa en comités institucionales y la adopción de prácticas seguras relacionadas con identificación del paciente, higiene de manos, prevención de infecciones, gestión de eventos adversos, seguridad en el uso de medicamentos, prevención de caídas y atención segura durante procesos de transfusión sanguínea. No obstante, se identificaron aspectos susceptibles de mejora, particularmente en el **reporte sistemático de eventos adversos** y en condiciones locativas que pueden incrementar el riesgo de caídas, las cuales fueron señaladas como factores externos a la capacidad inmediata de intervención del servicio.

En cuanto al **estándar de Historia Clínica y Registros**, la auditoría evidenció no conformidades relevantes, tales como la ausencia de algunos componentes obligatorios en la historia clínica, el uso no estandarizado de siglas, la falta de procedimientos documentados para la custodia y recolección de historias clínicas físicas, y la inexistencia de consentimientos informados específicos. El ejercicio de auditoría de registros clínicos realizado en octubre de 2025 arrojó un **promedio de adherencia del 80%**, calificado como **"bueno"**, lo que indica cumplimiento parcial y la necesidad de formular acciones de mejora enfocadas en conciliación medicamentosa, registros postransfusionales y oportunidad en la evolución clínica por turno.

En conclusión, la auditoría al servicio de Hospitalización permitió identificar fortalezas importantes en la gestión asistencial, la seguridad del paciente y la dotación básica, así como debilidades estructurales, documentales y operativas que requieren seguimiento.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 29 de 63


✓ **Auditoría al Servicio de Consulta Externa**

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Calidad de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata realizó una auditoría interna al servicio de Consulta Externa, en el marco de las actividades de autocontrol institucional, como apoyo a los procesos de PAMEC y habilitación, conforme a lo dispuesto en la Resolución 3100 de 2019 y la normatividad vigente aplicable a los servicios ambulatorios.

La auditoría tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento de los estándares de capacidad instalada, talento humano, procesos prioritarios, infraestructura, dotación, historia clínica, seguridad del paciente e identificación de barreras del servicio, así como verificar la coherencia entre lo registrado en el REPS y la prestación real del servicio.

En relación con la **capacidad instalada**, se evidenció correspondencia entre el número de consultorios registrados en el REPS y los disponibles físicamente, identificándose un total de **ocho (8) consultorios**, un consultorio de procedimientos, áreas de facturación, central de citas, recepción, SIAU y oficina de epidemiología y estadística. No obstante, se identificó como aspecto crítico que **cuatro (4) consultorios no cuentan con batería sanitaria**, situación que limita el cumplimiento pleno de los estándares de infraestructura exigidos.

Respecto a la **conformación del equipo de trabajo**, la auditoría evidenció la participación de personal asistencial y administrativo vinculado principalmente mediante **OPS y agremiación**, con cobertura de especialidades como ginecología, ortopedia, cirugía general, pediatría, anestesiología, urología, medicina interna, gastroenterología, psicología y medicina física y rehabilitación. Sin embargo, se identificó como oportunidad de mejora la **necesidad de documentar formalmente la suficiencia del talento humano**, considerando la capacidad instalada, la oferta y demanda del servicio, los tiempos de atención y el riesgo asistencial.


	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 30 de 63

En el análisis de los **procesos prioritarios**, la autoevaluación del estándar evidenció un **alto nivel de cumplimiento** en aspectos relacionados con la política de seguridad del paciente, identificación del usuario, higiene de manos, prevención de infecciones, gestión de eventos adversos, seguridad en el uso de medicamentos, prevención de caídas, atención segura de la gestante y gestión de la transfusión sanguínea. No obstante, se identificó una **no conformidad relevante** asociada al **diligenciamiento incompleto y generalizado de los consentimientos informados**, los cuales no son específicos por procedimiento, situación que representa un riesgo legal y asistencial.

En cuanto a la **gestión documental y protocolos**, se evidenció la adopción y socialización de guías de práctica clínica, protocolos de bioseguridad, esterilización, reanimación cardiopulmonar, manejo de gases medicinales, referencia y contrarreferencia y atención a víctimas de violencias sexuales, lo cual constituye una fortaleza del servicio. Sin embargo, se identificó la necesidad de actualizar documentación institucional con enfoque diferencial y fortalecer su aplicación efectiva en el proceso asistencial.

Desde el punto de vista de la **infraestructura**, la auditoría identificó no conformidades estructurales relevantes, tales como la inexistencia de ambientes diferenciados para entrevista y examen físico, consultorios sin lavamanos ni unidades sanitarias, ausencia de llamados de enfermería en baterías sanitarias y limitaciones en la accesibilidad para personas con movilidad reducida. Estas condiciones afectan el cumplimiento integral de los estándares de habilitación y la calidad de la atención.

Adicionalmente, se identificaron **barreras operativas y necesidades del servicio**, entre las que se destacan la necesidad de fortalecer los procesos de inducción y entrenamiento del personal nuevo, realizar mantenimiento a camillas en mal estado, mejorar la oportunidad en la asignación de citas, reducir el porcentaje de citas incumplidas y fortalecer el desempeño del Call Center, aspectos que impactan directamente la oportunidad, continuidad y satisfacción del usuario.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 31 de 63

✓ **Auditoría al Servicio de Imágenes Diagnósticas**


La auditoría tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento de los estándares de capacidad instalada, talento humano, procesos prioritarios, infraestructura, dotación, indicadores del servicio, identificación de barreras y necesidades, así como verificar la coherencia entre lo registrado en el REPS y la prestación real del servicio.

En relación con la **capacidad instalada**, se evidenció correspondencia entre lo registrado en el REPS y las instalaciones físicas del servicio, incluyendo consultorios para toma de ecografías, áreas para imágenes diagnósticas ionizantes y no ionizantes, recepción, central de citas, SIAU y epidemiología. No obstante, se identificaron **observaciones relevantes** relacionadas con la funcionalidad de algunos ambientes y la necesidad de optimizar espacios para garantizar el cumplimiento integral de los estándares normativos.

Respecto a la **conformación del equipo de trabajo**, el servicio cuenta con personal vinculado principalmente mediante **modalidad de afiliación y OPS**, incluyendo tecnólogos en radiología, auxiliares y un médico radiólogo. Si bien se evidenció disponibilidad de talento humano para la operación del servicio, se identificó como **oportunidad de mejora** la necesidad de fortalecer los procesos de **inducción, entrenamiento y experiencia mínima del personal**, con el fin de garantizar la calidad y seguridad en la prestación del servicio.

En la evaluación de los **procesos prioritarios**, se verificó la realización de actividades asistenciales como atención de pacientes de consulta externa, urgencias y posquirúrgicos, manejo de recepción y toma de imágenes ionizantes y no ionizantes. Así mismo, se constató la adopción de prácticas de seguridad del paciente y protocolos operativos; sin embargo, se identificaron **desviaciones en los indicadores del servicio**, particularmente en \_\_\_\_\_ el **porcentaje de**

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 32 de 63

**inasistencia a citas**, el cual alcanzó valores del **31% en el mes de enero y del 13% en el mes de junio**, superando la meta institucional del **8%**, situación que impacta la eficiencia y oportunidad del servicio.


En cuanto al **estándar de infraestructura**, la autoevaluación evidenció un **cumplimiento mayoritario** de los criterios aplicables tanto para imágenes diagnósticas ionizantes como no ionizantes; no obstante, se identificaron **no conformidades relevantes**, entre ellas la **ausencia de vestidores para pacientes y áreas de casilleros**, tanto en procedimientos ionizantes como no ionizantes, situación que afecta la experiencia del usuario y el cumplimiento pleno de los requisitos normativos.

Respecto al **estándar de dotación**, se evidenció la disponibilidad de equipos generadores de radiación ionizante y no ionizante, elementos de protección radiológica y monitores grado médico; sin embargo, se identificaron **debilidades técnicas en el equipo generador de radiación ionizante**, el cual presenta fallas técnicas, así como limitaciones en la disponibilidad de algunos equipos específicos para procedimientos con medio de contraste, lo que constituye un riesgo operativo que requiere intervención prioritaria.

En el análisis de **hallazgos de auditorías externas**, se constató que **no se reportaron auditorías externas al servicio de Imágenes Diagnósticas durante la vigencia 2025**, lo cual no exime la necesidad de fortalecer los controles internos y el seguimiento a los hallazgos identificados en la auditoría interna.

Finalmente, en la **identificación de barreras y necesidades del servicio**, se destacaron aspectos críticos como la necesidad de **mantenimiento al equipo de radiología**, la **reducción del porcentaje de citas incumplidas a través del fortalecimiento del Call Center**, la adecuación de espacios físicos para los usuarios (vestier) y el fortalecimiento de los procesos de inducción y capacitación del personal nuevo. Estas situaciones fueron consignadas como insumos para la formulación y seguimiento de acciones de mejora.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 33 de 63


✓ **Auditoría al Servicio de Terapia Física**

La auditoría tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento de los estándares de capacidad instalada, talento humano, procesos prioritarios, infraestructura, dotación, indicadores del servicio, identificación de barreras y necesidades, así como verificar la coherencia entre lo registrado en el REPS y la prestación real del servicio, con énfasis en la atención de pacientes en el servicio de internación pediátrica.

En relación con la **capacidad instalada**, se evidenció correspondencia entre lo registrado en el REPS y las instalaciones físicas del servicio, verificándose la habilitación de **un (1) servicio de Terapia Física**, con atención prioritaria a pacientes hospitalizados, particularmente población pediátrica. El servicio cuenta con **diez (10) camas pediátricas**, utilizadas para la prestación de las actividades terapéuticas según la demanda asistencial.

Respecto a la **conformación del equipo de trabajo**, el servicio dispone de **dos (2) fisioterapeutas**, vinculados mediante modalidad de **agremiación**, con jornada laboral de lunes a viernes en horarios de mañana y tarde, lo cual permite garantizar la atención terapéutica a los pacientes hospitalizados. No obstante, se identificó como oportunidad de mejora la necesidad de evaluar la **suficiencia del talento humano**, considerando la carga asistencial, la demanda del servicio y los riesgos asociados a la atención.

En la **evaluación del estándar de infraestructura**, la autoevaluación evidenció cumplimiento parcial de los criterios exigidos por la normativa. Se identificaron **no conformidades relevantes**, entre ellas la **ausencia de vestidores para los usuarios**, quienes deben realizar el cambio de ropa en las unidades sanitarias, y la **falta de barreras de privacidad entre las camillas**, lo cual afecta la confidencialidad y comodidad del paciente durante la atención. Así mismo, se observó la necesidad de mejorar la

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 34 de 63

demarcación entre el área de entrevista y el área de procedimientos terapéuticos.


En cuanto al **estándar de dotación**, se evidenció que el servicio cuenta con la dotación básica requerida para la prestación de los procedimientos terapéuticos; sin embargo, se identificaron **necesidades específicas de fortalecimiento**, tales como la adquisición de **masajeadores, juegos adicionales de bandas elásticas (Therabands), equipos TENS portátiles** y la implementación de divisiones físicas entre camillas, aspectos necesarios para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la atención.

Respecto a los **indicadores del servicio**, hubo ausencia de auditorías externas durante la vigencia 2024, y no reporta indicadores cuantitativos consolidados, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento y medición sistemática del desempeño del servicio, como insumo para la mejora continua y la toma de decisiones.

En la **identificación de barreras y necesidades del servicio**, se destacaron limitaciones asociadas a la infraestructura física, la dotación especializada y la privacidad en la atención, las cuales fueron consignadas como insumos para la formulación y seguimiento de acciones de mejora, orientadas al cumplimiento integral de los estándares de habilitación y al fortalecimiento de la calidad del servicio.

✓ **Auditoría al Servicio de Sala de Partos**

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Calidad de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata realizó una auditoría interna al servicio de Sala de Partos, como ejercicio de autocontrol institucional y apoyo a los procesos de PAMEC y habilitación, conforme a los estándares definidos en la Resolución 3100 de 2019 y demás normatividad vigente aplicable a los servicios de atención del parto en los niveles de baja, mediana y alta complejidad.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 35 de 63


La auditoría tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento de los estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios e historia clínica y registros, así como identificar brechas, riesgos y necesidades del servicio que pudieran afectar la calidad, seguridad y oportunidad en la atención del binomio madre-hijo.

En relación con el **estándar de Talento Humano**, se evidenció un **alto nivel de cumplimiento** en los criterios asociados a formación académica, autorizaciones de ejercicio profesional, certificaciones, entrenamientos obligatorios y disponibilidad de personal requerido para la atención del parto en los diferentes niveles de complejidad. No obstante, se identificó como **no conformidad relevante** la **ausencia del estudio formal de necesidad de personal por servicios**, requerido para sustentar la suficiencia del talento humano en función de la capacidad instalada, la demanda asistencial, la oportunidad en la atención y el riesgo clínico. Así mismo, se dejó constancia de que algunos certificados específicos dependen de la oferta institucional del Ministerio de Salud o del Instituto Nacional de Salud, situación que limita su obtención oportuna.

En el análisis del **estándar de Infraestructura**, la auditoría evidenció **cumplimiento parcial**, identificándose **no conformidades estructurales relevantes** tales como la ausencia de sala de visitas, vestidores para pacientes y para el talento humano que funcionen como filtros, y limitaciones en las habitaciones TPR relacionadas con sistemas de llamado y áreas complementarias. Si bien el servicio cuenta con ambientes esenciales como sala de partos, áreas de trabajo de parto, recuperación y atención al recién nacido, persisten brechas que afectan el cumplimiento integral de los requisitos normativos y la experiencia del usuario.

Respecto al **estándar de Dotación**, se constató la disponibilidad general de equipos biomédicos y dispositivos médicos necesarios para la atención obstétrica y neonatal; sin embargo, se identificaron **debilidades específicas**, entre ellas la necesidad de adquirir un **monitor fetal** **adicional**, completar

— Salud Integral, Impacto Real —


	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 36 de 63

equipos de episiotomía y episiorrafia, disponer de **fonendoscopio pediátrico**, mejorar el estado de sensores neonatales, adecuar puntos de oxígeno para equipos nuevos, reparar o reemplazar camillas en estado regular y fortalecer la dotación para la atención en sala de recuperación. Estas situaciones fueron registradas como oportunidades de mejora que requieren gestión prioritaria.

En cuanto al **estándar de Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos**, el informe evidenció **cumplimiento satisfactorio**, destacándose la existencia de kits de emergencias obstétricas, carros de paro debidamente dotados, control de fechas de vencimiento, manejo de derrames y disponibilidad de oxígeno medicinal. No obstante, se identificó la **no disponibilidad de catéteres para vena umbilical**, tanto en el servicio general como en la estrategia TPR, lo cual constituye un riesgo asistencial que debe ser corregido.

En el **estándar de Procesos Prioritarios**, la auditoría evidenció la adopción y aplicación de la **Política de Seguridad del Paciente**, la realización de actividades periódicas de autocontrol, la participación en comités institucionales y la implementación de prácticas seguras relacionadas con identificación del paciente, comunicación efectiva, higiene de manos, prevención de infecciones, gestión de eventos adversos, seguridad en el uso de medicamentos, prevención de caídas, atención segura de la gestante y del recién nacido, transfusión sanguínea, prevención de úlceras por presión y referencia y contrarreferencia. Se reconoció, no obstante, la necesidad de **fortalecer la cultura de reporte de eventos adversos**, aspecto que viene siendo abordado mediante procesos de sensibilización liderados por el área de calidad.

En relación con el **estándar de Historia Clínica y Registros**, la auditoría identificó **no conformidades relevantes**, tales como la inexistencia de un procedimiento documentado para la unificación y control de historias clínicas físicas, así como la ausencia de algunos componentes obligatorios dentro del registro clínico, específicamente el registro de antecedentes. Estas debilidades impactan la calidad del

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 37 de 63

registro asistencial y requieren acciones de mejora orientadas a la estandarización y fortalecimiento del proceso documental.

En conclusión, la auditoría al servicio de Sala de Partos permitió identificar fortalezas importantes en la disponibilidad de talento humano, la aplicación de prácticas de seguridad del paciente y la operación asistencial, así como debilidades estructurales, de dotación y documentales que requieren seguimiento para garantizar el cumplimiento integral de los estándares de habilitación, la seguridad del binomio madre-hijo y la mejora continua de la calidad en la prestación del servicio.


#### ✓ **Auditoría al Servicio de Sala de Cirugía**

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Calidad de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata realizó una autoevaluación y auditoría interna al Servicio de Sala de Cirugía, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 3100 de 2019 y la Resolución 4445 de 1996, con énfasis en el estándar de infraestructura, como parte de las actividades de autocontrol institucional y fortalecimiento de los procesos de habilitación.

La evaluación se desarrolló mediante la lectura sistemática de los criterios normativos aplicables, utilizando como instrumento la hoja radar para la calificación colectiva de estándares, con la participación del equipo directivo, asistencial, de mantenimiento y del equipo de calidad. Este ejercicio permitió verificar el nivel de cumplimiento de los requisitos técnicos exigidos para los servicios quirúrgicos de complejidad mediana y alta, bajo modalidad intramural.

Del análisis del estándar de **todos los servicios**, se evidenció un **alto nivel de cumplimiento** en aspectos relacionados con edificaciones de uso exclusivo en salud, disponibilidad de servicios públicos esenciales, accesibilidad, señalización, circulación interna, sistemas de

— Salud Integral, Impacto Real —


	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 38 de 63

gases medicinales, esterilización, condiciones de orden, aseo y desinfección, así como características estructurales de pisos, paredes y cielos rasos. No obstante, se identificaron **observaciones puntuales** asociadas principalmente a la **ausencia de concepto sanitario actualizado**, así como a la falta de **certificado bomberil y concepto de uso del suelo**, documentos exigidos para el cumplimiento integral de la normatividad sanitaria vigente.

En el componente de **infraestructura específica del servicio de cirugía**, la evaluación evidenció cumplimiento mayoritario de los criterios normativos aplicables a salas de cirugía, corredores asépticos, áreas de esterilización, suministro de gases medicinales y condiciones locativas generales. Sin embargo, se registraron **observaciones relevantes** relacionadas con la **insuficiencia de camillas en la sala de recuperación**, dado que no se cumple el criterio de dos camillas por cada sala de cirugía, así como la **ausencia de barreras físicas móviles** que garanticen la privacidad y seguridad del paciente en dicha área.

Adicionalmente, se identificaron **observaciones** en relación con la **ausencia de sistemas de llamado de enfermería** en el servicio de cirugía, la **inexistencia de unidades sanitarias en la sala de espera del servicio**, y la **falta de unidad sanitaria en el vestidor del talento humano**, el cual actualmente cuenta únicamente con lavamanos, situación que limita el cumplimiento pleno del estándar de filtros sanitarios para el personal.

En cuanto a las **características físicas de las salas de cirugía**, se evidenció que las **puertas no permiten la visualización entre el interior y el exterior**, aspecto exigido por la normativa para garantizar condiciones de seguridad y control del entorno quirúrgico. Así mismo, se identificaron **observaciones relacionadas con la falta de uniformidad y continuidad en los pisos de las salas de cirugía**, lo cual requiere intervención mediante mantenimiento correctivo para asegurar superficies continuas, antideslizantes y aptas para procesos de limpieza y desinfección profunda.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
		<b>Versión:</b> 03
		<b>Página:</b> 39 de 63


Respecto a las **áreas de apoyo al servicio**, se señalaron **observaciones** asociadas a la ausencia de baterías sanitarias discriminadas por sexo en la sala de espera del servicio de cirugía y a la carencia de espacios adecuados para el resguardo de pertenencias de los usuarios, aspectos que impactan la comodidad, dignidad y experiencia del paciente.

Como resultado del ejercicio evaluativo, el equipo auditor, en articulación con la Subgerencia Asistencial, el área de Mantenimiento, la Asesoría de Gerencia y la Coordinación del Servicio de Cirugía, definieron acciones orientadas a atender las observaciones identificadas, las cuales contempla, la gestión de los conceptos sanitarios requeridos, la adecuación de infraestructura (barreras físicas, puertas, pisos, baños y vestidores), la implementación del sistema de llamado de enfermería y el fortalecimiento de las condiciones locativas del área quirúrgica.

En conclusión, la auditoría al Servicio de Sala de Cirugía evidencia un **cumplimiento mayoritario de los estándares normativos aplicables**, acompañado de **observaciones específicas de carácter estructural y locativo**, cuya atención resulta prioritaria para garantizar el cumplimiento integral de los requisitos de habilitación, la seguridad del paciente y la calidad en la prestación del servicio quirúrgico.

✓ **Auditoría al Servicio de Transporte Asistencial**

Durante la vigencia 2025, la **Oficina de Calidad de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata** realizó una **auditoría interna al Servicio de Transporte Asistencial**, como ejercicio de autocontrol institucional y apoyo a los procesos de **PAMEC y habilitación**, en concordancia con la **Resolución 3100 de 2019** y la normatividad vigente aplicable a los servicios de transporte asistencial básico y medicalizado.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 40 de 63


La auditoría tuvo como objetivo evaluar el **cumplimiento de los estándares de capacidad instalada, talento humano, dotación, equipos biomédicos, medicamentos, dispositivos médicos, infraestructura de apoyo y procesos prioritarios**, así como realizar seguimiento a los compromisos derivados de auditorías anteriores.

En relación con la **capacidad instalada**, se evidenció que la institución cuenta con **seis (6) ambulancias activas**, distribuidas en ambulancias básicas y medicalizadas, debidamente registradas, con identificación de placas, modelos, tarjetas de propiedad y fechas de apertura. No obstante, el análisis técnico permitió identificar **observaciones relevantes** asociadas al estado físico y funcional de los vehículos y de los equipos biomédicos instalados, lo cual impacta la confiabilidad operativa del servicio.

Respecto a la **conformación del equipo de trabajo**, el servicio dispone de personal asistencial y de apoyo vinculado mediante **modalidades de agremiación y planta**, incluyendo médicos generales, enfermeros, auxiliares de enfermería, conductores y personal de referencia y contrarreferencia. Si bien se garantiza la disponibilidad del talento humano para la operación del servicio, se identifica como observación la **necesidad de fortalecer procesos de capacitación continua**, especialmente en manejo de víctimas de violencia sexual, atención de eventos con agentes químicos y procedimientos críticos durante el traslado asistencial.

En el análisis del **inventario de equipos biomédicos de las ambulancias**, se identificaron **observaciones técnicas recurrentes**, tales como desfibriladores operativos que requieren parches y baterías, monitores de signos vitales con desgaste generalizado, fisuras en carcasas, ausencia de sensores de temperatura, equipos no operativos (succionadores, flujómetros), y necesidad de renovación tecnológica en varios dispositivos. Estas condiciones fueron evidenciadas en ambulancias básicas y medicalizadas, así como en el cuarto de ambulancias, donde se observaron incubadoras de transporte con fallas en el control de temperatura, ventiladores con deterioro físico y necesidad urgente de mantenimiento preventivo y correctivo.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 41 de 63


En cuanto al **manejo de medicamentos, dispositivos médicos e insumos**, la auditoría identificó **observaciones relacionadas con la ausencia de espacios adecuados para la conservación de medicamentos dentro de la institución**, falta de anclajes seguros para monitores y balas de oxígeno portátiles, inexistencia de documentación actualizada de kits especiales (agentes químicos, violencia sexual, emergencias obstétricas) y ausencia de protocolos documentados que describan los medicamentos, dispositivos e insumos disponibles durante el traslado asistencial.

Desde el punto de vista de la **infraestructura de apoyo**, se evidenció la necesidad de disponer de **ambientes específicos para procesos de limpieza y desinfección**, con mesón de trabajo y poceta, así como la implementación de gabinetes seguros y anclajes adecuados en los compartimientos del paciente para garantizar la seguridad durante el traslado.

En relación con el **seguimiento a compromisos**, se observó que algunas acciones se encuentran **ejecutadas**, tales como la contratación de mantenimiento preventivo y correctivo de las ambulancias y la adquisición de cable conductor con polo a tierra; sin embargo, otras acciones permanecen **en proceso o pendientes**, particularmente aquellas relacionadas con adquisición de dotación especializada (inmovilizadores, linternas, medidores de pico flujo, incubadora pediátrica portátil), renovación de equipos biomédicos y fortalecimiento documental y procedimental del servicio.

En conclusión, la auditoría al Servicio de Transporte Asistencial permitió identificar **fortalezas en la disponibilidad del parque automotor y del talento humano**, así como **observaciones de carácter técnico, operativo, documental y de dotación**, cuya atención resulta prioritaria para garantizar el cumplimiento integral de los estándares de habilitación, la seguridad del paciente durante el traslado y la continuidad del servicio. Estas observaciones constituyen insumos fundamentales para la formulación, ejecución y seguimiento de **acciones de mejora orientadas a la reducción del riesgo asistencial y al fortalecimiento del servicio.**

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 42 de 63

✓ **Auditoría al Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU**


Durante la vigencia 2025, la **Oficina de Calidad de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata** realizó una **auditoría interna al proceso de Sistemas de Información y Atención al Usuario (SIAU)**, adscrito al **macroproceso de apoyo**, en cumplimiento de lo dispuesto en el **Decreto 1757 de 1994**, la **Circular Externa 047 de 2007**, la **Circular 008 de 2018** y la **Circular 0010 de 2020**, emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

La auditoría tuvo como objetivo evaluar el **funcionamiento del sistema de información y atención al usuario**, los mecanismos de participación social en salud, la gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF), así como la aplicación de instrumentos de medición de satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos en la normatividad vigente.

En relación con la **estructura organizacional y el talento humano**, se evidenció que el proceso SIAU cuenta con **recurso humano asignado con funciones específicas**, conformado por un líder del proceso, cuatro orientadores y personal administrativo de apoyo, quienes cumplen con los perfiles de idoneidad requeridos y han recibido procesos de capacitación y entrenamiento. Esta situación constituye una fortaleza para la operación y sostenibilidad del sistema de atención al usuario.

Respecto a la **infraestructura y medios de atención**, se constató la existencia de una **oficina de SIAU debidamente identificada, de fácil acceso, con herramientas logísticas y tecnológicas**, así como la disponibilidad de ventanilla preferencial para la atención de personas mayores de 62 años y personas en condición de discapacidad, en cumplimiento de la **Ley 1171 de 2007**. Igualmente, se evidenció la existencia de horarios de atención visibles al público y la disposición de medios presenciales y telefónicos para la atención continua de los usuarios.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 43 de 63


En el análisis del **sistema de recepción y trámite de PQRSF**, se observó que la institución dispone de **buzones de sugerencias**, formatos estandarizados para la radicación de solicitudes y registros que permiten el control del trámite, análisis y consolidación de la información. Así mismo, se evidenció que el formato de control incluye los campos mínimos exigidos por la normatividad, tales como fecha de recibo, estado del trámite, codificación, tema principal, régimen del usuario y decisión adoptada.

No obstante, se identificaron **observaciones relevantes** relacionadas con la **oportunidad en la respuesta a algunas PQRS**, evidenciándose que ciertos requerimientos superan los tiempos establecidos por la **Circular 0010 de 2020 de la Supersalud**, situación que representa un riesgo de incumplimiento normativo y afecta la percepción de oportunidad en la atención al usuario.

En cuanto a la **evaluación de la satisfacción del usuario**, se evidenció la aplicación de encuestas con una muestra representativa superior al **10% de los requerimientos radicados**, incorporando indicadores de calidad definidos en la **Resolución 256 de 2016**. Se observó, además, que la institución adopta medidas correctivas derivadas del análisis de los resultados de satisfacción, lo cual fortalece el enfoque de mejora continua.

Respecto a la **gestión documental y normativa**, se constató la existencia y vigencia del **Plan de Servicio al Ciudadano**, formalmente codificado y actualizado, así como la adopción del **Código de Ética y Buen Gobierno**, debidamente socializado y soportado mediante actas, capacitaciones y registros de asistencia. Estas acciones fortalecen la transparencia, el trato digno y la humanización en la atención.

En el componente de **participación social en salud**, se evidenció la operatividad de la **asociación de usuarios**, la interacción con veedurías, la realización de actividades de capacitación a usuarios sobre derechos y deberes, y el reporte de información en la plataforma **PISIS del SISPRO**, en cumplimiento de la política de participación social. Así

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 44 de 63

mismo, se observó la elaboración de informes mensuales sobre socialización de derechos, deberes y acompañamiento a usuarios.

En conclusión, la auditoría al proceso SIAU permitió identificar fortalezas significativas en la estructura organizacional, los mecanismos de atención al usuario, la gestión documental y la participación social, así como observaciones puntuales relacionadas con la oportunidad en la respuesta a PQRS, el fortalecimiento de indicadores institucionales y la consolidación de la gestión documental, aspectos que deben ser atendidos mediante acciones orientadas al cumplimiento normativo, la satisfacción del usuario y la mejora continua del proceso.


### 3.3. Hallazgos Resultantes del Ejercicio de Control Interno

Como resultado del ejercicio de control interno desarrollado durante la vigencia 2025 en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, se identificaron diversos hallazgos asociados a debilidades en el diseño, aplicación y seguimiento de los controles internos, los cuales fueron evidenciados a través de auditorías internas, inventarios físicos, seguimientos a planes de mejoramiento y evaluaciones específicas a procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

Uno de los hallazgos recurrentes identificados corresponde a diferencias entre los registros del sistema de información y las existencias físicas en procesos críticos como Farmacia, Laboratorio Clínico y Bodega de Ferretería/Mantenimiento, evidenciándose faltantes, sobrantes, inconsistencias en los registros, presencia de insumos vencidos y deficiencias en la oportunidad de los ajustes en el sistema. Estas situaciones reflejan debilidades en los controles de inventario, en la trazabilidad de los movimientos y en la responsabilidad directa de los procesos sobre la actualización de la información.

Así mismo, se identificaron hallazgos relacionados con la gestión y cierre de planes de mejoramiento, particularmente aquellos

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 45 de 63


derivados de auditorías de organismos de control externo de vigencias anteriores, los cuales permanecen abiertos o con avances parciales, incrementando el riesgo de reiteración de observaciones y afectando la efectividad del Sistema de Control Interno.

En el proceso de Call Center y atención al usuario, los seguimientos realizados permitieron identificar falencias en el seguimiento a pacientes posquirúrgicos, inconsistencias en el rendimiento de los agentes y debilidades operativas que impactan la oportunidad y calidad del servicio. Aunque se formularon planes de mejoramiento y se evidenció la adopción de acciones correctivas, los hallazgos pusieron de manifiesto la necesidad de fortalecer los mecanismos de supervisión y control permanente del proceso.

En materia de integridad, transparencia y gestión del riesgo, los ejercicios de auditoría evidenciaron avances en la existencia de políticas, protocolos y herramientas institucionales; sin embargo, se identificaron hallazgos asociados a la necesidad de fortalecer la apropiación, socialización y aplicación efectiva de estos instrumentos por parte de los servidores públicos y contratistas, especialmente en lo relacionado con la gestión de conflictos de intereses y la cultura del autocontrol.

Adicionalmente, el seguimiento al Plan de Austeridad del Gasto – Vigencia 2025 permitió identificar variaciones significativas en determinados rubros del gasto institucional, lo que constituye un hallazgo de carácter preventivo que demanda análisis permanente, fortalecimiento de controles y adopción de medidas de racionalización, sin afectar la prestación de los servicios de salud.

En términos generales, los hallazgos identificados durante la vigencia 2025 evidencian que, si bien la entidad cuenta con un Sistema de Control Interno en funcionamiento, persisten debilidades en la ejecución, seguimiento y autocontrol de algunos procesos, lo cual requiere la implementación o fortalecimiento de acciones correctivas y preventivas orientadas a mejorar la eficiencia, eficacia y transparencia de la gestión institucional.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 46 de 63


### 3.4. Seguimiento a los Hallazgos y Planes de Mejoramiento

En cumplimiento de las funciones de la Oficina de Control Interno y como parte integral del Sistema de Control Interno, durante la vigencia 2025 se realizó el seguimiento sistemático a los hallazgos identificados en auditorías internas, inventarios físicos, evaluaciones específicas y seguimientos a planes de mejoramiento, con el propósito de verificar la adopción de acciones correctivas y preventivas orientadas a su mitigación o cierre.

El seguimiento efectuado permitió evidenciar que, frente a los hallazgos identificados en procesos como Farmacia, Laboratorio Clínico, Bodega de Ferretería/Mantenimiento, Call Center, Facturación y Gestión Administrativa, se formularon planes de mejoramiento que incluyen acciones concretas, responsables definidos y plazos de ejecución, los cuales han sido objeto de verificación periódica por parte de la Oficina de Control Interno.

En el marco de los seguimientos realizados, se constató que algunas acciones definidas presentan avances significativos, tales como la asignación de responsables específicos, la realización de reuniones de autocontrol, la ejecución de inventarios periódicos y la adopción de medidas operativas orientadas a corregir las falencias identificadas. No obstante, también se evidenció que persisten hallazgos con avances parciales o pendientes de cierre, principalmente aquellos relacionados con ajustes oportunos en los sistemas de información, fortalecimiento de controles de inventarios y cierre definitivo de planes de mejoramiento derivados de vigencias anteriores.


Así mismo, los ejercicios de seguimiento permitieron identificar la necesidad de fortalecer la articulación entre las áreas responsables y la Oficina de Control Interno, con el fin de garantizar la oportunidad y calidad de la información reportada, así como la sostenibilidad de las acciones implementadas en el tiempo.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 47 de 63

El seguimiento a los hallazgos también evidenció que, en varios procesos, las acciones de mejora han tenido un enfoque correctivo, siendo necesario avanzar hacia un enfoque preventivo y basado en riesgos, que permita anticipar desviaciones y fortalecer la cultura del autocontrol y la responsabilidad de los líderes de proceso, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

En términos generales, el seguimiento realizado durante la vigencia 2025 permitió verificar la gestión activa de los planes de mejoramiento, identificar avances, alertar sobre rezagos y generar insumos para la priorización de acciones en el Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2026, contribuyendo al fortalecimiento progresivo del Sistema de Control Interno y a la mejora continua de la gestión institucional.

Por otra parte, de manera concreta se realizó el seguimiento al Plan de Mejora del proceso de Facturación de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, en cumplimiento de las acciones definidas como resultado de la auditoría efectuada a dicho proceso en la vigencia 2024. El seguimiento tuvo como objetivo verificar la ejecución de las acciones orientadas a mitigar la generación recurrente de notas crédito en el proceso de facturación, situación que había sido identificada como una debilidad relevante. Como acción correctiva, el plan de mejora estableció la realización de reuniones mensuales con el personal del área de facturación, con el fin de analizar las causas de las inconsistencias y fortalecer los controles asociados al proceso; para el desarrollo del seguimiento, la Oficina Asesora de Control Interno efectuó la verificación de las evidencias documentales, constatando la realización de las reuniones programadas y la existencia de las actas mensuales correspondientes al periodo comprendido entre enero y octubre de 2025, las cuales soportan la ejecución de la acción definida en el plan de mejora. De acuerdo con lo consignado en el informe, las actividades adelantadas permitieron dar cumplimiento a la acción establecida, evidenciando un ejercicio de seguimiento continuo al proceso

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 48 de 63

de facturación y a las medidas implementadas para reducir las inconsistencias relacionadas con la generación de notas crédito.

### **Plan de Mejoramiento derivado de la Auditoría realizada por Calidad al Servicio de Farmacia**


El Plan de Mejoramiento del Servicio de Farmacia fue formulado como resultado directo de la auditoría interna realizada por la Oficina de Calidad, con el propósito de corregir las no conformidades y oportunidades de mejora identificadas en relación con los estándares de talento humano, infraestructura, procesos prioritarios, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, conforme a la normatividad vigente.

Del análisis del plan se evidencia que las acciones formuladas guardan coherencia directa con los hallazgos identificados, abordando de manera específica las causas que dieron origen a las no conformidades, lo cual refleja una adecuada identificación del problema y una formulación pertinente de medidas correctivas.

En materia de talento humano, el plan contempla acciones orientadas a la verificación y actualización de requisitos del personal, así como al fortalecimiento de competencias específicas del servicio farmacéutico. Estas acciones resultan pertinentes frente a los hallazgos relacionados con certificaciones, registros y formalización del recurso humano; no obstante, su efectividad dependerá del seguimiento permanente y de la articulación con el proceso de Talento Humano.

Respecto a la infraestructura y condiciones locativas, el plan incorpora acciones dirigidas a la adecuación de áreas, delimitación de espacios y mejora de condiciones físicas, reconociendo las limitaciones estructurales del servicio. Si bien estas acciones son necesarias, se identifican como acciones de mediano plazo, cuyo cierre efectivo depende de decisiones administrativas, disponibilidad presupuestal y gestión de proyectos de adecuación física, lo que representa un riesgo de prolongación de las no conformidades.

— Salud Integral, Impacto Real —


	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 49 de 63

En relación con los procesos prioritarios y la seguridad del paciente, el plan incluye acciones asociadas a la actualización y socialización de protocolos, mejora en el manejo documental, fortalecimiento de prácticas seguras y control de medicamentos, lo cual resulta adecuado frente a los hallazgos relacionados con semaforización, control de frascos abiertos, kits especiales y consentimiento informado. Estas acciones, al ser de carácter operativo y procedimental, presentan mayor viabilidad de cierre en el corto plazo, siempre que exista compromiso del líder del proceso.

En el componente de dotación, medicamentos y dispositivos médicos, el plan establece acciones relacionadas con la verificación de inventarios, control de fechas de vencimiento, mantenimiento de equipos y fortalecimiento del registro y seguimiento, lo cual se alinea con las debilidades identificadas durante la auditoría y contribuye a mitigar riesgos asistenciales y operativos asociados al servicio farmacéutico.

Desde la perspectiva del seguimiento y control, el plan define responsables y plazos para cada acción, lo cual constituye una fortaleza del instrumento; sin embargo, se identifica la necesidad de reforzar los mecanismos de verificación de cumplimiento, asegurando que las acciones no se limiten a la ejecución formal, sino que evidencien impacto real en la mejora del servicio y en la reducción del riesgo de reincidencia de los hallazgos.

En términos generales, el Plan de Mejoramiento del Servicio de Farmacia puede calificarse como pertinente y estructurado, en tanto responde de manera directa a los hallazgos de la auditoría y plantea acciones acordes con la naturaleza del servicio. No obstante, su efectividad estará condicionada al seguimiento sistemático por parte de la Oficina de Calidad y la Oficina de Control Interno, así como al compromiso de los responsables del proceso en la implementación oportuna y sostenible de las acciones definidas.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>	<b>Versión:</b> 03
	<b>LA PLATA HUILA</b>	<b>Página:</b> 50 de 63
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	

## 4. Cumplimiento y Gestión

### 4.1. Concepto sobre la Aplicación de Normas de Austeridad


Con base en el seguimiento efectuado durante la vigencia 2025 al Plan de Austeridad del Gasto, y en el análisis consolidado del comportamiento anual del gasto institucional, la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata emite concepto sobre la aplicación y cumplimiento de las normas de austeridad vigentes.

Del análisis realizado se evidencia que la entidad implementó mecanismos de seguimiento periódico al gasto, orientados a la racionalización y uso eficiente de los recursos públicos, en concordancia con la normatividad aplicable en materia de austeridad y disciplina fiscal. El seguimiento permitió identificar tanto reducciones como incrementos en distintos rubros, los cuales fueron analizados considerando la naturaleza misional y operativa de la entidad como prestadora de servicios de salud.

En términos generales, se observa que la ESE ha adelantado acciones orientadas a la contención del gasto administrativo, reflejadas en la reducción de conceptos como viáticos, combustibles y servicios de comunicaciones, sin afectar la continuidad ni la calidad de la prestación del servicio. Así mismo, los incrementos identificados en rubros estratégicos como alimentación, oxígeno, mantenimiento y algunos costos asociados al talento humano responden a necesidades operativas y asistenciales, debidamente justificadas por la dinámica propia de la atención en salud.

Desde la perspectiva del control interno, se considera que la aplicación de las normas de austeridad durante la vigencia 2025 fue razonable y acorde con las condiciones institucionales, evidenciándose un equilibrio entre la racionalización del gasto y la garantía del cumplimiento de la misión institucional. No obstante, se identifican oportunidades de mejora asociadas al fortalecimiento del análisis preventivo de ciertos rubros con tendencia creciente, con el fin de optimizar aún más la planeación y el control del gasto.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 51 de 63

En consecuencia, el concepto de la Oficina de Control Interno es favorable, en la medida en que la entidad demuestra avances en la aplicación de las normas de austeridad del gasto, sin perjuicio de continuar fortaleciendo los mecanismos de seguimiento, control y evaluación, como parte del compromiso con la eficiencia, la transparencia y la sostenibilidad financiera.

#### 4.2. Concepto del Jefe de la Oficina de Control Interno


En cumplimiento de las funciones constitucionales y legales asignadas a la Oficina de Control Interno, y con fundamento en las evaluaciones, auditorías, seguimientos y análisis realizados durante la vigencia 2025, el Jefe de la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata emite el presente concepto sobre el estado del Sistema de Control Interno (SCI).

Con base en los resultados del ejercicio de control interno desarrollado durante la vigencia evaluada, se concluye que la entidad cuenta con un Sistema de Control Interno formalmente establecido y en funcionamiento, el cual permite realizar actividades de evaluación, seguimiento y control a los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 y las disposiciones que regulan el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

No obstante, del análisis integral se evidencia que el nivel de madurez del Sistema de Control Interno presenta oportunidades de mejora, principalmente en aspectos relacionados con la ejecución oportuna de los controles, el fortalecimiento del autocontrol por parte de los líderes de proceso, la articulación efectiva entre las áreas responsables y la Oficina de Control Interno, así como el cierre definitivo de planes de mejoramiento derivados de hallazgos de vigencias anteriores.

Así mismo, se resalta que la efectividad del Sistema de Control Interno se encuentra condicionada por \_\_\_\_\_ factores estructurales,

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 52 de 63

tales como la limitación en la capacidad operativa de la Oficina de Control Interno, lo cual exige un mayor compromiso de los responsables de proceso en la adopción y sostenibilidad de las acciones correctivas y preventivas formuladas.


En consecuencia, el concepto del Jefe de la Oficina de Control Interno es que el Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua es **razonablemente adecuado**, pero requiere el fortalecimiento continuo de sus componentes, en especial aquellos relacionados con la gestión del riesgo, el seguimiento a planes de mejoramiento y la cultura del autocontrol, con el fin de avanzar hacia mayores niveles de efectividad, eficiencia y transparencia en la gestión institucional.

El presente concepto se emite como insumo para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y los organismos de control, en el marco del mejoramiento continuo de la entidad.

### 4.3. Encuesta FURAG

En cumplimiento de las disposiciones impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata adelantó el diligenciamiento y reporte del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión – FURAG, correspondiente a la vigencia 2024, cuyos resultados constituyen el insumo oficial para la evaluación del desempeño institucional durante la vigencia 2025.

De conformidad con el informe de resultados emitido, la entidad registró un avance significativo en el Índice de Desempeño Institucional (IDI), al pasar de 66,0 puntos en la vigencia 2023 a 82,9 puntos en la vigencia 2024, lo que representa un incremento de 16,9 puntos y una variación porcentual positiva del 25,7%, ubicando a la ESE en un nivel de

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 53 de 63

madurez institucional satisfactorio, conforme a la metodología establecida por el DAFP.


Así mismo, los resultados evidencian un ascenso de la entidad al quintil 5 de desempeño, lo que significa que la ESE se posicionó dentro del grupo de entidades con mejores prácticas de gestión y mayor grado de consolidación del MIPG, superando el desempeño registrado en la vigencia anterior, en la cual se ubicaba en el quintil 3. Este avance refleja una mejora sustancial en la articulación entre planeación, gestión y control institucional.

El análisis por dimensiones del MIPG muestra incrementos en las siete (7) dimensiones evaluadas, destacándose especialmente los avances en Talento Humano, Gestión para Resultados con Valores, Información y Comunicación, Gestión del Conocimiento y Control Interno, lo cual evidencia un fortalecimiento integral de las capacidades institucionales y de las prácticas administrativas alineadas con los principios de eficiencia, legalidad, transparencia y mejora continua.

De igual forma, el análisis por políticas de gestión y desempeño institucional refleja mejoras sostenidas en todas las políticas evaluadas, con incrementos relevantes en políticas estratégicas como Gestión Estratégica del Talento Humano, Integridad, Planeación Institucional, Racionalización de Trámites, Gestión Documental y Control Interno, lo que da cuenta del compromiso institucional con la consolidación de procesos más estructurados, coherentes y orientados a resultados.

No obstante, los avances evidenciados, el informe de resultados identifica oportunidades de mejora, particularmente en aspectos relacionados con la actualización del mapa de procesos institucional, la estandarización de procedimientos y el fortalecimiento del enfoque preventivo del control, los cuales resultan fundamentales para sostener y mejorar los niveles de desempeño alcanzados.

Desde la perspectiva del control interno, los resultados del FURAG constituyen un insumo estratégico para la toma de decisiones, la formulación de acciones de mejora y la

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 54 de 63

priorización de actividades en el Plan Anual de Auditoría, permitiendo orientar los esfuerzos institucionales hacia el fortalecimiento continuo del Sistema de Control Interno y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

A continuación, se presenta la certificación del Departamento Administrativo de la Función Pública, constatando el diligenciamiento oportuno de la información a través del FURAG.



El Departamento Administrativo de la Función Pública

**CERTIFICA**

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA

DEPARTAMENTO: Huila

MUNICIPIO: LA PLATA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno

NOMBRE DILIGENCIADOR: MARLENY RAMON OSPINA con C.C No.36383428

HABILITADO DESDE – HASTA: 14/03/2025 - 25/04/2025

VIGENCIA REPORTADA: 2024

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,



LUZ DAIFENIS ARANGO RIVERA

Dirección de Gestión y Desempeño Institucional



Uri: <http://furag.funcionpublica.gov.co/furag/#reportes/verificar-certificado/89a78d0e-3f5f-4b1d-b785-b0ae0751e0d9>

Fecha de impresión: 10/04/2025


Hora: 10:49

Página 1 / 1

Camera 6 No. 12-62, Bogotá D.C., Colombia / Teléfono: 7395656 / Fax: / 7395657 / Línea gratuita: 018000 917 770 / Código Postal: 111711  
[www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co) / [eva@funcionpublica.gov.co](mailto:eva@funcionpublica.gov.co)

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>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 55 de 63

Así mismo, el presente informe detalla el análisis cuantitativo y cualitativo de cada una de las siete dimensiones:

✓ **Dimensión Talento Humano**


La dimensión Talento Humano registró un incremento significativo, al pasar de 55,1 puntos en la vigencia 2023 a 83,3 puntos en la vigencia 2024, lo que representa una variación positiva del 51,1%. Este resultado evidencia un fortalecimiento sustancial en la gestión del talento humano, particularmente en aspectos relacionados con bienestar laboral, integridad, liderazgo y alineación del personal con los objetivos institucionales. El avance cuantitativo refleja la implementación progresiva de prácticas orientadas a la gestión por competencias y a la consolidación de una cultura organizacional basada en valores públicos.

✓ **Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación**

En esta dimensión, la entidad alcanzó un puntaje de 87,8 puntos en 2024, frente a 77,7 puntos en 2023, con una variación positiva del 13,0%. Este comportamiento demuestra una mejora en la coherencia entre la planeación estratégica, los planes operativos y los mecanismos de seguimiento institucional. El resultado cuantitativo indica avances en la formulación y seguimiento de los instrumentos de planeación, sin perjuicio de las oportunidades de mejora relacionadas con la actualización del mapa de procesos y la articulación de la planeación con la gestión del riesgo.

✓ **Dimensión Gestión para Resultados con Valores**

La dimensión Gestión para Resultados con Valores presentó un incremento de 67,1 puntos en 2023 a 83,6 puntos en 2024, equivalente a una variación positiva del 24,6%. Este resultado evidencia un fortalecimiento en la orientación a resultados, la transparencia y la generación de valor público, así como una mayor incorporación de principios de integridad y legalidad en la gestión institucional. El avance cuantitativo

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 56 de 63

refleja una mejora en el uso de indicadores y en el seguimiento al cumplimiento de metas institucionales.

✓ **Dimensión Evaluación de Resultados**

En cuanto a la Evaluación de Resultados, la entidad pasó de 76,5 puntos en 2023 a 81,0 puntos en 2024, con una variación positiva del 5,9%. Si bien el incremento es moderado en comparación con otras dimensiones, el resultado indica avances en la capacidad institucional para realizar seguimiento y evaluación a los planes y programas ejecutados. No obstante, el comportamiento cuantitativo sugiere la necesidad de fortalecer la oportunidad y el uso estratégico de los resultados de evaluación para la toma de decisiones.


✓ **Dimensión Información y Comunicación**

La dimensión Información y Comunicación registró uno de los incrementos más relevantes, al pasar de 60,3 puntos en 2023 a 78,3 puntos en 2024, lo que representa una variación positiva del 29,8%. Este avance cuantitativo refleja mejoras sustanciales en la gestión de la información institucional, la comunicación interna y externa, y los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. Sin embargo, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la estandarización de los flujos de información y la integración de los sistemas de información.

✓ **Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación**

En esta dimensión, la entidad alcanzó un puntaje de 91,0 puntos en 2024, frente a 75,3 puntos en 2023, con una variación positiva del 20,9%. El resultado posiciona a la entidad en un nivel alto de madurez en gestión del conocimiento, evidenciando avances en la documentación de buenas prácticas, el aprovechamiento del conocimiento institucional y el fortalecimiento de capacidades organizacionales. No obstante, se identifica la necesidad de consolidar mecanismos formales y sostenibles que garanticen la transferencia y apropiación del conocimiento.

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 57 de 63

### ✓ Dimensión Control Interno

La dimensión Control Interno presentó un incremento de 64,5 puntos en 2023 a 83,4 puntos en 2024, correspondiente a una variación positiva del 29,2%. Este resultado cuantitativo evidencia un fortalecimiento progresivo del Sistema de Control Interno, particularmente en la formalización de controles, la articulación con el MIPG y la ejecución de actividades de auditoría y seguimiento. No obstante, el comportamiento de la dimensión reafirma la necesidad de continuar fortaleciendo el autocontrol, la gestión del riesgo y el cierre oportuno de planes de mejoramiento.


El análisis cuantitativo por dimensiones del MIPG evidencia que la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata presentó mejoras significativas en las siete (7) dimensiones evaluadas, con variaciones positivas que oscilan entre el 5,9% y el 51,1%, lo que confirma un avance integral en la madurez institucional y en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

#### 4.4. Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG

En el marco de lo dispuesto por el **Decreto 1499 de 2017** y demás normas concordantes, la **ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata** adelantó durante la vigencia 2025 el seguimiento y cierre del **Plan de Mejora Integrado MIPG**, como instrumento orientado al fortalecimiento de la gestión institucional y a la consolidación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

De acuerdo con el informe de seguimiento y cierre, para la vigencia 2025 se **programaron un total de ciento diecinueve (119) acciones de mejora**, formuladas a partir de los resultados del diligenciamiento del FURAG y distribuidas en las distintas políticas y dimensiones que conforman el MIPG. Al cierre de la vigencia, se evidencia la **ejecución de ciento dieciocho (118) acciones**, lo que representa un **nivel de cumplimiento del 99%**, indicador que refleja un alto grado de avance en la implementación del modelo.

— Salud Integral, Impacto Real —


	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 58 de 63

El seguimiento a la ejecución del Plan de Mejora Integrado MIPG permitió constatar que **quince (15) políticas de gestión y desempeño institucional** alcanzaron un **100% de ejecución** de las acciones programadas, entre ellas Talento Humano, Integridad, Planeación Institucional, Gobierno Digital, Seguridad Digital, Servicio al Ciudadano, Participación Ciudadana, Defensa Jurídica, Transparencia y Acceso a la Información, Gestión Documental, Gestión del Conocimiento y la Innovación, y Control Interno. Este resultado evidencia un nivel de madurez relevante en la implementación transversal del MIPG en la entidad.

No obstante, se identificó **una (1) acción pendiente de ejecución**, correspondiente a la política de **Racionalización de Trámites**, relacionada con la actualización de los trámites institucionales registrados en la plataforma **SUIT**. El informe documenta que dicha acción no fue posible de culminar en su totalidad debido a **limitaciones externas a la entidad**, específicamente asociadas a restricciones técnicas de la plataforma y a la ausencia de respuesta por parte del administrador del sistema, pese a las gestiones adelantadas por la ESE. Esta situación fue debidamente justificada y soportada en el informe de seguimiento.

Desde el punto de vista temporal, el seguimiento evidenció un **avance progresivo y sostenido** en la ejecución del Plan de Mejora Integrado MIPG a lo largo de la vigencia 2025, alcanzando el **99% de cumplimiento en el mes de diciembre**, lo cual demuestra la efectividad de los mecanismos de monitoreo, control y acompañamiento implementados por los líderes de política y por el proceso de Planeación Institucional.

En consecuencia, el nivel de implementación del MIPG durante la vigencia 2025 puede calificarse como **altamente satisfactorio**, en tanto refleja el compromiso institucional con el mejoramiento continuo, la articulación entre planeación, gestión y control, y la adopción efectiva de las políticas de gestión y desempeño institucional. No obstante, se recomienda continuar fortaleciendo el seguimiento a aquellas acciones cuya ejecución


	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 59 de 63

depende de factores externos, así como consolidar los logros alcanzados para garantizar su sostenibilidad en el tiempo.

La implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua durante la vigencia 2025 evidencia un **alto nivel de cumplimiento y madurez institucional**, constituyéndose en un soporte objetivo de los resultados favorables obtenidos en el FURAG y en el fortalecimiento progresivo del Sistema de Control Interno.

## 5. Conclusiones Generales


- ✓ El Informe Ejecutivo de Control Interno correspondiente a la vigencia 2025 evidencia que la **ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata** cuenta con un **Sistema de Control Interno formalmente establecido**, el cual ha permitido realizar actividades sistemáticas de evaluación, seguimiento y acompañamiento a los procesos institucionales, en cumplimiento de la normativa vigente y de los lineamientos establecidos por la Contraloría Departamental del Huila.
- ✓ Durante la vigencia evaluada, se identificaron **fortalezas relevantes** asociadas al compromiso de la Alta Dirección con el control interno, al fortalecimiento del rol de la Oficina de Calidad como apoyo al ejercicio de auditoría interna, y a la participación activa de la Oficina de Planeación como segunda línea de defensa, especialmente en el seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional, la gestión de riesgos y el Plan de Transparencia y Ética Pública.
- ✓ No obstante, el ejercicio de control interno permitió evidenciar **debilidades estructurales y operativas** que afectan la madurez del Sistema de Control Interno, particularmente relacionadas con la persistencia de planes de mejoramiento abiertos de vigencias anteriores, la limitada capacidad operativa de la Oficina de

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA</b>	<b>Versión:</b> 03
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	<b>Página:</b> 60 de 63

Control Interno, la insuficiente articulación entre gestión del riesgo y control interno, y debilidades en la apropiación del autocontrol por parte de los líderes de proceso.

- ✓ Los resultados de las **auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno y la Oficina de Calidad** permitieron identificar situaciones recurrentes en procesos críticos, especialmente en lo relacionado con control de inventarios, infraestructura, suficiencia del talento humano, gestión documental, cumplimiento de estándares de habilitación y oportunidad en la atención al usuario, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer controles preventivos y correctivos.
- ✓ El seguimiento a los **planes de mejoramiento** evidencia avances parciales en la atención de las debilidades identificadas; sin embargo, persisten acciones pendientes cuyo cierre definitivo resulta prioritario para reducir el riesgo de reincidencia de observaciones por parte de los organismos de control externo y fortalecer la efectividad del Sistema de Control Interno.
- ✓ El análisis del **Plan de Austeridad del Gasto – Vigencia 2025**, en su consolidado anual, muestra que la entidad ha avanzado en la racionalización de algunos rubros del gasto, sin afectar la prestación de los servicios misionales, aunque se identifican incrementos en ciertos conceptos que requieren seguimiento permanente y análisis técnico para garantizar la sostenibilidad financiera.
- ✓ Los resultados de la **Encuesta FURAG** y el seguimiento al **Plan de Mejora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)** evidencian avances en la implementación del modelo, así como brechas persistentes en algunas dimensiones, lo cual demanda acciones de fortalecimiento orientadas a consolidar la articulación entre planeación, gestión, control interno y evaluación del desempeño institucional.
- ✓ En términos generales, el Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua presenta un **nivel de desarrollo funcional**, pero requiere **acciones estratégicas y estructurales** para avanzar hacia un mayor nivel de madurez, con énfasis en la gestión basada en

— Salud Integral, Impacto Real —

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b> <b>LA PLATA HUILA</b> <b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y</b> <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO</b> <b>INSTITUCIONAL</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004 <b>Versión:</b> 03 <b>Página:</b> 61 de 63

riesgos, el fortalecimiento del autocontrol, la articulación interinstitucional y el cierre efectivo de planes de mejoramiento.

## 6. Check List

Dando cumplimiento al Plan de mejoramiento derivado de la Auditoría a la rendición de cuenta consolidada de la vigencia 2023, el cual esboza el siguiente compromiso **“Revisar, analizar y aplicar rigurosamente los lineamientos de la Resolución 014 de 2024 Artículo 11 Párrafo 2 para la elaboración y presentación del Informe de Control Interno. Se establecerá un check list obligatorio que garantice la inclusión de todos los anexos requeridos (informes de auditoría interna hallazgos y seguimiento) antes de la entrega final del documento a la Contraloría”**. Se deja constancia que el presente informe cumple con los criterios señalados en la resolución 014 de 2024 y la resolución 223 de 2026, específicamente en el párrafo 2 del artículo 11; la siguiente lista de chequeo permite corroborar el estricto cumplimiento al requerimiento.

Checklist para Informe de Control Interno - Contraloría Departamental del Huila (Res. 014/2024, Art. 11, Pár. 2 y Resolución 023 de 2026 11, Pár. 2)		
Ítem	Componente Requerido	¿Incluido y Verificado?
<b>I. Introducción</b>		
	<b>Objetivo:</b>	
1.1	Declaración clara del propósito del informe y del periodo cubierto.	[ X ] Sí [ ] No
	<b>Alcance:</b>	
1.2	Descripción detallada del alcance	[ X ] Sí [ ] No
	<b>Metodología del Informe</b>	
1.3	los métodos utilizados (incluyendo la aplicación de la Resolución 014 de 2024 y 023 de 2026).	[ X ] Sí [ ] No
<b>II. Informe Ejecutivo de Control Interno</b>		

**FORMATO DE INFORME**

Fecha: 05/11/2024

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA  
LA PLATA HUILA  
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y  
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO  
INSTITUCIONAL**

Código: MDE-GPDI-GD-F-004

Versión: 03

Página: 62 de 63

2.1	<b>Fortalezas del Sistema:</b> Identificación y descripción de los aspectos positivos y robustos del SCI.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.2	<b>Debilidades del Sistema:</b> Identificación y descripción de las deficiencias o riesgos significativos encontrados en el SCI.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.3	<b>Acciones de Mejoramiento:</b> Detalle de las acciones correctivas o planes de mejoramiento definidos para subsanar las debilidades identificadas.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>III. Resultados de Auditorías y Hallazgos</b>		
3.1	<b>Informes de Auditorías Internas:</b> Inclusión o referencia a los informes de auditorías internas relevantes al periodo evaluado.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.2	<b>Hallazgos Resultantes del Ejercicio de Control Interno:</b> Listado y descripción de los hallazgos específicos derivados del ejercicio de control interno (incluyendo seguimiento a hallazgos previos, si aplica).	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.3	<b>Seguimiento a los Hallazgos Resultantes Determinados Durante el Ejercicio de Control Interno:</b> Levantamiento y seguimiento de Planes de Mejoramiento.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>IV. Cumplimiento y Gestión</b>		
4.1	<b>Concepto Sobre la Aplicación de Normas de Austeridad:</b> Concepto formal sobre la aplicación y cumplimiento de las normas de austeridad vigentes.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.2	<b>Concepto del Jefe de la Oficina de Control Interno:</b> Firma y concepto final del responsable del área.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**FORMATO DE INFORME**

Fecha: 05/11/2024

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA  
LA PLATA HUILA  
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y  
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO  
INSTITUCIONAL**

Código: MDE-GPDI-GD-F-004

Versión: 03

Página: 63 de 63

4.3	<b>Encuesta FURAG:</b> Evidencia de la presentación o estado de la encuesta FURAG (Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión).	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.4	<b>Implementación MIPG:</b> Avance detallado de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en sus diferentes dimensiones.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CARLOS ANDRÉS PUYÓ  
Asesor de Control Interno

DOCUMENTO CONTROLADO

— 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".