INFORME DE SEGUIMIENTOS EFECTUADOS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de las funciones asignadas a la Oficina de Control Interno y en concordancia con lo establecido en la Ley 87 de 1993, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y las disposiciones aplicables en materia de control y seguimiento institucional, se realizó el presente seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas practicadas a las diferentes áreas y procesos de la ESE Hospital San Carlos de Cañasgordas.

Los planes de mejoramiento constituyen una herramienta fundamental para fortalecer el Sistema de Control Interno, en la medida en que permiten corregir las causas que dieron origen a los hallazgos, prevenir su recurrencia y mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos institucionales.

En este sentido, la Oficina de Control Interno efectuó la verificación del cumplimiento de las acciones propuestas, así como la evaluación de la efectividad de los controles implementados, con el propósito de determinar el avance real en la mitigación de los riesgos y en la superación de los hallazgos identificados.

ALCANCE

Evaluar el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno y verificar la efectividad de las acciones implementadas dentro de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas, correspondientes a las diferentes áreas y procesos de la ESE Hospital San Carlos de Cañasgordas, con el fin de determinar el grado de cumplimiento, la oportunidad en la ejecución de las acciones correctivas y su impacto en la mitigación de los hallazgos identificados.

OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO

OBJETIVO GENERAL

Verificar el seguimiento y la efectividad de los controles a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento para mitigar los hallazgos resultantes de las diferentes auditorías internas y externas realizadas a las áreas y procesos de la ESE Hospital San Carlos de Cañasgordas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Verificar el grado de cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas realizadas a las diferentes áreas y procesos de la ESE Hospital San Carlos de Cañasgordas.
2. Evaluar la oportunidad en la ejecución de las acciones correctivas y de mejora, conforme a los cronogramas y compromisos establecidos en los respectivos planes de mejoramiento.
3. Determinar la efectividad de los controles implementados, estableciendo si las acciones ejecutadas han contribuido a mitigar o eliminar las causas que originaron los hallazgos.
4. Identificar desviaciones, retrasos o debilidades en la implementación de los planes de mejoramiento, con el fin de formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA EXTERNA
SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSIÓN DE ANTIOQUIA
RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Como resultado de la auditoría realizada por la Secretaría de Salud e Inclusión de Antioquia, donde evaluaron las rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud, se presentó un total de 20 hallazgos y se suscribió un plan de mejora que pretenden eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos presentados en el acta.

Con respecto al seguimiento al plan de mejoramiento, a corte del 31 de diciembre del 2025, se evidencia el siguiente avance de cumplimiento. 16 hallazgos Cumplidos.

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA - DIRECCIÓN DE SALUD COLECTIVA	INSTRUMENTO DE INSPECCIÓN Y VIGILANCI	
	DD/MM/AAAA	IPS/MUNICIPIO
VISITA:	9-10-11/04/2025	ESE HOSPITAL SAN CARLOS CAÑASGORDAS
PARTICIPANTES DE LA IPS:	Lizeth Carolina Higuita	
NOMBRE SERVIDORES SSSA:	Leidy Tatiana Giraldo Bran	

SEG

PLAN DE MEJORAMIENTO IPS		
ACCIONES REALIZADAS POR LA IPS	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FECHA DDMMAAAA
Indagar en consulta por sintomatología asociada para TB y contacto con pacientes con TB a todos los usuarios.	Coordinador médico-Enfermera Jefe	30-06-2025
Indagar por esquema de vacunación, la verificación del esquema de vacunación debe ser el carné o el aplicativo que se tiene de seguimiento y si no la llevan se debe derivar al servicio de vacunación. En infancia a las mayores de 9 años se debe verificar aplicación de vacuna contra el VPH	Coordinador médico-Enfermera Jefe-Vacunador	30-06-2025
Indagar en todas las usuarias del momento de vida de infancia sobre menarca, por ende, tampoco hay registro de antecedentes ginecológicos de las menores.	Coordinador médico-Enfermera Jefe	30-06-2025
Indagar y registrar en las menores en el momento del curso de vida de infancia, las estadíos de tanner.	Coordinador médico-Enfermera Jefe	30-06-2025
Describir las patrones de crianza y cuidado en infancia en algunas de las usuarias, por lo que debe hacer énfasis en esto al diligenciar la historia clínica.	Coordinador médico-Enfermera Jefe	30-06-2025
Registrar la expresión del afecto al niño, reconocimiento de las cualidades o preferencias, actividades para estimular el desarrollo en algunas de las menores.	Coordinador médico-Enfermera Jefe	30-06-2025
Registrar aspectos como establecimiento de límites y disciplina para corregir, reforzar positivos, exposición a violencias, prevención de accidentes en	Coordinador médico-	30-06-2025

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA EXTERNA
SAVIA SALUD EPS
AUDITORÍA CALIDAD

Como resultado de la auditoría realizada por la Empresa responsable de pago Savia Salud, donde evaluaron condiciones de Habilitación, se presentó un total de 30 hallazgos y se suscribió un plan de mejora que pretenden eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos presentados en el acta.

Con respecto al seguimiento al plan de mejoramiento, a corte del 31 de diciembre del 2025, se evidencia el siguiente avance de cumplimiento. 20 hallazgos Cumplidos.

DILIGENCIAR POR EL PRESTADOR (TODOS LOS ÍTEMS SON OBLIGATORIOS)						DILIGENCIAR POR EPS		
NOMBRE DEL PRESTADOR	NIT	SUBREGION	MUNICIPIO	FECHA DE LA AUDITORIA	ENFOQUE DE LA AUDITORIA	AUDITOR RESPONSABLE DE LA REVISIÓN DEL PLAN DE MEJORA	MODALIDAD DEL SEGUIMIENTO	CUMPLIO CON LA FECHA DE ENVIO
ESE HOSPITAL SAN CARLOS	890980784	USM4- MAGDALENA MEDIO	CAÑASGORDAS	10 DE DICIEMBRE	ESTANDAR	LUIS DANIEL CASTAÑO	VIRTUAL	
RESULTADO GLOBAL	RESPONSABLE	EMAIL/NUMERO DE CONTACTO	OBSERVACIONES POR PARTE DEL PRESTADOR (OPCIONAL)			OBSERVACIONES POR PARTE DE LA EPS		ESTADO DEL PLAN DE MEJORA
55,89%	Diana Piedrahita	3234119525						

DILIGENCIAR POR EL PRESTADOR (TODOS LOS ÍTEMS SON OBLIGATORIOS, POR FAVOR NO HACER MODIFICACIONES EN EL FORMATO, SI REQUIERE MÁS FILAS AGREGAR AL FINAL)											
DIMENSIÓN CON OPORTUNIDAD DE MEJORA	NÚMERO DEL ITEM A INTERVENIR	PUNTAJE OBTENIDO EN EL ÍTEM	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FASE(S) DEL CICLO PHVA AFECTADO(S)	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?		RESULTADOS ESPERADOS(Relación a efectividad de la acción implementada : INDICADOR Y META DEL INDICADOR	
					Accionar de mejoramiento	Mecanismo de ejecución	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio de fue accionar a ejecutar	Fecha de Inicio de fue accionar a ejecutar	INDICADOR	META
DIMENSION1	1,2x	0,54	- Hace tiempo cierra ir fue procurar actualizar se vienen ejecutando como actividades establecidas en el mapa de procesos.	H	Se realizara seguimiento a fue procesar establecidas en el mapa de procesos.	Seguimiento a fue procesar	CALIDAD- CONTROL INTERNO	1/02/2025	30/04/2025	Documento de mapa de procesar	90%
DIMENSION1	1,2x	0,54	Hace evidencia caracterización de fue procesar.	H	Caracterizar cada una de fue procesar que se ejecutan en fue diferentes áreas.	Realizar documento y caracterización de fue procesar.	CONTROL INTERNO CALIDAD	1/02/2025	30/04/2025	Documento de mapa y caracterización de procesos	90%
DIMENSION1	1,68%	0,5	Hace evidencia plan de auditoría interna.	H	Documentar y ejecutar el plan de auditoría interna.	Plan anual de auditoría interna.	CONTROL INTERNO CALIDAD	1/02/2025	30/04/2025	Documento con el plan de auditorías internas.	90%
DIMENSION1	1,68%	0,5	Hace tienen mecanismo para integrar la información institucional.	H	Centralizar la información institucional.	Crear archivo donde se recopile todo la información institucional.	CONTROL INTERNO CALIDAD	1/02/2025	30/04/2025	Archivo donde se recopilan todo la información	90%
DIMENSION1	1,89%	0,63	Hace evidencia indicadores PAMEC.	H	Documentar y crear ficha tecnica para los indicadores PAMEC.	Indicadores PAMEC	CALIDAD	1/02/2025	30/04/2025	Archivo con indicadores y ficha tecnicas	90%
DIMENSION1	1,89%	0,63	Hace pan de determinar en el ciclo PAMEC actual en que fase se encuentra la institución, ya que hace aparte información suficiente.	P	Se realizaron acciones de mejoramiento en el PAMEC para determinar la fase del ciclo de orto.	Accionar de mejoramiento	CALIDAD	1/02/2025	30/04/2025	Plan de mejoramiento	90%
DIMENSION2	1,08%	0,36	Hace cuenta con indicadores respecto a demanda insatisfecha, paciente inoportuno, paciente reconsultante no otorgar referente al procesa do originación de citas.	P	Se realizara revisión de los indicadores para el procesa de las originaciones de las citas.	Revisión de indicadores	COORDINACIÓN MÉDICA - ADMISIONES - CALIDAD	1/02/2025	30/04/2025	Accionar de mejoramiento	90%
DIMENSION2	4,08%	0,5	Hace tiene indicadores del proceso de referencia	P	Se realizaron indicadores para el procesa	Indicadores	COORDINACIÓN MÉDICA - JEFE ENFERMERIA	1/02/2025	30/04/2025	Indicadores	90%

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA INTERNA ÁREA ALMACÉN

Como resultado de la auditoría realizada al área de Almacén, se encontraron hallazgos administrativos y se suscribió un plan de mejora que pretenden eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos presentados en los informes.

Con respecto al seguimiento al plan de mejoramiento, a corte del 31 de diciembre del 2025, se evidencia el siguiente avance de cumplimiento en los hallazgos encontrados mediante los procesos de auditoría interna de la institución.

AREA A AUDITAR	OBJETO	PROCEDIMIENTO	DETALLE DEL PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA			HALLAZGOS ADMINISTRATIVOS	OBSERVACIÓN ACTUAL	ESTADO
				R.DOC	ENT	OBS			
ALMACEN	GESTIÓN Y CONTROL DE INVENTARIO	Realización de inventario semestral (FECHAS LÍMITE 30 DE JUNIO - 30 DE NOVIEMBRE) con las respectivas actas y ajustes a los que haya lugar.	Revisión de las actas del año inmediatamente anterior y verificación de la programación del inventario del año en curso	X	X	X	Desconocimiento del personal en asuntos de almacen - No hubo un empalme claro con el funcionario anterior por lo que la documentación se encuentra traspapelada; se evidencia inexistencia de inventario, se encuentran fotos de insumos del almacen, sin embargo no se cuentra soporte del mismo	Se avanzó significativamente con el ajuste de inventarios y se realiza permanentemente el seguimiento	Cumplido
		Arqueos mensuales al inventario con las respectivos informes en donde se detalle la justificación de las diferencias en caso de existir y los ajustes respectivos.	Informes de los arqueos mensuales, justificación de diferencias	X		X	La funcionaria actual no encontro arqueos mensuales del año en curso, solo se encontro un único Arqueo fechado del mes de enero del año 2025. No se tiene un procedimiento o formato establecido para la realización de los arqueos mensuales, sumado a la inexistencia de procedimientos de archivo o almacenamiento de documentos es imposible la consecucion de la información relacionada con arqueos. No hay un derrotero o una hoja de ruta que establezca las funciones y actividades puntuales de la dependencia (revisar manual de procesos y procedimientos), además no se ha contado con un funcionario permanente y asignado especificamente al almacen Inexistencia de formatos para la realizaciond e arqueos mensuales	Se realizan arqueos periodicos y ajustes para garantizar el cumplimiento	Cumplido
		Movimiento de inventarios:	Ingresos con el soporte de la factura y comprobante del sistema.	X			No carga de facturas por que los pedidos llegan incompletos. Se encuentras facturas pendientes por cargar al sistema toda ves que no habian llegado todos los insumos. Se encuentra una dificultad con unas camillas con caracteristicas diferentes a las solicitadas, no se han ingresado los articulos biomedicos como consecuencia de la diferencia en las camillas.	Se esta impelementando adecuadamente el cargue de las facturas al sistema	Cumplido
			Movimientos de inventarios que modifiquen las cantidades en sistema con su respectiva justificacion (bajas, traslados, despachos, etc.)	X	X		Se cuenta con un talonario fisico el cual se carga al sistema, suscrito por el almacenista, la autorizacion del adminsitrador y quien recibe.	Se cumple con el control en el movimiento de inventario	Cumplido
			Rotulación y registro de los bienes mueblres que ingresan al inventario.	X		X	Se ingresan al inventario con plaqueta	Se cumple con el control en el movimiento de inventario	Cumplido
			Instalación de placas y registro de los lugares en donde se ubico el respectivo bien mueble.			X	Todo se encuentra plaquetado	Se cumple con el control en el movimiento de inventario	Cumplido
			Seguimiento y control sobre el lugar en donde Se encuentra ubicado el bien.			X	En el sistema queda determinado la ubicación del elemento, en el mismo se puede realiar filtro a través del numero de la placa. El control y seguimiento se realiza periodicamente	Se cumple con el control en el movimiento de inventario	Cumplido
			Soporte de entrega o traslado con firma del reponsable del área que recibe y/o entrega el bien.	X	X		Se cuenta con un talonario fisico el cual se carga al sistema, suscrito por el almacenista, la autorizacion del adminsitrador y quien recibe.	Se cumple con el control en el movimiento de inventario	Cumplido

		Existencia de hojas de vida de de los equipos que contenga el mínimo legal (Manual de uso, evidencia de registro invima (si aplica), soporte de calibracion, metrología, mantenimientos preventivo y correctivo).	Verificación de los documentos	X			Se necesita con urgencia la organización de archivo físico del mismo. De los equipos nuevos esta pendiente la realziación de las hojas de vida y actualizar datos. Las carpetas por equipos cuentan con los soportes requeridos	Los equipos cuentan con hoja de vida y soportes de calibración vigentes	Cumplido
	CONTRACTUAL ALMACEN	Se ejerce control de disponibilidad de recursos de los contratos de los diferentes proveedores.	Estado actual de los contratos de proveedores y saldos		X	X	Mediante las actas de supervición se tiene claridad sobre la disponibilidad de recursos en los contratos; solo existe un contratista al cual se le hace control sobre el recurso.	Se tiene control sobre la disponibilidad de recursosde los contratos con los proveedores para prevenir desabastecimiento	Cumplido

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA INTERNA ÁREA FARMACIA

Como resultado de la auditoría realizada al área de Farmacia, se encontraron hallazgos administrativos y se suscribió un plan de mejora que pretenden eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos presentados en los informes.

Con respecto al seguimiento al plan de mejoramiento, a corte del 31 de diciembre del 2025, se evidencia el siguiente avance de cumplimiento en los hallazgos encontrados mediante los procesos de auditoría interna de la institución.

AREA A AUDITAR	OBJETO	PROCEDIMIENTO	DETALLE DEL PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA			HALLAZGOS ADMINISTRATIVOS	OBSERVACIÓN ACTUAL	ESTADO
				R.DOC	ENT	OBS			
FARMACIA	GESTIÓN Y CONTROL DE INVENTARIO FARMACEUTICO	Disponibilidad de recursos en los contratos de los diferentes proveedores.	Verificación de como se encuentran los proveedores en cuanto a saldos de contratos		X		Se cuenta con los datos y estados financieros de los contratos de los proveedores en el sistema XENCO, sistema que, automaticamente arroja los saldos a favor de los contratos una vez se hace el cargue de las facturas y los ingresos. Se cuenta con un sistema de alerta por proveedor donde, al agotarse el presupuesto destinado para la compra de medicamentos, se procede a realizar, por parte del área de contratación o administrativa, los correspondientes otrosí o nuevas contrataciones. Dificultades continuas con la plataforma XENCO para todos los procesos relacionados con farmacia, ingresos facturas, para la facturación y dspensación de medicamentos	Se mantiene el control en la disponibilidad de recursos de proveedores	Cumplido
		Arqueos mensuales al inventario con las respectivos informes en donde se detalle la justificación de las diferencias en caso de existir y los ajustes respectivos.	Actas de los arqueos de orden mensual de la vigencia	X		X	Se recomendo por parte del área de control interno realizar arqueos de orden semanal para corroborar las constantes diferencias en los medicamentos; sin embargo, se estan haciendo eventualmente de manera mensual. Se revisa una carpeta denominada ARQUEOS SEMANALES, con 4 arqueos correspondientes al mes de enero, febrero, marzo y junio; se evidencia faltante de arqueos. Se evidencia además facturas de ventas de caja relacionadas a que las funcionarias de farmacia asumen las diferencias y descuadres identificadas en los arqueos. Las diferencias en los arqueos son constantes en cada uno de ellos, no son juiciosos con los arqueos, no se hacen de manera semanal como lo requirio calidad, y en los que se han realizado hay diferencias y descuadres asumidos por los funcionarios.	No se estan realizando los arqueos de carácter mensual de manera estricta y funcional, se debe realizar cronograma para elaborar los arqueos y prevenir diferencias	No cumplido
		Movimiento de inventarios:	Ingresos con el soporte de la factura y comprobante del sistema.		X	X	Se informa por parte del personal que, el sistema XEMCO presente constantes problemas y caidas permanentes lo que impide eventualmente el cargue de las facturas de los medicamentos al sistema, sin embargo, en los momentos donde esta operativo se hace el cargue de las facturas y los ingresos. El personal manifiesta que ha puesto en conocimiento los errores del sistema, donde las cantidades de los medicamentos varian o cambian sin ningun motivo; o consideran que estos cambios se presentan debido que los meses quedan abiertos hasta tanto en facturación lo cierren, lo que arroja los errores y genera descuadres en los arqueos.	Se hizo actualización del sistema, mejoramiento de las herramientas tecnológicas para garatizar el cargue de la información.	Cumplido
			Movimientos de inventarios que modifiquen las cantidades en sistema con su respectiva justificacion (bajas, traslados, despachos, etc.)	X	X		Los medicamentos en dispensación a usuarios se contrasta con una factura que es la que se carga al sistema y el sismema lo descueta, se reconoce por parte del personal de farmacia que se han presentado errores huamos de digitación o de interpretación, situación que arroja inadecuada entrega de medicamentos. Por otro lado, la entrega de insumos o medicamentos para el consumo de los servicios de la institución se realizan mediante facturas que se emiten desde urgencias o a través de un talonario físico que da cuenta de los medicamentos entregados, fecha, nombre y firma del solicitante. Esto se cruza con la informacion cargada en el sistema para dar bajas, traslados o despachos.	Se cumple con el control en movimiento de inventarios que modifican las cantidades de los insumos	Cumplido

			[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]
	ESTANDARES DE CALIDAD	Verificación de seervicio para el cumplimiento de los estadares de calidad.	Infraestructura adecuada (preparación, dispensación y almacenamiento; equipos y suministros necesarios)			X	Se encuentra con un espacio saturado de cajas de medicamentos, sin contacto con el piso, sin embargo que impide el correcto desplazamiento de personas y objetos, se cuenta con una bodega pero esta alejada de la zona de farmacia, se solicia urgentemente y necesariamente un espacio para almacenamiento en condiciones. Se requiere mas espacio, toda vez que se presentan momentos donde el espacio de almacenamiento en frio se ve colapsado lo que presenta un riesgo considerable para la cadena de frio de los medicamentos.	Se encuentra en proceso de acondicionamiento y mejoramiento continuo de los espacios, elementos y herramientas de la farmacia	Cumplido
			Procesos (manipulación y almacenamiento)		X		Durante el tiempo de la auditoria se hizo observación de los procesos de dispensación y manipulación de los medicamentos; de igual manera en la atención de los usuarios. Se deja constancia que hay un buen manejo por parte de los funcionarios encargados de la dispensación. Las filas pueden ser considerables, se recomienda un digiturno que permita, sobre todo, que los adultos puedan permanecer sentados y a la espera de su atención.	El servicio cumple ocn los estandares de calidad	Cumplido
			Documentacion (Procedimientos, registros, protocolos y SGC)		X			El servicio cumple ocn los estandares de calidad	Cumplido

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA INTERNA ÁREA DE CONTRATACIÓN

Como resultado de la auditoría realizada al área de Cartera, se encontraron hallazgos administrativos y se suscribió un plan de mejora que pretenden eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos presentados en los informes.

Con respecto al seguimiento al plan de mejoramiento, a corte del 31 de diciembre del 2025, se evidencia el siguiente avance de cumplimiento en los hallazgos encontrados mediante los procesos de auditoría interna de la institución.

AREA A AUDITAR	OBJETO	PROCEDIMIENTO	DETALLE DEL PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA			HALLAZGOS ADMINISTRATIVOS	OBSERVACIÓN ACTUAL	ESTADO
				R.DOC	ENT	OBS			
CONTRATACIÓN	GESTIÓN CONTRACTUAL	Soportes físicos y digitales de los contratos según manual de contratación y normatividad vigente.	Se tienen documentados y custodiados los soportes de los contratos de conformidad con la normatividad vigente, en formatos adecuados y en condiciones óptimas.	X	X		No se cuenta con los documentos o soportes físicos de los contratos, no hay firmas originales de los mismos, toda vez que se los mismos se hacen de manera digital en virtud de la politica de cero papel, avalado por el área jurídica que se tuviera solamente digital, tanto documentos precontractuales, soportes, como contratod firmados por los contratistas.	Se encuentra en proceso de construcción de archivo de documentación física, limitado por el espacio para un archivo central	En proceso
		Liquidación de de contratos terminados (30 dias) con respectivos soportes	Todos los contratos terminados los 30 días anteriores se encuentran debidamente liquidados con los soportes exigidos por la ley.	X	X	X	Se evidencia un retrazo significativo en la liquidación de contratos terminados e inexistencia de soportes para cumplir.	Se tiene aún en retrazo de la liquidación de los contratos.	No Cumplido
	RENDICIÓN Y REPORTE DE CONTRATACIÓN	Reporte oportuno en la plataforma SECOP (proceso completo)	Se cargan en secop los documentos contractuales en los términos legales			X	Se cumple parcialmente con el cargue de los contratos maximo 3 días habiles despues de la firma.	Se cargan oportunamente los documentos a la plataforma	Cumplido
		Resporte a la plataforma dispuesta de la Contraloría para efectos contractuales (proceso completo)	Se cargan en a la plataforma dispuesta por la contraloría los documentos contractuales en los términos legales			X	Se cumple con los cargues de los documentos (toda la documentación del contratista + polizas) en los terminos que ofrece la plataforma, antes de los 5 primeros días del mes siguiente al de la suscripción del contrato	Se cargan oportunamente los documentos a la plataforma	Cumplido

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDIRÍA INTERNA ÁREA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Como resultado de la auditoría realizada al área de Gestión Documental o Correspondencia, se encontraron hallazgos administrativos y se suscribió un plan de mejora que pretenden eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos presentados en los informes.

Con respecto al seguimiento al plan de mejoramiento, a corte del 31 de diciembre del 2025, se evidencia el siguiente avance de cumplimiento en los hallazgos encontrados mediante los procesos de auditoría interna de la institución.

AREA A AUDITAR	OBJETO	PROCEDIMIENTO	DETALLE DEL PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA			HALLAZGOS ADMINISTRATIVOS	OBSERVACIÓN ACTUAL	ESTADO
				R.DOC	ENT	OBS			
CORRESPONDENCIA	GESTIÓN	Radicación oportuna de la correpondencia a las diferenctes áreas con el respectivo registro de entraga diligenciado.	Se realiza la radicación consecutiva de la correspondencia y se cuenta con un optimo registro de conformidad con la normatividad archivistica y el PINAR	X	X		tiene el archivo en fisico y digital; no se tiene una caracterización de los documentos que ingresa; las PQRDS no se estan radicando como correspondencia ni la respuesta que se da pasa por el área de correspondencia.	Se encuentra en proceso el desarrollo de los procesos y manuales para la gestión documental	En proceso
		Consecutivo y escaneo de la correspondencia recibida y enviada.	Se cuenta con un consecutivo cornológico y con digitalización de la correspondencia recibida y enviada por la institución.	X	X		No se encuentra actualizado consecutivo cronológico, conservación ni digitalización de documentación	No se realiza de manera adecuada la digitalización y asignación cronológica de consecutivo	No cumplido

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA INTERNA ÁREA DE FACTURACIÓN

Como resultado de la auditoría realizada al área de Facturación, se encontraron hallazgos administrativos y se suscribió un plan de mejora que pretenden eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos presentados en los informes.

Con respecto al seguimiento al plan de mejoramiento, a corte del 31 de diciembre del 2025, se evidencia el siguiente avance de cumplimiento en los hallazgos encontrados mediante los procesos de auditoría interna de la institución.

AREA A AUDITAR	OBJETO	PROCEDIMIENTO	DETALLE DEL PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA			HALLAZGOS ADMINISTRATIVOS	OBSERVACIÓN ACTUAL	ESTADO
				R.DOC	ENT	OBS			
FACTURACIÓN ELECTRÓNICA	FACTURACIÓN POR EMPRESAS	Radicación de facturas dentro de las fechas establecidas por las ERP.	Se realiza oportunamente la radicación de la facturación en los términos requeridos y con los soportes exigidos por las ERP	X	X	X	La radicación de las facturas cambio a los RIPS JSON El minisrerio aprueba las facturas antes de ir a la entidad final. Las capitas no se han cargado por asuntos propios del sistema. El una situación que no es atribuible al hospital, es un asunto directo con las actualizaciones del cambio del sistema. Los radicados estan físicos - y Digitales. El personal encargado de facturación no se realiza actualziaciónes en los maestros y no realizan la facturación de conformidad con los requerimientos legales	Actualmente se establecieron procedimientos que permitan dar cumplimiento a la radicación en debida forma.	Cumplido

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA INTERNA ÁREA DE SIAU

Como resultado de la auditoría realizada al área de SIAU, se encontraron hallazgos administrativos y se suscribió un plan de mejora que pretenden eliminar las causas que dieron origen a los hallazgos presentados en los informes.

Con respecto al seguimiento al plan de mejoramiento, a corte del 31 de diciembre del 2025, se evidencia el siguiente avance de cumplimiento en los hallazgos encontrados mediante los procesos de auditoría interna de la institución.

AREA A AUDITAR	OBJETO	PROCEDIMIENTO	DETALLE DEL PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA			HALLAZGOS ADMINISTRATIVOS	OBSERVACIÓN ACTUAL	ESTADO
				R.DOC	ENT	OBS			
OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO	ASOCIACIÓN DE USUARIOS	Llevar registro de las Asambleas y Reuniones ordinarias de la Asociacion de Usuarios con los respectivos soportes debidamente archivados en la carpeta en fisico de la Asociacion, Actas de reuniones firmadas, foliadas y legajadas.	Se debe contar con registros documentales de las Asamblea y Reuniones de ASOUSUARIOS, con sus respectivos soportes archivados, firmados y foliados	X	X		No se han programado nuevas reuniones, la ultima es de abril y se encuentra digital. Se evidencia que no hay un control adecuado de la información y la documentación.	Se encontro un proceso fortalecido, con organización documental y cronogramas claros	Cumplido
	POLITICA DE CERO PAPEL	Cero Papel, cobro por hojas urgencias y atención al usuario	Verificar el cumplimiento de las disposiciones de la política		X		El cobro se esta realizando parcialmente al requerimiento de la administración, a muchas personas no se les cobra y no se estan llevando un debido control los pagos por este concepto. No hay un control de los cobros o las hojas entregadas suceptibles de pago o no; se pasa el dinero para que se facture en consulta externa pero no existen facturas del pago ni del saldo entregado.	Se esta dando cumplimiento a las disposicones relacionadas con la política de cero papel y realizando su respectivo cobro	Cumplido
	POLITICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	Programacion, ejecución y avance de la Politica de Participación Social en Salud, con la respectiva evidencia con reporte mediante al ministerio de salud.	Verificar ejecución de la Política y su evidencia		X		Se cargo a principio de año el seguimiento del año 2024; se encuentra debidamente cargado la programación del año 2025, la información se esta recolectando para el reporte de la vigencia siguiente	Se da cumplimiento	Cumplido
	PQRSF	Reporte de PQRSF savia salud, a mas tardas los 5 primeros días del mes.	Cargue de documentos en las plataformas de las EPS		X		No se encuentran registros o soportes del cargue de la información a las plataformas de las EPS	En proceso de implementación el manual de PQRDS	En proceso
		Tramite y seguimiento de la totalidad de PQRSF recibidas en las insitución por los diferentes medios dispuestos.	Cumplimiento en las disposiciones de tratamiento de PQRDS de la institución		X	X	Las PQRDS estan surtiendo un tramite dudoso dentro de la institución, la metodología de respuesta debe ser evaluada desde el área jurídica, toda véz que una PQRDS debera ser respuesta en los términos legales de un derecho de petición consagrado como derecho fundamental; sin embargo, el tramite no se esta, ni siquiera, radicando ante la oficina de gestión documental; tanto en el ingreso a la isntitución como en la salida de las mismas.	Se implementaron mecanismos de radicación, seguimiento y notificación de las PQRDS mientras se pone en pleno funcionamiento el manual y la oficina de gestión documental.	Cumplido

RESULTADOS

Como resultado del seguimiento efectuado a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas realizadas a las diferentes áreas y procesos de la ESE Hospital San Carlos de Cañasgordas, se evidenció un nivel satisfactorio de cumplimiento en la implementación de las acciones propuestas.

Las áreas auditadas demostraron disposición y compromiso en la ejecución de las actividades planteadas, observándose avances importantes en la adopción de controles, ajustes en los procedimientos y fortalecimiento de prácticas administrativas orientadas a la mitigación de los hallazgos identificados.

De igual manera, se verificó que, en la mayoría de los casos, las acciones ejecutadas han contribuido a reducir los riesgos asociados a los procesos evaluados. No obstante, durante el seguimiento se identificaron oportunidades de mejora relacionadas principalmente con el fortalecimiento de la documentación de evidencias, el seguimiento sistemático a algunas acciones y la consolidación de mecanismos de control que permitan asegurar la sostenibilidad de las mejoras implementadas en el tiempo.

En términos generales, los resultados obtenidos reflejan un avance positivo en el cumplimiento de los planes de mejoramiento y un fortalecimiento progresivo del Sistema de Control Interno institucional.

CONCLUSIÓN

Del seguimiento realizado se concluye que las acciones establecidas en los planes de mejoramiento han sido, en su mayoría, cumplidas de manera adecuada por las áreas responsables, evidenciándose avances significativos en la implementación de controles y en la atención de los hallazgos formulados en las auditorías internas y externas.

Se evidencia un compromiso institucional por parte de los responsables de los procesos en la adopción de medidas correctivas y de mejora, lo cual contribuye al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al mejoramiento continuo de la gestión institucional.

No obstante, se identifican aspectos susceptibles de fortalecimiento, especialmente en lo relacionado con la estandarización de evidencias, la trazabilidad de las acciones ejecutadas y el seguimiento permanente a los controles implementados, con el fin de garantizar la efectividad y sostenibilidad de las mejoras en el mediano y largo plazo.

RECOMENDACIONES

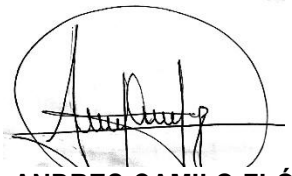
1. Fortalecer la documentación y organización de las evidencias que soportan el cumplimiento de las acciones de los planes de mejoramiento, garantizando su trazabilidad y fácil verificación.

2. Mantener el seguimiento periódico a las acciones implementadas, con el fin de asegurar la continuidad y efectividad de los controles establecidos.

3. Estandarizar mecanismos de control y seguimiento en los diferentes procesos, que permitan medir de manera objetiva el impacto de las acciones correctivas y preventivas.

4. Promover la cultura de mejoramiento continuo al interior de las áreas, incentivando la identificación temprana de riesgos y la adopción de acciones preventivas antes de la materialización de hallazgos.

5. Fortalecer los procesos de autocontrol por parte de los responsables de cada área, como elemento fundamental del Sistema de Control Interno.



ANDRES CAMILO FLÓREZ RIVERA
Apoyo Control Interno
E.S.E Hospital San Carlos
Cañasgordas