DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA:	Sede Administrativa		
AUDITORÍA No.	08-2026	FECHA DEL INFORME	OCTUBRE 2026
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADO	Todos los procesos		
LÍDER DEL PROCESO/ RESPONSABLE	Gerente, Subgerente de salud e investigación, Subgerente financiero y comercial, Secretario General, asesor oficina de planeación, Profesional universitario especializado – área de la salud, Jefe oficina de comunicaciones y sistemas de información, Profesional universitario - ingeniero biomédico, Jefe oficina asesora de comunicaciones y sistemas, Asesora grupo interno de trabajo talento humano, Jefe Oficina asesora Jurídica, Jefe Oficina Control Interno Disciplinario (de juzgamiento), Jefe Oficina Control Interno de Gestión, Directores operativos, Líder Gestión del servicio farmacéutico, Líder gestión de laboratorio clínico.		
PERIODO DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA	Primer semestre 2026		

OBJETIVO
Verificar el cumplimiento de controles y acciones establecidos en la matriz de riesgo de las tipologías administrativa y misional, e identificar la materialización de los riesgos para formular planes de tratamiento que permitan mejorar continuamente la gestión de los diferentes procesos en la empresa.
JUSTIFICACIÓN
La Oficina de Control Interno dentro de su rol de evaluación y seguimiento y en cumplimiento del plan anual de auditoría vigencia 2026 realiza la evaluación de manera independiente a la gestión de los riesgos de la Empresa, así como la pertinencia y la efectividad de los controles establecidos.
PRODUCTO
Materialización del riesgo tipologías administrativa, y misional. Cumplimiento de controles y acciones tipologías administrativa y asistencial.
ALCANCE
Aplica al Macroproceso de Direccionamiento, Macroproceso misional, Macroproceso de Apoyo, Macroproceso de Control del modelo de operación por procesos de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E.
HECHOS

1 INTRODUCCIÓN

Mediante circular No. 202605200055703 del 06 de agosto del 2026, se dio apertura a la Auditoria de Riesgos, correspondiente al primer semestre de 2026.

El presente informe corresponde al seguimiento de la materialización de riesgos en la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E. durante el primer semestre del 2026, con el propósito de identificar, analizar y evaluar los eventos de riesgo que se hicieron efectivos en este periodo, así como su impacto en el cumplimiento de los objetivos institucionales y en el Sistema de Control Interno.

La entidad ha definido un marco integral de gestión de riesgos, alineado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que permite abordar los diferentes tipos de riesgos a los que está expuesta: administrativos (incluye los riesgos SARLAFT), misionales, ambientales y de seguridad y salud en el trabajo (SST). No obstante, el presente informe se centra en las tipologías administrativa y misional, en este sentido, se presenta un análisis detallado de la materialización de riesgos, incluyendo su comparativo histórico (2019 – 2026), tendencias, repetitividad, clasificación por severidad y los hallazgos específicos de cada riesgo materializado, con sus controles y acciones de tratamiento evaluadas.

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

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

2 METODOLOGIA

El presente informe se elaboró siguiendo los lineamientos establecidos en la Metodología de análisis modal de fallas y efectos (AMFE), Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 7 (DAFP, 2025), así como la política institucional de gestión de riesgos aprobada mediante Resolución No. 700 del 14 de agosto de 2023 y Acuerdo No. 016 del 12 de diciembre de 2024, por medio del cual se adopta el Plan Estratégico Institucional 2025–2028.

La metodología aplicada para esta auditoria comprende las siguientes etapas:

- ✓ Identificación de riesgos: Se tomaron como base los riesgos consignados en la Matriz Institucional de Riesgos, con enfoque en las tipologías administrativa y misional, objeto de esta auditoría, sin dejar de lado una revisión general de las demás tipologías (ambiental y SST). Es importante precisar que, si bien la presente auditoría contempla la evaluación de riesgos de tipología administrativa, se excluye la revisión de los riesgos asociados al Sistema de Control Interno del Riesgo de Corrupción (SICOF), en cumplimiento de la normatividad vigente emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la cual establece que el seguimiento a estos riesgos debe realizarse con una periodicidad cuatrimestral y reportarse mediante informes independientes. En este sentido, la gestión, monitoreo y reporte de los riesgos SICOF se desarrolla a través de instrumentos y espacios específicos, diferenciados del presente ejercicio de auditoría, con el fin de garantizar su adecuado control y trazabilidad conforme a los lineamientos establecidos.

- ✓ Seguimiento Riesgos SARLAFT: Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT). En el marco de la auditoría de riesgos transversal realizada a la E.S.E., se evaluó la eficacia de los controles implementados en los procesos estratégicos de Talento Humano, Gestión Jurídica y Gestión Financiera. El objetivo primordial fue verificar la mitigación de riesgos asociados al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

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

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

- Contratación de OPS: Validación integral de perfiles y antecedentes.
- Proveedores: Verificación de la licitud de los recursos y la reputación de los terceros.
- Talento Humano: Filtros de seguridad robustos en los procesos de vinculación.

- ✓ Registro de materialización: Para cada riesgo se verificó la existencia de eventos, incidentes o incumplimientos reportados durante el primer semestre del año 2026, contrastándolos con los controles definidos y las acciones de tratamiento planeadas.

- ✓ Evaluación de severidad: Los riesgos materializados fueron valorados de acuerdo con su impacto y probabilidad, aplicando las escalas de calificación establecidas en las metodologías institucionales.

- ✓ Comparativos y tendencias históricas: Se construyeron series históricas desde 2019 hasta 2026, que permiten observar la evolución en el comportamiento de la materialización de los riesgos.

- ✓ Seguimiento a controles y planes de mejoramiento: Se verificó la ejecución de las acciones correctivas o preventivas definidas en la matriz de riesgos y en los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas.

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

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

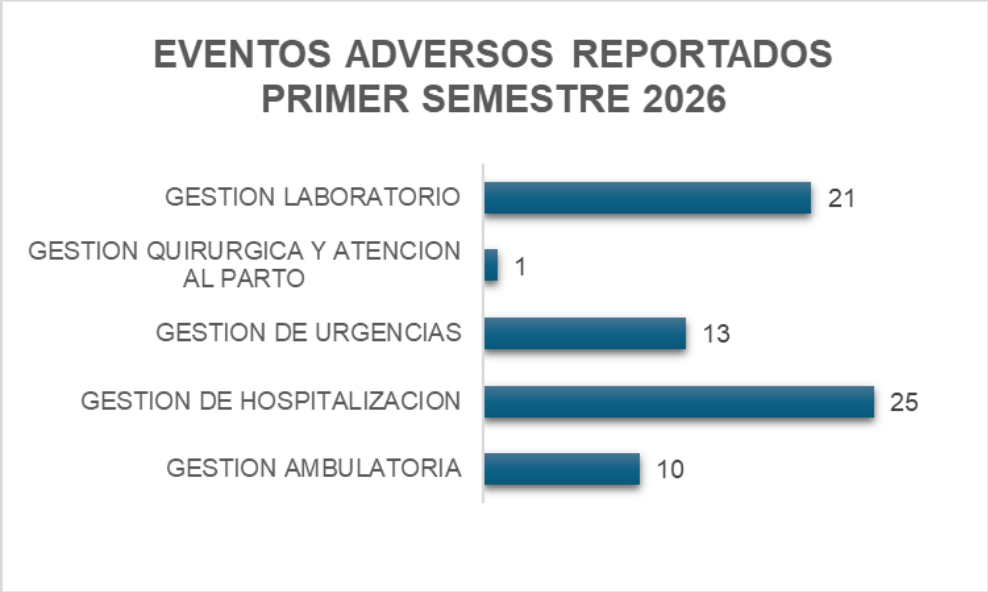
Para la gestión de los riesgos misionales, la entidad aplica la metodología de Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMFE), la cual permite identificar de manera anticipada las posibles fallas en los procesos asistenciales, sus causas y efectos sobre la prestación del servicio, esta metodología se fundamenta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

3 ANALISIS DE MATERIALIZACION DE RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y MISIONALES PRIMER SEMESTRE 2026

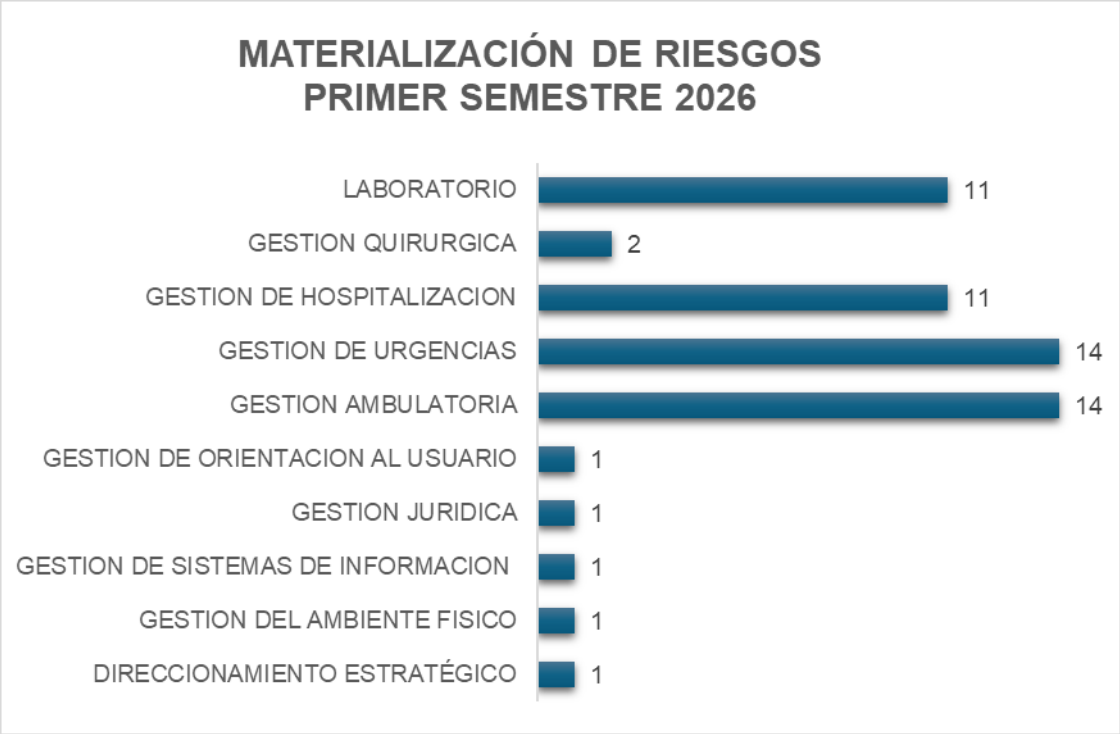
La Oficina de Control Interno dentro de su rol de evaluación y seguimiento y en cumplimiento del plan anual de auditoria vigencia 2026 realiza la evaluación de manera independiente a la gestión de los riesgos de la Empresa, así como la pertinencia y la efectividad de los controles establecidos obteniendo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

3.1 NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS POR PROCESO

A continuación, se presenta los procesos administrativos, misionales y de control en los cuales se materializan los riesgos para el primer semestre de la vigencia 2026



** Gestión Ambulatoria y Hospitalización comparten un evento adverso*



Durante este semestre se registraron un total de 69 Eventos Adversos. El proceso de Gestión de Hospitalización presentó la mayor criticidad, estando involucrado en 25 eventos, lo que equivale al 36,2% del total reportado. Le siguen el proceso de Gestión de Laboratorio con 21 eventos (30,4%), Gestión de Urgencias con 13 (18,8%) y Gestión Ambulatoria con 10 (14,5%). Por su parte, Gestión Quirúrgica y Atención del Parto registraron la menor incidencia, con 1 evento (1,5%). (Nota: La suma de incidencias supera el 100% debido a que existieron eventos compartidos entre dos o más procesos).

Para los riesgos de la tipología administrativa (sin riesgos SICOF) se observa que los procesos de Direccionamiento Estratégico, Gestión de Ambiente Físico y Gestión de Sistemas de Información, Gestión Jurídica y Gestión y Orientación al Usuario cuentan con un riesgo materializado.

El total de Eventos Adversos reportados para este primer semestre es de 69, que materializan 52 modos de falla descritos en la Matriz AMFE de procesos misionales como se describe a continuación:

PROCESO	MODOS DE FALLA
GESTION AMBULATORIA	14
GESTION DE URGENCIAS	14
GESTION DE HOSPITALIZACION	11
GESTION QUIRURGICA Y ATENCION DEL PARTO	2
GESTION DE LABORATORIO	11
TOTAL	**52**

Los riesgos misionales se clasifican en asistenciales, clínicos y poblacionales. La mayor carga de materialización se concentra en la categoría **Asistencial**, la cual representa el **84,6%** del total, con 44 de los 52 modos de falla registrados. Por su parte, los riesgos **Clínicos** y **Poblacionales** registran una incidencia mínima, con 4 modos de falla cada uno (**7,7%** respectivamente).

Cabe destacar que, dentro del ámbito Asistencial, los riesgos **Transversales** tienen una presencia constante en todos los procesos, acumulando un total de 30 eventos, tal como se detalla a continuación:

PROCESO	ASISTENCIALES			CLINICOS	POBLACIONALES	TOTAL
	ESPECIFICOS	TRANSVERSALES	TOTAL			
GESTION AMBULATORIA	4	6	10	0	4	14
GESTION DE URGENCIAS	5	8	13	1	0	14
GESTION DE HOSPITALIZACION	2	6	8	3	N/A	11
GESTION QUIRURGICA	2	0	2	0	N/A	2
LABORATORIO	1	10	11	N/A	N/A	11
TOTAL	14	30	**44**	**4**	**4**	**52**

Los riesgos Transversales Asistenciales materializados dentro de los diferentes procesos se distribuyen de la siguiente forma:

	MATERIALIZACION DEL RIESGO (EVENTOS ADVERSOS) 1er SEMESTRE 2026						
	MODOS DE FALLA TRANSVERSALES						
No.	MODO DE FALLA	PROCESO					
		AMBULATORIA	URGENCIAS	HOSPITALIZACION	QUIRURGICA	LABORATORIO	
1	Caídas del paciente (riesgo asistencial)	X	X		X		
2	Fallas en el uso de medicamentos (riesgo asistencial)		X	X			
3	Deficiente comunicación entre el equipo de salud (riesgo asistencial)	X	X	X	X	X	
4	Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (riesgo asistencial)	X	X				
5	Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales (riesgo asistencial)	X	X	X			

3.2 NUMERO DE CONTROLES DESVIADOS POR PROCESO:

Durante el seguimiento a los controles de los riesgos Misionales, no se registraron desviaciones en los controles evaluados. No obstante, se detectaron controles obsoletos o modificados que carecen de la debida actualización por parte de los responsables de cada proceso. Al respecto, los líderes de cada área manifestaron no haber recibido el cronograma oficial de actualización ni haber sido convocados a reuniones de coordinación por parte de la Oficina de Calidad.

Los Controles que requieren actualización se desglosan a continuación:

Gestión Ambulatoria:

- Implementación de pisos antideslizantes en los servicios de urgencias, observación y hospitalización: Todos los servicios cuentan con pisos antideslizantes.
- Implementación en la historia clínica de ítem de reconciliación medicamentosa: La implementación se encuentra hace más de 2 años.
- Implementación en historia clínica de odontología de calculadora de dosis de medicamentos: La implementación se encuentra hace más de 1 año.
- Alertas en historia clínica relacionados con el uso de medicamentos: Las alertas se encuentran implementadas hace más de 2 años.
- Implementación de rutas en salud mental: Se encuentran implementadas y estandarizadas.
- Odontología: Implementación de la calculadora de dosis de odontología en la historia clínica: La implementación se encuentra hace más de 1 año.
- Odontología: Implementación de lista de chequeo cirugía segura básica oral secciones A, B y C: La lista de chequeo ya se encuentra implementada hace más de un año.
- Odontología: Implementación de alerta en Historia Clínica para la revisión del historial médico: Se encuentra implementada hace más de un año.
- Odontología: Arrastre del odontograma anterior, al odontograma de la consulta actual para alertar al personal asistencial cuando se presente alguna incoherencia en el mismo, por valoraciones anteriores: Se quitó desde la anterior auditoria.

Gestión de Hospitalización:

- Implementación de pisos antideslizantes en los servicios de urgencias, observación y hospitalización: Todos los servicios cuentan con pisos antideslizantes.
- Implementación en la historia clínica de ítem de reconciliación medicamentosa: La implementación se encuentra hace más de 2 años.
- Implementación en historia clínica de odontología de calculadora de dosis de medicamentos: La implementación se encuentra hace más de 1 año.
- Alertas en historia clínica relacionados con el uso de medicamentos: Las alertas se encuentran implementadas hace más de 2 años.
- Implementación de los 5 momentos de lavado de manos: cambiar por: medición de adherencia.

- El auxiliar de laboratorio realiza la técnica aséptica de acuerdo a protocolo: No es aux de laboratorio, es aux de enfermería. En la matriz se encuentra casillas en blanco en cuanto a “procedimiento” y “actividades en el proceso o procedimiento”.
- Implementación de rutas en salud mental: Se encuentran implementadas y estandarizadas.

Gestión de Urgencias:

- Implementación de pisos antideslizantes en los servicios de urgencias, observación y hospitalización: Todos los servicios cuentan con pisos antideslizantes.
- Implementación de los 5 momentos de lavado de manos: cambiar por: medición de adherencia.
- Implementación de rutas en salud mental: Se encuentran implementadas y estandarizadas.

Atención comunitaria:

- Redactarlos en el mismo formato en el que se encuentran todos los modos de falla dentro de la Matriz AMFE.

Gestión Quirúrgica y atención del parto:

- Implementación de pisos antideslizantes en los servicios de urgencias, observación y hospitalización: Todos los servicios cuentan con pisos antideslizantes.
- Implementación en la historia clínica de ítem de reconciliación medicamentosa: La implementación se encuentra hace más de 2 años.
- Implementación en historia clínica de odontología de calculadora de dosis de medicamentos: La implementación se encuentra hace más de 1 año.
- Alertas en historia clínica relacionados con el uso de medicamentos: Las alertas se encuentran implementadas hace más de 2 años.
- Implementación de los 5 momentos de lavado de manos: cambiar por medición de adherencia a los 5 momentos.
- Acción de tratamiento: Revisar y actualizar el instructivo de preparación previa al paciente en cirugía: No estaba creado, pero ya se encuentra estandarizado y cargado en el servidor documental.
- En cuanto al infecciones por reuso de dispositivos médicos: Se cuenta con 2 controles que no están descritos en la matriz: seguimiento a pacientes con implantes y seguimiento posquirúrgico ambulatorio
- Implementación de rutas en salud mental: Se encuentran implementadas y estandarizadas.

Gestión de Laboratorio:

- Medición de la adherencia a la guía de práctica segura de identificación inequívoca del paciente: El indicador de adherencia se retiró del proceso desde el mes de marzo.
- Seguimiento trimestral a través de indicador de porcentaje de adherencia al protocolo de identificación inequívoca de pacientes/muestras laboratorio clínico: El indicador de adherencia se retiró del proceso desde el mes de marzo

Gestión de Farmacia:

- Seguimiento con instrumento, a la verificación de la recepción técnica en bodega central: No se utiliza un instrumento exclusivo para rondas de seguridad, la recepción técnica se realiza en el sistema, en donde se registran todas las características del producto, las cantidades y se anota la persona que realiza la recepción (auxiliar de farmacia) y se verifica por parte del líder.
- Implementar el procedimiento de Reempaque: Se encuentra implementado desde el 2024. Sin embargo, se evidencia el registro de formato de control de calidad, se realiza cada vez que sale un lote de reempaque y lo realiza el líder del proceso.
- Orientador en pacientes con condiciones particulares: Es una dificultad debido a que no se cuenta con un orientador disponible 24/7, sino al llamado anticipado. (se sugiere cambiar el control "se cuenta con aplicación de estrategias para orientación a pacientes con condiciones particulares").
- Acción de tratamiento: Establecer indicadores contractuales de tiempos de entrega de proveedores: No es posible establecer un indicador para tiempos de entrega ya que no todos los proveedores cuentan con la misma distancia y tiempo de entrega.

Gestión de Imagenología:

- Auditoria cuatrimestral al diligenciamiento de la información clínica relevante en las órdenes de ayudas diagnósticas: No es el mismo soporte para Santa Mónica y para Tercerizados, de debe unificar.
- Medición trimestral de la adherencia al diligenciamiento de los datos clínicos básicos en la solicitud de imágenes diagnosticas: Este indicador ya no existe.
- Desde postconsulta se hace entrega de volante de la preparación para la toma del examen: Ya no se entrega volante. Se entrega la orden medica q incluye la preparación.
- Seguimiento mensual al indicador de pertinencia en informes diagnósticos: Indicador: Porcentaje de ayudas dx entregadas erróneamente
- Seguimiento semestral al indicador de adherencia a procedimientos: Ya no existe este indicador. Se reemplazó por: Porcentaje de adherencia a las actividades de toma de imágenes.
- Seguimiento al indicador supervisión de tecnólogos y de adherencia al manual de imagenología y manejo de las tecnologías: No es un indicador. Se debe cambiar por el Informe de auditoría de adherencia al proceso de gestión e imagenología.



Por su parte, el análisis de los controles administrativos desviados identificó un total de 32 desviaciones en diez procesos institucionales. La mayor concentración se presentó en Gestión de Ambiente Físico, con 7 controles desviados, equivalentes al 22 % del total, seguida de Gestión de Talento Humano, Gestión de Sistemas de Información y Gestión de Tecnología, con 5 controles desviados cada uno, correspondientes al 16 % por proceso. En conjunto, estos cuatro procesos concentraron el 69 % de las desviaciones administrativas identificadas durante el período. El 31 % restante se distribuyó entre Gestión de Orientación al Usuario, con 3 controles desviados (9 %); Direccionamiento Estratégico y Gestión Financiera, con 2 controles desviados cada uno (6 %); y Gestión de Calidad, Gestión Jurídica y Gestión de Control, con 1 control desviado cada uno (3 %).

Los resultados anteriores evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo la ejecución y el seguimiento de los controles establecidos, especialmente en los procesos que presentan una mayor concentración de desviaciones. Lo anterior, con el propósito de mejorar la efectividad de los controles, prevenir la materialización de los riesgos y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales.

3.3 COMPARATIVO DE RIESGOS MATERIALIZADOS 2024 A 2026

AÑO	2024				2025				2026	
RIESGOS INSTITUCIONALES/PROCESO	SEMESTRE I		SEMESTRE II		SEMESTRE I		SEMESTRE II		SEMESTRE I	
	R. TOTALES	R. MAT	R. TOTALES	R. MAT	R. TOTALES	R. MAT	R. TOTALES	R. MAT	R. TOTALES	R. MAT
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	10	0	10	2	10	0	10	2	7	1
GESTION DE CALIDAD	6	0	6	1	6	0	6	1	6	0
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	20	1	20	1	20	1	19	2	19	1
GESTION DE TECNOLOGIA	5	2	5	0	3	2	3	0	4	0
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	9	0	9	1	7	0	7	2	7	1
GESTION DEL TALENTO HUMANO	13	0	13	0	12	0	11	1	11	0
GESTION FINANCIERA	23	0	23	1	23	0	16	1	16	0
GESTION JURIDICA	13	1	13	2	13	2	8	1	8	1
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	0	0	0	0	4	0	3	0	2	0
GESTION DE CONTROL	7	0	7	0	5	0	4	0	4	0
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	9	2	9	1	7	0	7	0	4	1
RIESGOS SICOF	INCLUIDOS		INCLUIDOS		INCLUIDOS		23	0	23	1
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	18	0	18	1	18	0	18	1	18	0
GESTION DE HOSPITALIZACION	27	9	27	9	9	3	9	10	22	11
GESTION DE IMAGENOLOGIA	15	0	15	0	8	0	8	0	8	0
GESTION DE URGENCIAS	37	15	37	19	17	6	17	11	25	14
GESTION AMBULATORIA	53	12	53	13	34	6	34	15	55	14
GESTION DE LABORATORIO	38	0	38	3	27	2	27	4	27	11
GESTION QUIRURGICA Y ATENCION DEL PARTO	N/A		N/A		9	0	9	3	36	2
GESTION DE LA TECNOLOGIA	20	0	20	0	27	0	27	0	0	0
ATENCION COMUNITARIA	N/A		N/A		N/A		N/A		4	0
TRANSVERSALES ASISTENCIALES	N/A		N/A		9	5	9	16	9	0
RIESGOS POBLACIONALES	18	5	18	1	20	1	20	1	21	0
RIESGOS CLINICOS	N/A		N/A		9	6	9	3	9	0
TOTAL	341	47	341	55	297	34	281	54	322	57
PORCENTAJE	14%		16%		11%		19%		18%	

MATERIALIZACION ADMINISTRATIVO (Identificados/materializados)	4/114= **4%**	8/114= **7%**	5/103= **5%**	9/87= **10%**	5/88= **6%**
MATERIALIZACION MISIONAL	43/235= 18%	47/235= 20%	29/194= 15%	44/194= 23%	52/234= 23%

El comparativo de los últimos cinco periodos (2024-I a 2026-I) muestra una tendencia variable en la materialización de riesgos administrativos y misionales, evidenciando fluctuaciones asociadas a la dinamización en los procesos de identificación, ajustes en el alcance de las tipologías de riesgo y la persistencia de factores de vulnerabilidad en la operación de la entidad.

Durante el primer semestre de 2024, se registró la materialización de 47 riesgos de un total de 341 identificados (14%), correspondiendo 4 al ámbito administrativo (4%) y 43 al ámbito misional (18%), concentrándose la mayor ocurrencia en los procesos de Gestión de Urgencias (15), Gestión Ambulatoria (12) y Gestión de Hospitalización (9). Para el segundo semestre de la misma vigencia 2024, la materialización ascendió a 55 riesgos (16%), impulsada por un incremento tanto en los riesgos administrativos, que alcanzaron 8 eventos (7%), como en los misionales, que sumaron 47 eventos (20%), con especial incidencia en Gestión de Urgencias (19), Gestión Ambulatoria (13), Gestión de Hospitalización (9) y Gestión de Laboratorio (3).

Para el primer semestre de 2025, se observó un descenso significativo al registrarse 34 riesgos materializados de 297 identificados (11%), representando el nivel más bajo de materialización del periodo evaluado. En este lapso, los riesgos administrativos disminuyeron a 5 (5%) destacándose eventos en Gestión Jurídica (2) y Gestión de Tecnología (2), mientras que los misionales se redujeron a 29 (15%), distribuidos

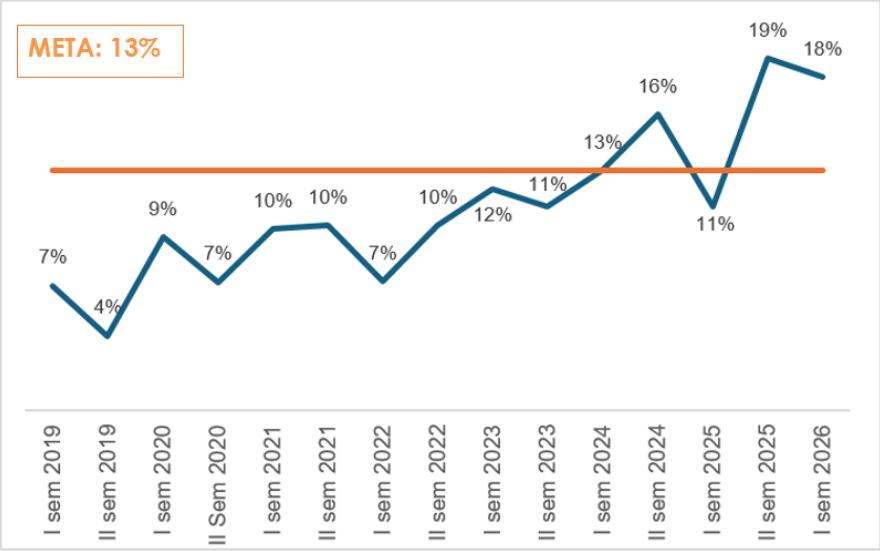
principalmente entre Gestión de Urgencias (6), Gestión Ambulatoria (6), Riesgos Clínicos (6) y Transversales Asistenciales (5).

Durante el segundo semestre de 2025, la entidad experimentó un repunte en la materialización de riesgos, alcanzando 54 eventos de 281 identificados (19%), lo que constituyó la proporción relativa más alta de la serie. Este comportamiento estuvo determinado por un aumento en los riesgos administrativos a 9 (10%) afectando áreas como Direccionamiento Estratégico, Ambiente Físico y Sistemas de Información y una elevada materialización misional con 44 riesgos (23%), con una marcada concentración en Transversales Asistenciales (16), Gestión Ambulatoria (15), Gestión de Urgencias (11) y Gestión de Hospitalización (10).

Finalmente, en el primer semestre de 2026, la materialización alcanzó el punto más alto en volumen absoluto con 57 riesgos de 322 identificados (18%). Mientras que la materialización administrativa se moderó al 6% (5 riesgos), el componente misional se mantuvo en su porcentaje más elevado con 52 riesgos materializados (23%). Esta concentración en el área misional obedeció a la recurrencia e impacto acumulado en procesos clave como Gestión Ambulatoria (14), Gestión de Urgencias (14), Gestión de Hospitalización (11) y Gestión de Laboratorio (11), confirmando que la gestión asistencial sigue requiriendo una intervención prioritaria en la efectividad y seguimiento de sus controles preventivos.

3.4 TENDENCIA DE RIESGOS MATERIALIZADOS

A continuación, se presenta la tendencia de los riesgos administrativos y misionales materializados a partir del año 2019 y hasta 2026.



Entre 2019 y el primer semestre de 2026, la materialización de riesgos en la entidad presenta un comportamiento fluctuante con una clara tendencia al alza en los periodos recientes. Inicialmente, se observaron los niveles más bajos de la serie durante 2019 (7% y 4%), seguidos de variaciones moderadas entre 2020 y 2022, donde los porcentajes oscilaron entre el 7% y el 10%, manteniéndose holgadamente por debajo de la meta institucional del 13%.

A partir de 2023, se identifica un incremento progresivo al alcanzar valores del 12% y 11%, el cual se acentúa en 2024 al llegar al 13% en el primer semestre (igualando el límite máximo permitido) y al 16% en el segundo semestre. Aunque en el primer semestre de 2025 se registró un descenso puntual al 11%, el segundo semestre de 2025 alcanzó el punto máximo del periodo con un 19%. Finalmente, en el primer semestre de 2026 se mantiene una cifra elevada del 18%, confirmando que la entidad se encuentra por encima de la meta institucional por segundo periodo consecutivo.

Este comportamiento evidencia que, si bien la entidad ha fortalecido los ejercicios de identificación, monitoreo y reporte de riesgos —lo que incrementa la visibilidad de los eventos—, también refleja debilidades en la efectividad de los controles vigentes y en la oportunidad de las acciones de tratamiento. La superación reiterada del límite del 13% en los últimos semestres exige reforzar el seguimiento continuo, profundizar en el análisis de causa raíz y comprometer la responsabilidad directiva de los líderes de proceso para mitigar la recurrencia.

En este sentido, la tendencia observada no solo responde a una mayor madurez en el registro de la información, sino que plantea la urgencia de evolucionar hacia una gestión de riesgos preventiva y de alto impacto, evitando que la alta materialización se consolide como un comportamiento sostenido dentro de la entidad.

3.5. RIESGOS MATERIALIZADOS SEGÚN SEVERIDAD

Durante el primer semestre de 2026, los riesgos materializados para la tipología administrativa y misional fueron clasificados de acuerdo con su severidad, considerando el impacto generado en la operación de la empresa y la probabilidad de ocurrencia.

RIESGOS ADMINISTRATIVOS			RIESGOS MISIONALES	
NIVEL DE SEVERIDAD	NO.		NIVEL DE SEVERIDAD	NO.
ALTO	2		ALTO	15
MEDIO	3		MEDIO	28
BAJO	0		BAJO	9
TOTAL	5		TOTAL	52

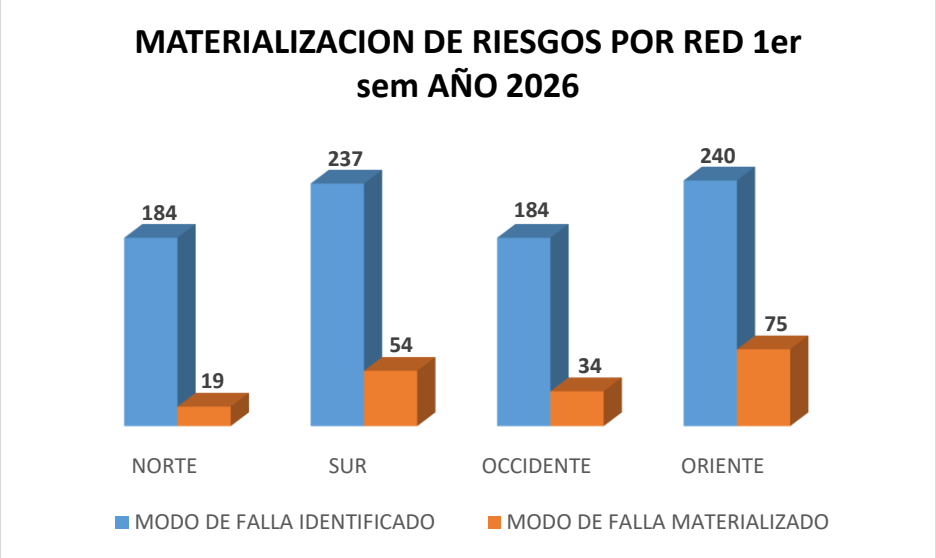
De los 57 riesgos materializados, predominó el nivel de severidad medio, que representa el 60 % de los riesgos administrativos (3 de 5) y el 54 % de los riesgos misionales (28 de 52). En los riesgos administrativos, los 2 restantes corresponden al nivel alto; mientras que, en los misionales, 15 se clasificaron en nivel alto y 9 en nivel bajo.

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

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

3.6. RIESGOS MISIONALES MATERIALIZADOS POR RED

MATERIALIZACION DE RIESGOS POR RED 1er sem AÑO 2026				
RED	**MODO DE FALLA IDENTIFICADO**	**MODO DE FALLA MATERIALIZADO**	**PORCENTAJE**	**META**
NORTE	184	19	10%	**9%**
SUR	237	54	23%	**10%**
OCCIDENTE	184	34	18%	**9%**
ORIENTE	240	75	31%	**12%**



Esta tabla presenta la Materialización de Riesgos por Red durante el primer semestre del año 2026. En ella se compara la cantidad de modos de falla identificados frente a los materializados, evaluando el porcentaje real frente a la meta establecida para cada Red.

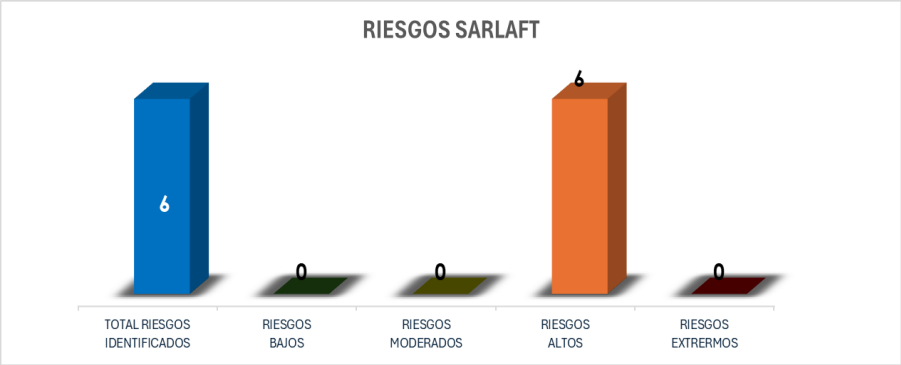
Durante el primer semestre de 2026, ninguna de las cuatro redes logró mantenerse dentro de los límites de riesgo definidos.

- La Red Oriente presenta la situación más crítica con 75 modos de falla materializados de 240 identificados, alcanzando un 31% (frente a una meta máxima del 12%).
- Le sigue la Red Sur con un 23% de materialización (54 de 237 modos de falla) respecto a una meta del 10%.
- La Red Occidente registró un 18% de materialización, duplicando la meta del 9%.
- La Red Norte mostró el desempeño menos desfavorable, con un 10% de materialización, quedando solo 1% por encima de su meta del 9%.

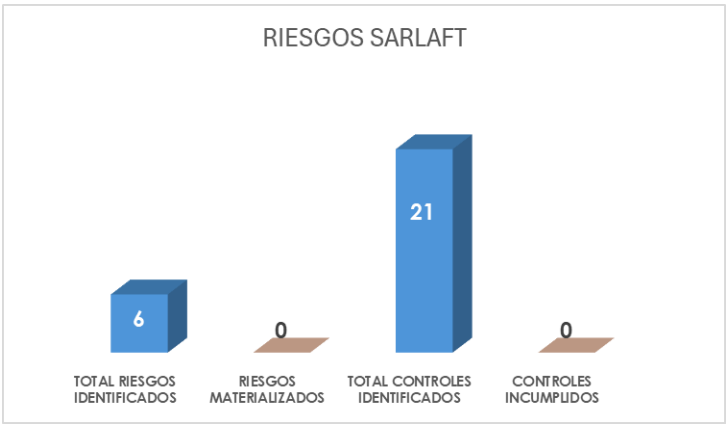
En conclusión, se evidencia la necesidad de reforzar las medidas de control e intervención prioritaria en todas las Redes, con especial énfasis en la Oriente y Sur, al concentrar el mayor volumen y porcentaje de materialización de riesgos.

3.7. RIESGOS SARLAFT

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



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



3.8. RIESGOS ADMINISTRATIVOS MATERIALIZADOS POR PROCESO

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

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

RIESGOS IDENTIFICADOS

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



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

✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**



Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre del año 2026, se describen a continuación:

RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	**DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**
RIESGO MATERIALIZADO	**R5. Posibilidad de afectación reputacional y económica, por subutilización y sobre utilización de la capacidad instalada, debido a: desconocimiento de la capacidad instalada de la empresa, estudio de capacidad instalada sin estandarizar.**
ESTADO	**MATERIALIZADO**
HALLAZGO	Durante el desarrollo de la auditoría, la Oficina de Control Interno realizó gestiones de contacto con el responsable del riesgo para efectuar su revisión y seguimiento, y solicitar las evidencias correspondientes. Sin embargo, no fue posible concretar el espacio de revisión, por lo que no se contó con la información y los soportes necesarios para verificar su gestión y determinar si se presentó alguna materialización durante el período evaluado.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**
RIESGO ASOCIADO	**R6. Posibilidad de afectación económica y reputacional, por cierre del servicio por no cumplimiento de los requisitos de habilitación, debido a: inadecuada autoevaluación de los estándares aplicables al servicio habilitado, no se realiza seguimiento periódico al cumplimiento de los estándares de habilitación.**
CONTROLES DESVIADOS	1. La oficina de planeación realiza un plan de evaluación de estándares de habilitación a sedes priorizadas. 2. Un equipo multidisciplinario realiza autoevaluación de los estándares de habilitación teniendo en cuenta el plan definido a través de diferentes instrumentos.
ESTADO	**INCUMPLIDOS (2)**
HALLAZGO	Se evidenció incumplimiento de los controles establecidos para el riesgo asociado al cierre del servicio por no cumplimiento de los requisitos de habilitación, teniendo en cuenta que la oficina de planeación no cuenta con un plan periódico de evaluación de estándares de habilitación para las sedes y servicios ya habilitados, y no se realizan autoevaluaciones sistemáticas por parte de un equipo multidisciplinario conforme a lo definido, limitándose estas actividades a la revisión de condiciones de habilitación para la apertura de nuevos servicios, lo que evidencia falta de seguimiento y control de las condiciones de habilitación vigentes y

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

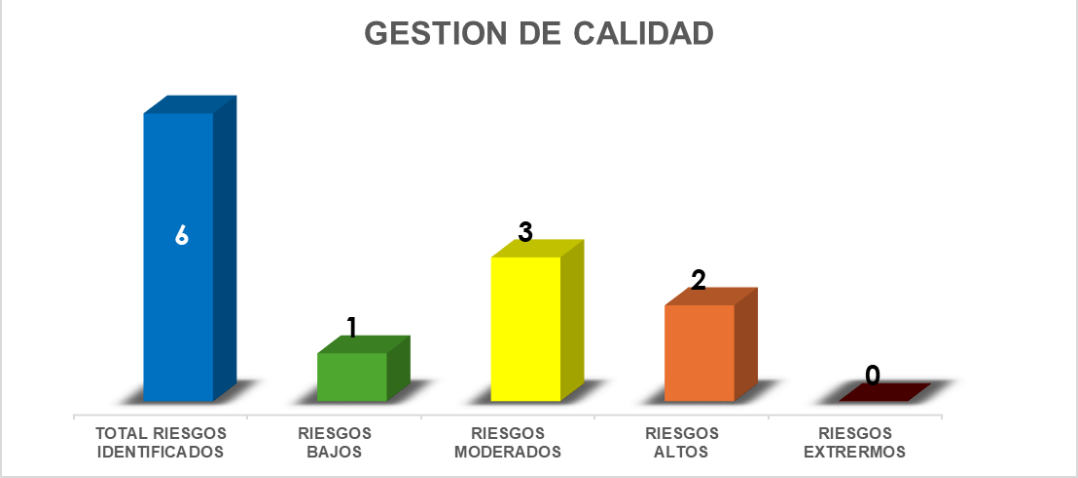
RECOMENDACIONES:

- En el marco del seguimiento a la concertación con los líderes y responsables de las metas y planes de acción para el cumplimiento del POA, se revisó la gestión documental de las carpetas correspondientes, identificando oportunidades de mejora en su organización, dado que las carpetas revisadas no se encontraban debidamente legajadas ni contaban con gancho plástico, aspectos que contribuyen a la adecuada organización y conservación de los documentos que las conforman.

GESTION DE CALIDAD

RIESGOS IDENTIFICADOS

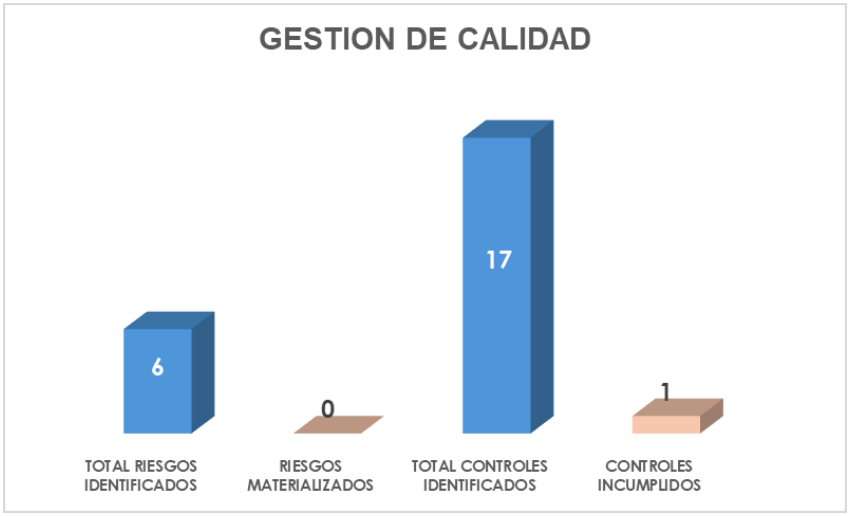
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:



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

- ✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:



CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE CALIDAD**
RIESGO ASOCIADO	**R5. Posibilidad de afectación reputacional, por debilidad en la formulación de planes de mejora frente hallazgos de auditorías, debido a: análisis causal no pertinente, no consolidación de la totalidad de hallazgos derivados de las fuentes de mejoramiento, personal que carece de habilidad y destreza para la realización del análisis causal y plan de mejora.**
CONTROLES DESVIADOS	2. El equipo de calidad realiza capacitación y evaluación de manera periódica en la metodología de análisis causal, estas capacitaciones se programan dentro del PIC; la evidencia se consolida en la matriz de resultados PIC.
ESTADO	**NO VERIFICABLE**
HALLAZGO	No fue posible verificar los resultados del cumplimiento del control, debido a que el plazo de ejecución del PIC se encontraba vigente en la fecha de ejecución de la auditoria. El proceso informó haber remitido la documentación requerida para desarrollar la capacitación en análisis causal; sin embargo, al momento de la auditoría, no fue posible confirmar su ejecución y evaluación.

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	**GESTIÓN DE CALIDAD**
RIESGO ASOCIADO	**R6. Posibilidad de afectación reputacional por Incumplimiento y retraso en la planificación y ejecución de auditorías, debido a: incumplimiento del programa anual de auditoria, Retrasos en la planificación y el desarrollo de las auditorias, Solicitudes de aplazamiento por parte de los procesos auditados.**
ACCIÓN	Actualizar procedimiento de auditorías internas incluyendo la actividad de gestión de aplazamientos de las auditorias programadas.
ESTADO	**INCUMPLIDA**
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta.

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	**GESTIÓN DE CALIDAD**
RIESGO ASOCIADO	**R6. Posibilidad de afectación reputacional, por la no generación de acciones de mejora frente a las salidas de la revisión por la dirección, debido a: No realizar la revisión por la Dirección, Requisitos de las entradas y salidas de revisión por la Dirección incompletos.**
ACCIÓN	Actualizar procedimiento de revisión por la dirección
ESTADO	**INCUMPLIDA**
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta.

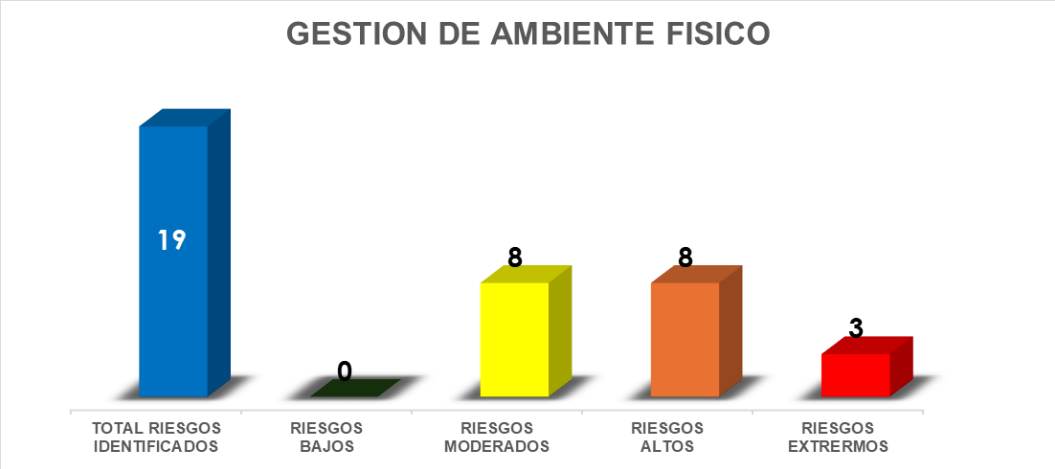
RECOMENDACIONES:

- Durante la auditoría del riesgo relacionado con las referenciaciones, el proceso informó que recibe solicitudes de entidades externas a través de la página web y mediante oficios físicos. Se recomienda consolidar un registro unificado que permita identificar el total de solicitudes recibidas, el medio de recepción y el resultado de cada solicitud, especificando si la referenciación fue autorizada o denegada, con el fin de fortalecer su trazabilidad y seguimiento.

GESTION DE AMBIENTE FISICO

RIESGOS IDENTIFICADOS

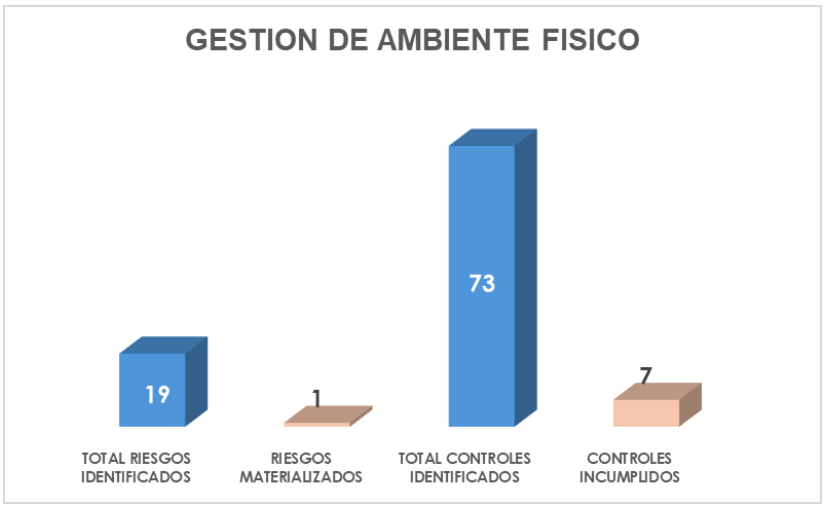
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:



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

- ✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:



RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO**
RIESGO MATERIALIZADO	**R18. Posibilidad de infecciones asociadas a la atención en salud, sanciones, afectación a la imagen institucional, contaminación al medio ambiente, accidentes laborales relacionados con riesgo bilógico, incumplimiento normativo por generación de vertimientos peligrosos fuera de los valores máximos permisibles.**
ESTADO	**MATERIALIZADO**
HALLAZGO	Se evidencia la materialización del riesgo, teniendo en cuenta que, a partir de los resultados de las mediciones de vertimientos realizadas en la vigencia 2026, se identificó que 10 sedes de la entidad presentaron incumplimientos en los parámetros evaluados, superando los valores máximos permisibles aplicables. De acuerdo con el informe revisado, se identificaron las siguientes situaciones: - Grasas y aceites: se identificaron desviaciones en seis sedes: Hospital Civil, Hospital La Rosa, Centro de Salud Genoy, Obonuco, Tamasagra y San Vicente. De acuerdo con el informe, esta situación se relaciona con la ausencia o saturación de trampas de grasa en áreas de lavado y servicios generales. - pH máximo / DQO / fenoles: se identificaron desviaciones en cuatro sedes: Hospital Civil, Hospital La Rosa, Centro de Salud Progreso y Hospital Santa Mónica. El informe relaciona esta situación con la sobredosificación de insumos alcalinos de aseo y el uso de desinfectantes a base de fenol. - Sólidos sedimentables y suspendidos: se identificaron desviaciones en tres sedes: Centro de Salud Primero de Mayo, Centro de Salud Progreso, Centro de Salud Obonuco y Centro de Salud Cabrera. El informe relaciona estas condiciones con la falta de desarenadores y sistemas de filtración en la fuente de los vertimientos. Las situaciones identificadas evidencian la necesidad de fortalecer las medidas de prevención, control y adecuación de los vertimientos generados por la entidad, mediante la implementación de las acciones correctivas definidas para cada parámetro y sede comprometida. La persistencia de estas condiciones puede generar afectaciones al medio ambiente y consecuencias administrativas y reputacionales para la institución.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO**
RIESGO ASOCIADO	**R2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por suspensión de la prestación del servicio ante condiciones sanitarias inadecuadas, debido al desabastecimiento de agua en las instalaciones de la Empresa, no realizar mantenimientos a los tanques de agua (elevados y subterráneos), falta de mantenimientos preventivos y correctivos a la infraestructura y a las afectaciones a la infraestructura causadas por: humedades, mal estado de pisos, cubiertas, cielos rasos, etc.**
CONTROLES DESVIADOS	4. La Empresa realiza planes de contingencia para abastecimiento de agua con proveedores externos (cuando se requiera), como se indica en el PL-EEM PLAN EMPRESARIAL DE EMERGENCIA (Numeral 7)
ESTADO	**INCUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la revisión del documento PL-EEM – Plan Empresarial de Emergencias, no se evidenció la documentación de las medidas para gestionar el abastecimiento de agua mediante proveedores externos alternativos ante una eventual interrupción del suministro. Esta situación representa una oportunidad de mejora en la planificación y documentación de las medidas de contingencia, así como en su divulgación al personal responsable de implementarlas, con el fin de facilitar una respuesta oportuna ante posibles desabastecimientos y prevenir afectaciones a la continuidad de la prestación de los servicios.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO**
RIESGO ASOCIADO	**R9. Posibilidad de afectación económica por no continuidad en la prestación del servicio de las unidades móviles, ambulancias, motocicletas, debido a falta de mantenimiento correctivo y preventivo de vehículos, accidentes de tránsito, falta de cumplimiento de requisitos exigidos para la operación del vehículo y desabastecimiento de combustible.**
CONTROLES DESVIADOS	2. El profesional universitario-seguridad vial realiza seguimiento al cumplimiento del mantenimiento correctivo registrado en el formato "GAF-MCA 271 control de mantenimiento correctivo- automotores" a través de la verificación directa del vehículo antes y después del correctivo.

	3. Los conductores realizan de manera diaria el alistamiento diario del vehículo (unidades móviles, motocicletas, vehículos administrativos, lancha, ambulancias) y requisitos de operación del vehículo que se registra en el formato "GAF-ADV 477 lista de chequeo alistamiento diario de vehículos"; al finalizar el mes los responsables de cada vehículo entregan el formato mensual diligenciado al profesional universitario - seguridad vial, el cual revisa el documento identificando fallas en el diligenciamiento.
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDOS (2)**
HALLAZGO	Durante el seguimiento a los mantenimientos correctivos de los vehículos OAK 310 y OAK 425, se identificaron debilidades en la trazabilidad y documentación de las novedades presentadas. Para el vehículo OAK 310, se revisó una reparación realizada el 7 de febrero de 2026, relacionada con un daño en el tubo del aire acondicionado, la cual no se encontró registrada en la relación de supervisión de novedades de mantenimiento realizada con las redes ni en el reporte de diligenciamiento preoperacional del mes de febrero. De igual manera, para el vehículo OAK 425, se identificaron dos reparaciones: cambio de bombillo efectuado el 2 de enero de 2026, y cambio de manigueta de la puerta trasera del 18 de marzo de 2026. Estas novedades tampoco se encontraron registradas en la relación de supervisión de novedades de mantenimiento realizada con las redes ni en los reportes de preoperacional del mes consultados. Lo anterior evidencia debilidades en la trazabilidad documental de las intervenciones realizadas a los vehículos, lo que dificulta verificar integralmente el seguimiento efectuado a los mantenimientos correctivos.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO**
RIESGO ASOCIADO	**R9. Posibilidad de afectación económica por no continuidad en la prestación del servicio de las unidades móviles, ambulancias, motocicletas, debido a falta de mantenimiento correctivo y preventivo de vehículos, accidentes de tránsito, falta de cumplimiento de requisitos exigidos para la operación del vehículo y desabastecimiento de combustible.**
CONTROLES DESVIADOS	4. La central de comunicaciones registra los datos del suministro de combustible, que realiza cada uno de los automotores en el formato "suministro de combustible parque automotor". El profesional universitario realiza revisión mensual a este registro

ESTADO	**INCUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se revisó el registro de suministro de combustible del vehículo OAK 221, correspondiente al 1 de enero de 2026, identificado con el número 177670, por valor de $163.600. Sin embargo, no se encontró el voucher asociado a dicho registro. Según lo informado por el líder del proceso, esta situación podría corresponder a un error humano en el registro. Adicionalmente, se evidenció que la revisión de los soportes para el pago del servicio de combustible se realiza con base en los reportes suministrados por el proveedor y los vouchers de tanqueo, sin incluir la verificación del formato GAF-RSC 304 Registro de Suministro de Combustible, Tanqueo y Kilometraje, establecido en el control. Lo anterior evidencia debilidades en la ejecución del seguimiento previsto y en la conciliación de la información de los suministros de combustible, lo que limita la identificación de inconsistencias entre los registros internos y los soportes utilizados para el pago al proveedor.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO**
RIESGO ASOCIADO	**R10. Posibilidad de efecto dañoso sobre el bien público por Hurto de un vehículo del parque automotor de la Empresa y de los elementos que apoyan la prestación del servicio dispuestos dentro del vehículo, debido a problemas de orden público, atención de usuarios en sectores de alto riesgo y zona rural, al descuido de la tripulación y la falta de seguimiento a los formatos de control de inventarios.**
CONTROLES DESVIADOS	1. El radioperador realiza monitoreo permanente a través del dispositivo de georreferenciación instalado en cada vehículo y a través de radioportatil o radiobase (solo para ambulancias), lo que permite adelantar el registro del formato GU-RDT 255 "REGISTRO DIARIO DE TRASLADOS - TAB" por parte de los radioperadores; el cual es verificado por la oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento al traslado reportado para el vehículo OAK 509, el 7 de junio de 2026, en la ruta San Vicente–Hospital Civil, con hora de salida a las 9:10 a. m. y llegada a las 9:23 a. m. Se identificó que la consulta del historial de movimientos en la plataforma GPS se encuentra limitada a los últimos dos meses. Asimismo, al revisar el reporte diario suministrado por el proveedor de GPS para la fecha consultada, no se encontró evidencia del movimiento reportado.

	Lo anterior evidencia limitaciones en la trazabilidad y verificación posterior de los traslados registrados, dado que no fue posible corroborar el recorrido reportado con la información disponible, lo que dificulta validar la correspondencia entre los registros de traslado y los datos de georreferenciación del vehículo.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO**
RIESGO ASOCIADO	**R10. Posibilidad de efecto dañoso sobre el bien público por Hurto de un vehículo del parque automotor de la Empresa y de los elementos que apoyan la prestación del servicio dispuestos dentro del vehículo, debido a problemas de orden público, atención de usuarios en sectores de alto riesgo y zona rural, al descuido de la tripulación y la falta de seguimiento a los formatos de control de inventarios.**
CONTROLES DESVIADOS	3. Los auxiliares de ambulancia deben realizar la entrega de los elementos y dispositivos dispuestos en los vehículos en cada entrega de turno diligenciando el formato "LISTADO DE VERIFICACIÓN DE DOTACIÓN AMBULANCIA DE URGENCIAS GU-VDA 479”.
ESTADO	**NO VERIFICABLE**
HALLAZGO	Durante la auditoría no fue posible verificar la centralización y el seguimiento al diligenciamiento diario del formato «Listado de Verificación de Dotación Ambulancia de Urgencias GU-VDA 479», debido a que no se encontraba formalmente definido el responsable de recibir los formatos y verificar su diligenciamiento en cada entrega de turno. Como compromiso, el líder del proceso indicó que entregaría al proceso de control interno la formalización por escrito de la asignación de esta responsabilidad al personal encargado, con el fin de fortalecer la trazabilidad y el seguimiento a la entrega de los elementos y dispositivos dispuestos en las ambulancias.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO**
RIESGO ASOCIADO	**R13. Posibilidad de efectos dañoso sobre bien públicos, por reposición de elementos devolutivos y de consumo controlado, debido a daños o deterioro de los elemento, perdida de los elementos almacenados en bodega y custodiados por el personal, inadecuado control de inventarios , hurto por personal externo.**

CONTROLES DESVIADOS	4. Pasto Salud ESE tiene contratado el servicio de vigilancia, quien se encarga de la custodia, revisión, monitoreo y control de la entrada y salida de elementos en todas las sedes. De la misma forma la empresa de vigilancia realiza monitoreo de las alarmas de seguridad dispuestas en cada centro de salud. Secretaria General es el supervisor de la empresa de vigilancia y realiza seguimiento mensual a las novedades presentadas (si aplica).
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante el seguimiento al contrato No. 0031 de 2026, suscrito con PREMIUM SEGURIDAD PRIVADA LTDA., se verificó que, como soporte de la supervisión contractual, el proveedor entrega informes relacionados con actividades de monitoreo, mantenimiento y/o adecuación de las alarmas de seguridad. Sin embargo, al revisar los demás soportes de supervisión contractual correspondientes a los meses de enero y junio de 2026, se identificó que en las programaciones de turnos figuraban los vigilantes Daniel Esteban Rodríguez Martínez y Antonio Puerres Carlosama, quienes no se encontraron relacionados en las planillas de seguridad social revisadas. Lo anterior representa una oportunidad de mejora en la supervisión contractual, orientada a fortalecer la verificación de los soportes del personal asignado por el proveedor, con el fin de contar con documentación completa y consistente que permita validar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y contribuir a una adecuada gestión de posibles contingencias durante la prestación del servicio.

RECOMENDACIONES:

Gestión Ambiental:

- Durante la revisión se identificó que el aliado estratégico encargado de la limpieza y desinfección cuenta con una matriz de compatibilidad de sustancias químicas que permite clasificar los productos según los riesgos asociados. Se recomienda complementar esta herramienta con verificaciones físicas periódicas que permitan validar que los productos de limpieza y desinfección se encuentren almacenados y organizados de acuerdo con los criterios establecidos en dicha matriz, con el fin de fortalecer las condiciones de seguridad en su almacenamiento.

Seguridad Vial

- Se identificaron debilidades en la aplicación de la metodología de cálculo del indicador de inspecciones diarias preoperacionales, de conformidad con lo establecido en la Resolución 40595 de 2022. Se recomienda ajustar su cálculo considerando el número de vehículos inspeccionados diariamente frente al total de vehículos que trabajan cada día, en lugar de contabilizar únicamente los formatos mensuales de cada vehículo. Para ello, se puede consolidar los registros diarios de inspección y establecer mecanismos de validación que permitan garantizar la consistencia de la información y la confiabilidad de los resultados del indicador.
- Se recomienda mantener actualizados los cuadros de seguimiento a la documentación de la flota vehicular, incorporando oportunamente los vehículos que ingresen a la entidad y verificando que las fechas de vencimiento del SOAT y de la revisión técnico-mecánica correspondan a la información vigente registrada en el RUNT o consignada en los respectivos documentos, con el fin de garantizar la consistencia y trazabilidad de la información y facilitar el seguimiento oportuno a los requisitos documentales de los vehículos.

Infraestructura:

- Se recomienda verificar el diligenciamiento completo de los formatos de registro del servicio prestado por el proveedor BIOMEDICAL, asegurando que se completen los campos correspondientes al estado de verificación y a la evaluación del cliente, con el fin de documentar la conformidad y aceptación del servicio recibido.

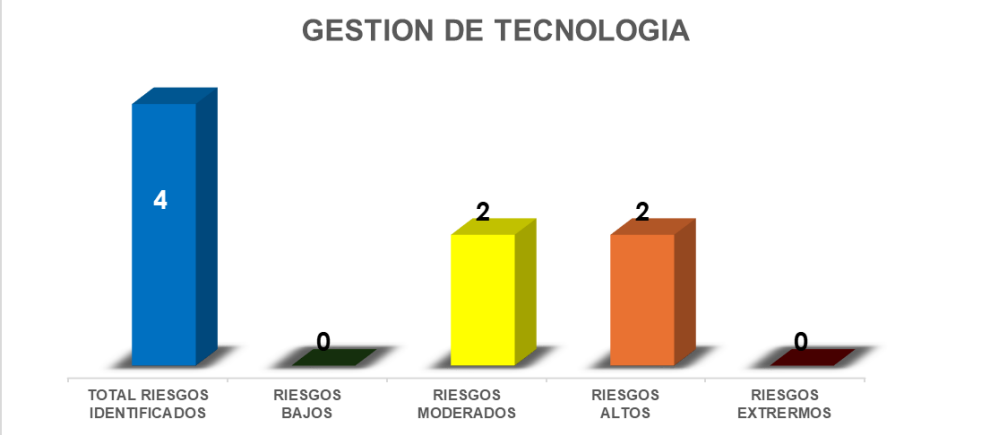
Seguridad y Salud en el Trabajo

- Se recomienda verificar la consistencia de las fechas registradas en el cuadro de seguimiento de accidentes laborales frente a las consignadas en los respectivos Formatos Únicos de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT), con el fin de garantizar la exactitud y trazabilidad de la información consolidada.

GESTION DE LA TECNOLOGIA (DAFP)

RIESGOS IDENTIFICADOS

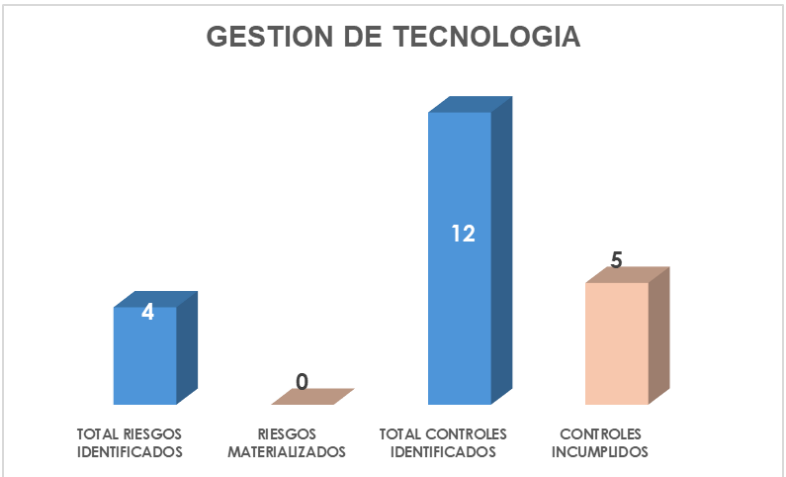
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:



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

- ✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:



CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA**
RIESGO ASOCIADO	**R1. Probabilidad de afectación reputacional, por Falla de equipos biomédicos, debido a: Falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo, Uso inadecuado de la tecnología por parte de colaboradores y usuarios, Vida útil de la tecnología (equipos obsoletos), Falta de calibración de equipos (según aplique).**
CONTROLES DESVIADOS	1. El profesional universitario- equipo biomédico, realiza seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a través de revisión de informes presentados por el proveedor de mantenimiento preventivo de la empresa.
ESTADO	**INCUMPLIDO**
HALLAZGO	El control se incumple teniendo en cuenta que el indicador de PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS E INDUSTRIALES, cuya meta es de 95%, no se cumple para los meses de: - Enero: con resultado de 93,05% - Marzo: con resultado de 91,73 % - Abril: con resultado de 76,45% - Mayo: con resultado de 91,76% - Junio: con resultado de 90,68% Lo anterior teniendo en cuenta que se continúan presentando equipos sin mantenimiento debido a inconsistencias entre las ubicaciones registradas en el cronograma de mantenimiento y la ubicación física real de los equipos en las diferentes sedes, lo que dificulta la ejecución total de las actividades programadas; adicionalmente, esta situación se ha venido presentando desde anteriores vigencias sin que las acciones implementadas hayan sido efectivas, pese a los reportes realizados (por parte de biomédica y sistemas) al área de Almacén para la actualización del inventario institucional, evidenciando una problemática persistente que afecta tanto equipos de sistemas de información como biomédicos, lo que puede generar riesgos en la disponibilidad, funcionamiento y vida útil de los equipos, así como en la continuidad de los servicios y la adecuada gestión de los activos institucionales.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA**
RIESGO ASOCIADO	**R1. Probabilidad de afectación reputacional, por Falla de equipos biomédicos, debido a: Falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo, Uso inadecuado de la tecnología por parte de**

	colaboradores y usuarios, Vida útil de la tecnología (equipos obsoletos), Falta de calibración de equipos (según aplique).
CONTROLES DESVIADOS	3. El equipo de gestión biomédica realiza capacitaciones presenciales en manejo seguro de equipo biomédico dirigidas a todo el personal asistencial de la empresa de acuerdo a cronograma; de cada capacitación se deja listado de asistencia y resultados de evaluación de la capacitación.
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se evidenciaron soportes de las capacitaciones realizadas durante el primer semestre en temas relacionados con la gestión de equipos tecnológicos y el manejo seguro de equipos biomédicos. La capacitación sobre hojas de vida de equipos tecnológicos contó con una población objetivo de 250 personas y una asistencia de 201 participantes, equivalente a una cobertura del 80,4%. Asimismo, se reportó una eficacia del 89,6 %. Por otra parte, en la capacitación sobre manejo seguro de equipos biomédicos se registró una asistencia de 317 personas; sin embargo, no se contó con información que permitiera establecer la población objetivo y, por tanto, determinar la cobertura alcanzada. Adicionalmente, no se evidenciaron soportes de la evaluación de eficacia de esta capacitación. Lo anterior evidencia oportunidades de mejora en el seguimiento y evaluación de las capacitaciones, particularmente en la determinación de la cobertura y la documentación de su eficacia, lo que limita la posibilidad de establecer si las actividades formativas contribuyen al fortalecimiento de las competencias del personal asistencial para el manejo seguro de los equipos biomédicos y a la mitigación del riesgo de fallas asociadas al uso inadecuado de la tecnología.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA**
RIESGO ASOCIADO	**R1. Probabilidad de afectación reputacional, por Falla de equipos biomédicos, debido a: Falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo, Uso inadecuado de la tecnología por parte de colaboradores y usuarios, Vida útil de la tecnología (equipos obsoletos), Falta de calibración de equipos (según aplique).**

CONTROLES DESVIADOS	6. El equipo de gestión biomédica realiza seguimiento mensual al cumplimiento del cronograma de calibración a través de revisión de informes presentados por el proveedor de calibración de la empresa; si existe alguna novedad en la revisión de los informes se envía correo electrónico al proveedor.
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se revisó el seguimiento al cumplimiento del cronograma de calibración de equipos biomédicos, evidenciando que, de acuerdo con la información registrada en ALMERA, el indicador presentó un cumplimiento inferior a la meta establecida del 90 % en abril de 2026, con un resultado de 73,8 % (248 de 336 actividades programadas). Para los demás meses reportados, se registraron cumplimientos del 100 % en marzo, 96,58 % en mayo y 97,30 % en junio. Adicionalmente, al contrastar la información registrada en ALMERA con los informes presentados por el proveedor de calibración, se identificaron diferencias en los datos correspondientes al mes de junio de 2026. Mientras que en ALMERA se reportaron 222 actividades programadas y 216 ejecutadas, el informe del proveedor registró 218 actividades programadas y 210 ejecutadas. Lo anterior evidencia debilidades en la consistencia y conciliación de la información utilizada para realizar el seguimiento al cumplimiento del cronograma de calibración, lo que dificulta verificar los resultados reportados y establecer con certeza el cumplimiento de las actividades programadas.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA**
RIESGO ASOCIADO	**R3. Posibilidad de afectación reputacional, por falla en la prestación del servicio administrativo y asistencial ante la no disponibilidad de equipos de comunicaciones y sistemas , debido a: falta de seguimiento a la ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de comunicaciones y sistemas, incumplimiento en el cronograma de mantenimiento preventivo por parte del proveedor, no disponibilidad de repuestos por parte del proveedor para los mantenimientos correctivos, falta de equipos para reposición inmediata**
CONTROLES DESVIADOS	2. El equipo de sistemas de información realiza seguimiento al cumplimiento de actividades de mantenimiento correctivo a través de revisión de informes presentados por el proveedor de mantenimiento

	correctivo de la empresa; si existe alguna novedad en la revisión de los informes se envía correo electrónico al proveedor.
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento al indicador relacionado con el mantenimiento correctivo de los equipos de comunicaciones y sistemas; sin embargo, a la fecha de la auditoría, no se evidenció su registro en el software ALMERA, lo que limitó la consulta y verificación de los resultados del seguimiento a través de esta herramienta. Por otra parte, se realizó una verificación aleatoria de mantenimientos correctivos ejecutados, identificando los respectivos soportes documentales y constatando que las actividades seleccionadas contaban con evidencia de su ejecución. Lo anterior evidencia oportunidades de mejora en la disponibilidad y trazabilidad de la información del indicador en ALMERA, con el fin de facilitar el seguimiento y la verificación del cumplimiento de las actividades de mantenimiento correctivo de los equipos de sistemas de información.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA**
RIESGO ASOCIADO	**R3. Posibilidad de afectación reputacional, por falla en la prestación del servicio administrativo y asistencial ante la no disponibilidad de equipos de comunicaciones y sistemas , debido a: falta de seguimiento a la ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de comunicaciones y sistemas, incumplimiento en el cronograma de mantenimiento preventivo por parte del proveedor, no disponibilidad de repuestos por parte del proveedor para los mantenimientos correctivos, falta de equipos para reposición inmediata**
CONTROLES DESVIADOS	3. El equipo de gestión de sistemas de información realiza seguimiento mensual al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a través de revisión de informes presentados por el proveedor de mantenimiento preventivo de la empresa; si existe alguna novedad en la revisión de los informes se envía correo electrónico al proveedor.
ESTADO	**INCUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento al indicador de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos informáticos, cuya meta establecida es del 95 %. Para el periodo evaluado, se identificaron resultados inferiores a la meta en las siguientes sedes:

	Sede Administrativa, 86,3 %; Red Occidente, 94,26 %; y Red Oriente, 83,97 %. Por su parte, la Red Norte alcanzó un cumplimiento del 95,45 % y la Red Sur del 97,44 %. Adicionalmente, al verificar el cálculo del indicador de la Sede Administrativa y contrastar la información registrada en ALMERA con los informes presentados por el proveedor, se identificaron diferencias en las cantidades reportadas. En ALMERA se registraron 146 equipos programados y 126 con mantenimiento ejecutado, mientras que el informe del proveedor reportó 148 equipos programados y 122 con mantenimiento realizado. Frente a estas diferencias, el proceso manifestó que podrían corresponder a equipos de cómputo que actualmente no se encuentran en uso; sin embargo, esta explicación requiere validación para establecer su correspondencia con los registros y determinar su incidencia en el cálculo del indicador. Lo anterior evidencia debilidades en el cumplimiento de la meta del indicador en tres sedes, así como en la consistencia y conciliación de la información utilizada para el seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo, lo que dificulta verificar la confiabilidad de los resultados reportados y establecer con certeza el cumplimiento de las actividades programadas.

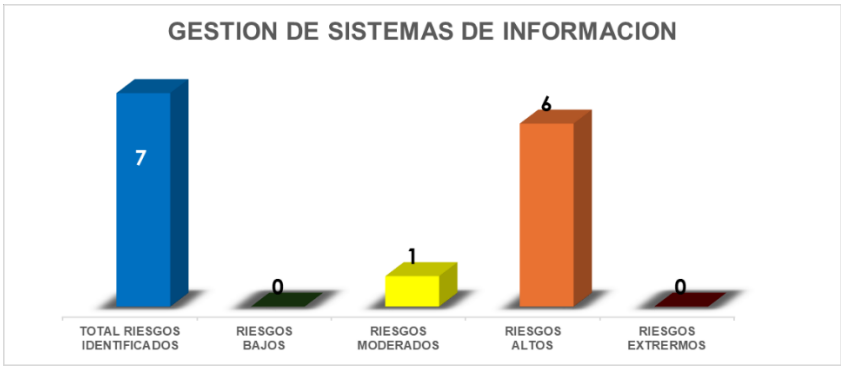
RECOMENDACIONES:

- Se recomienda complementar los reportes de indicadores con su respectiva descripción y análisis de resultados, incluyendo, cuando corresponda, las variaciones frente a la meta establecida y las acciones requeridas, con el fin de facilitar su interpretación y fortalecer el seguimiento al desempeño de los procesos.

GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

RIESGOS IDENTIFICADOS

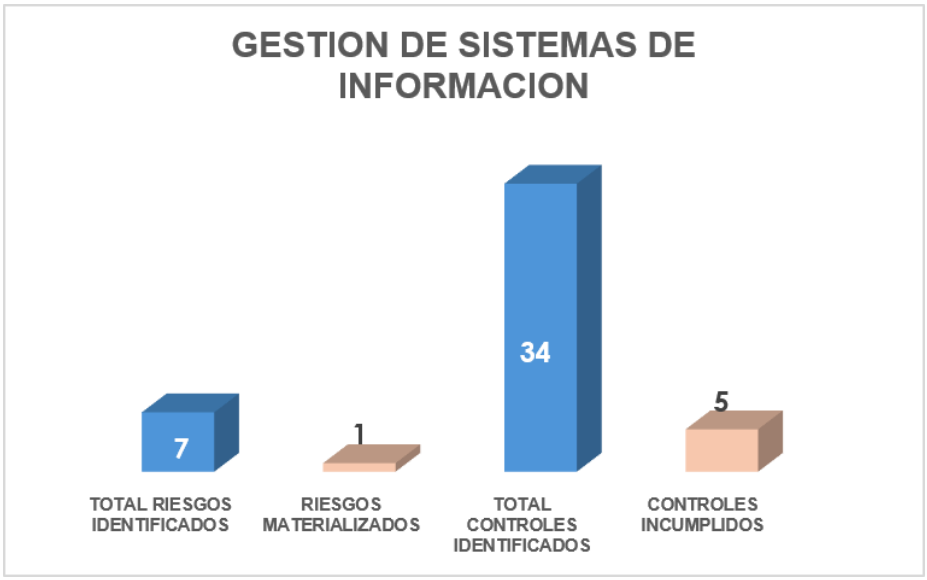
A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Sistemas de Información.



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

- ✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

  Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:



RIESGOS MATERIALIZADOS	
PROCESO	**GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACION**
RIESGOS MATERIALIZADOS	**R2: Posibilidad de pérdida de confidencialidad y disponibilidad de la información, por falla de equipos de computo, mal funcionamiento de los equipos, infección por virus informático (Spyware / Malware), fallas de energía/picos de voltaje, altas temperaturas, debido a: mantenimiento insuficiente, sin cronograma o registro documental, ausencia de reposición tecnológica, falta de equipos de refrigeración y/o inconvenientes por humedad (Polvo y Suciedad),descarga y uso no controlado de software, ausencia de antivirus, actualizaciones automáticas, uso inadecuado de equipos de cómputo.**
ESTADO	**MATERIALIZADO**
HALLAZGO	Se identificó la materialización del riesgo asociado a la pérdida de disponibilidad de la información, con ocasión del evento ocurrido el 13 de mayo de 2026, cuando se presentó la indisponibilidad del sistema SIOS y de la Historia Clínica Electrónica entre las 9:14 a. m. y las 12:40 p. m. De acuerdo con el informe de cierre de la contingencia, el evento se originó por el agotamiento del espacio de almacenamiento en un nodo del clúster Hyper-V, lo que impidió la inicialización de la máquina virtual encargada de gestionar la base de datos de SIOS. El servicio fue restablecido mediante la ampliación de la capacidad de almacenamiento y la recuperación de la máquina virtual. Lo anterior evidencia la importancia de implementar y verificar la efectividad de las medidas preventivas orientadas a garantizar la capacidad suficiente de almacenamiento y el monitoreo oportuno de la infraestructura tecnológica, con el fin de prevenir nuevos eventos que puedan generar interrupciones en los sistemas de información y afectar la continuidad de los servicios institucionales.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**
RIESGO ASOCIADO	**R1. Posibilidad de pérdida de integridad por modificaciones no autorizadas, vulneración de datos reservados, Infección por virus informático (Spyware / Malware), debido a: Contraseñas no seguras, ausencia de mecanismos de autenticación avanzada o multifactorial (MFA), ausencia de bloqueos de sesión, ausencia de políticas de control de acceso**

CONTROLES DESVIADOS	3. El administrador de directiva de grupos del directorio activo, de manera automática bloquea los usuarios que han intentado acceder más de tres veces con la contraseña errónea a través de la política del directorio activo implementada (GPOs), en el directorio activo queda registrada la evidencia de los usuarios que intentaron acceder.
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento a la aplicación de la política de bloqueo de usuarios configurada en el directorio activo mediante las directivas de grupo (GPOs). Sin embargo, no fue posible verificar los registros de los usuarios que intentaron acceder con contraseñas erróneas, debido a que el proceso no presentó los soportes correspondientes. Según lo informado, esta situación se relaciona con cambios de personal y con la ausencia de un usuario administrador definido. Esta situación limita la trazabilidad y el análisis de los intentos fallidos de acceso, dificultando la identificación de patrones de intentos reiterados y la evaluación de posibles eventos que puedan comprometer la seguridad de la información institucional.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**
RIESGO ASOCIADO	**R2. Posibilidad de pérdida de la confidencialidad y disponibilidad de la información por falla de los equipos de cómputo, mal funcionamiento de los equipos e infección por virus informático, debido a mantenimiento insuficiente, ausencia de reposición tecnológica, falta de equipos de refrigeración y/o inconvenientes por humedad, polvo o suciedad, descarga y uso no controlado de software, ausencia de virus, uso inadecuado de equipos de computo** **R5. Posibilidad de pérdida de confidencialidad y disponibilidad de la información por copia Fraudulenta de Software con malware, infección por virus informático (Spyware/Malware), falla de los sistemas de información, infracción legal, errores de software, instalación no autorizada de software. uso no autorizado de software, configuraciones inseguras por defecto debido a: Descarga y uso no controlado de software, ausencia de copias de seguridad sin prueba de restauración, ausencia de antivirus, ausencia de validación de licenciamiento e inventario de licencias, mantenimiento insuficiente, ausencia de políticas de restricción de software.**

CONTROLES DESVIADOS	1, 5. El supervisor del contrato de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de comunicaciones y sistemas verifica que se haya ejecutado el mantenimiento por parte del contratista a través del informe que envía el proveedor y la firma del registro a satisfacción de los mantenimientos por parte de los técnicos de sistemas.
ESTADO	**INCUMPLIDO (2)**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento a la ejecución de los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos de comunicaciones y sistemas, identificando las siguientes situaciones: En relación con el mantenimiento preventivo, se revisó el indicador de cumplimiento del cronograma, cuya meta establecida es del 95 %. Para el periodo evaluado, se identificaron resultados inferiores a la meta en la Sede Administrativa (86,3 %), la Red Occidente (94,26 %) y la Red Oriente (83,97 %). Por su parte, la Red Norte alcanzó un cumplimiento del 95,45 % y la Red Sur del 97,44 %. Adicionalmente, al verificar el cálculo del indicador de la Sede Administrativa y contrastar la información registrada en ALMERA con los informes presentados por el proveedor, se identificaron diferencias en las cantidades reportadas. En ALMERA se registraron 146 equipos programados y 126 con mantenimiento ejecutado, mientras que el informe del proveedor reportó 148 equipos programados y 122 con mantenimiento realizado. Frente a estas diferencias, el proceso manifestó que podrían corresponder a equipos de cómputo que actualmente no se encuentran en uso; sin embargo, esta explicación requiere validación para establecer su correspondencia con los registros y determinar su incidencia en el cálculo del indicador. Por otra parte, respecto al mantenimiento correctivo, no se evidenció el registro del indicador correspondiente en el software ALMERA a la fecha de la auditoría, lo que limitó la consulta y verificación de los resultados del seguimiento a través de esta herramienta. No obstante, en la verificación aleatoria de los mantenimientos correctivos seleccionados se identificaron soportes documentales que evidencian la ejecución de las actividades revisadas. Las situaciones identificadas evidencian oportunidades de mejora en el seguimiento al cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo, la conciliación de la información reportada y la disponibilidad de los resultados del indicador de mantenimiento correctivo en ALMERA. Lo anterior limita la verificación integral del cumplimiento de las actividades programadas y la confiabilidad de la información utilizada para el seguimiento a la gestión de mantenimiento de los equipos de comunicaciones y sistemas.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**
RIESGO ASOCIADO	**R7. Posibilidad de afectación de credibilidad e imagen institucional por la desinformación a los grupos de interés, Debido a difusión de noticias falsas, información incompleta entregada por la Empresa, inoportunidad en la entrega de la información, ausencia de medios y canales de comunicación.**
CONTROLES DESVIADOS	1. El líder del proceso valido que la información requerida cumpla con las especificaciones solicitadas para su publicación. En caso de los comunicados de prensa, estos son validados por la gerencia antes de ser publicados.
ESTADO	**INCUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría no se evidenciaron soportes de la validación realizada por los líderes de los procesos a la información generada por el área de Comunicaciones para su publicación. Asimismo, para los comunicados de prensa correspondientes a la vigencia auditada, no se identificaron evidencias de aprobación por parte de la Gerencia, conforme a lo establecido en el control. Lo anterior limita la trazabilidad de las revisiones y aprobaciones efectuadas antes de la publicación de la información institucional, dificultando verificar que esta haya sido validada de acuerdo con las especificaciones requeridas y que los comunicados de prensa hayan contado con la aprobación correspondiente.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**
RIESGO ASOCIADO	**R7. Posibilidad de afectación de credibilidad e imagen institucional por la desinformación a los grupos de interés, Debido a difusión de noticias falsas, información incompleta entregada por la Empresa, inoportunidad en la entrega de la información, ausencia de medios y canales de comunicación.**
CONTROLES DESVIADOS	3. El grupo de comunicaciones, anualmente, realiza o actualiza la matriz de comunicaciones para brindar información institucional a las partes interesadas.
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se verificó el Plan de Comunicaciones actualizado para la vigencia 2026, en el cual se contemplan los grupos de interés

	institucionales. Asimismo, se evidenció la existencia de una matriz de necesidades de comunicación con actividades priorizadas. No obstante, se identificó que la publicación de un video sobre los deberes y derechos de los usuarios no se encuentra documentada en la matriz de comunicaciones. Adicionalmente, en dicha matriz se encuentra registrada la necesidad de comunicación relacionada con los deberes y derechos de niños, niñas y adolescentes; sin embargo, no fue posible verificar que la publicación correspondiente se hubiera realizado en la fecha prevista. Lo anterior evidencia oportunidades de mejora en la trazabilidad y el seguimiento de la matriz de comunicaciones, con el fin de facilitar la correspondencia entre las necesidades identificadas, las actividades priorizadas y las publicaciones realizadas, así como verificar el cumplimiento de las fechas programadas.

ACCIÓN INCUMPLIDA	
PROCESO	**GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION**
RIESGO ASOCIADO	**R3. Posibilidad de pérdida de confidencialidad y disponibilidad de la información por falla de la conectividad, falla de las telecomunicaciones, espionaje Remoto (Hackers), acceso no autorizado a conexiones VLAN, debido : Ausencia de cumplimiento de los niveles de servicio por parte de proveedor, ausencia de equipos para la protección externa (firewall) y detección de anomalías de tráfico, conexiones de red sin protección, sin segmentación de red o sin autenticación**
ACCIÓN	1. Elaborar e implementar formato para control y seguimiento de actividades realizadas por proveedores, incluyendo compromisos derivados de esa revisión.
ESTADO	**INCUMPLIDA**
RESULTADO	No se evidencia cumplimiento de la acción propuesta.

RECOMENDACIÓN

Con el propósito de fortalecer los controles asociados a la adquisición, asignación y administración de las licencias de antivirus, así como favorecer la eficiencia de los procesos involucrados, se recomienda:

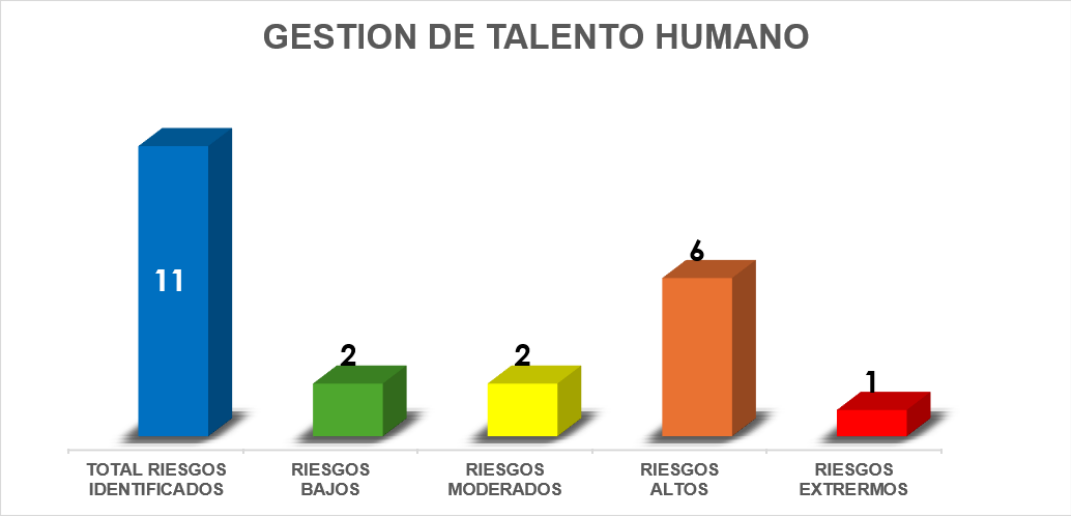
- Fortalecer la trazabilidad de las licencias de antivirus instaladas: analizar la correspondencia entre el número de licencias adquiridas e instaladas y los equipos de cómputo operativos de la entidad. Para ello, se recomienda complementar y mantener actualizado el inventario de equipos, y el inventario de licencias incorporando las placas de identificación que permitan cruzar esta información. Esto facilitará la identificación de posibles equipos operativos sin licencia, licencias asignadas a equipos fuera de servicio y eventuales diferencias entre las licencias disponibles y las requeridas.

- Revisar el procedimiento de registro y control de las licencias de antivirus: evaluar la pertinencia de continuar registrando el ingreso de las licencias de antivirus en las bodegas de Almacén, debido a que estas requieren renovarse anualmente, lo que puede desencadenar reprocesos relacionados con su registro en el sistema y generar diferencias en las conciliaciones entre Contabilidad y Almacén.

GESTION DEL TALENTO HUMANO

RIESGOS IDENTIFICADOS

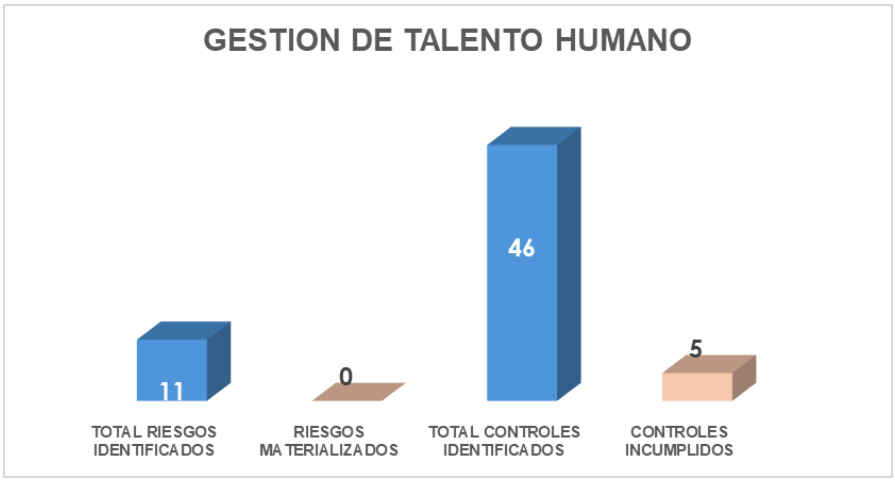
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:



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

- ✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:



CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**
RIESGO ASOCIADO	**R1. Posibilidad de afectación reputacional, por fallas en el desempeño del cargo, debido a no desarrollar la inducción general y específica, reinducción y capacitaciones programadas por la Entidad y debido a no realizar la evaluación al desempeño del cargo y competencias laborales**
CONTROLES DESVIADOS	1. Los líderes de proceso, realizan la evaluación anual de desempeño del personal a su cargo dependiendo del tipo de vinculación (carrera administrativa, libre nombramiento y remoción, provisionales, trabajadores oficiales, aliados estratégicos, planta temporal), implementando los 3 sistemas de evaluación: EDL, evaluación de competencias propio, acuerdos de gestión.
ESTADO	**INCUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento a las evaluaciones de desempeño registradas en la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) para las funcionarias Jenny Lorena Pantoja y Rosario Villalba, identificando las siguientes situaciones: Para el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2025 y el 31 de enero de 2026, se evidenció que la evaluación correspondiente al periodo del 1 de agosto de 2025 al 14 de enero de 2026 fue realizada por el señor Pablo Ruales Llano y registrada el 19 de febrero de 2026. No obstante, se identificó que el evaluador se había retirado de la entidad a partir del 15 de enero de 2026. Por su parte, la evaluación complementaria correspondiente al periodo del 15 al 31 de enero de 2026 fue realizada por la señora Ana Patricia Cajigas y registrada igualmente el 19 de febrero de 2026. Adicionalmente, para el periodo comprendido entre el 1 de febrero y el 31 de julio de 2026, se identificaron dos registros de evaluación: uno correspondiente al periodo del 1 de febrero al 30 de junio de 2026, realizado por la señora Ana Patricia Cajigas, y otro correspondiente al periodo del 1 al 31 de julio de 2026, realizado por la señora Carolina Rueda. En este último caso, se identificó una diferencia en el grado del empleo, dado que en el manual de funciones figura el grado 12, mientras que en la evaluación consultada en la CNSC aparece el grado 13. Lo anterior evidencia debilidades en la trazabilidad de las evaluaciones de desempeño y en la consistencia de la información registrada, particularmente en lo relacionado con las fechas de ejecución de las evaluaciones posterior a las fechas de retiro del personal evaluador y la

	correspondencia del grado del empleo entre el manual de funciones y los registros de la CNSC.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**
RIESGO ASOCIADO	**R2. Posibilidad de afectación reputacional por inoportunidad en la prestación del servicio por vacancia del cargo, debido a la no entrega del cargo del personal que se desvincula de la Entidad, debido a no contar con personal para suplir los cargos vacantes.**
CONTROLES DESVIADOS	1. Al momento de desvinculación del personal, el auxiliar administrativo de la Oficina de Talento Humano, informa a la persona desvinculada los trámites administrativos que debe realizar para quedar a paz y salvo con la entidad, dentro de los que se encuentra: el acta de entrega del cargo al jefe inmediato o a quien éste designe, para nivel directivo informe de gestion, paz y salvo; tal y como se establece en el procedimiento de retiro de personal.
ESTADO	**INCUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento al cumplimiento del procedimiento de retiro de personal, mediante la revisión de una muestra de cuatro colaboradores desvinculados durante el primer semestre de 2026. Como resultado, se identificaron las siguientes situaciones: - Fainy Díaz Luis Hernando (12982651): no se evidenció la comunicación de retiro dirigida a los grupos de interés. Asimismo, el documento de paz y salvo no contaba con la firma del colaborador y el acta de entrega del cargo no tenía diligenciado el campo correspondiente a la fecha de elaboración. - Deyanira Bados Daza (59836926): no se evidenció la comunicación de retiro dirigida a los grupos de interés ni el documento de paz y salvo. Adicionalmente, el acta de entrega del cargo no contenía el nombre, cargo ni firma del jefe inmediato. - Doris Lucía Martínez Arciniegas (27532174): se identificó una diferencia entre la fecha de finalización de actividades indicada en la carta de renuncia, a partir del 1 de abril de 2026, y la establecida en el acto administrativo de retiro No. 298, que señala el cese de actividades a partir del 16 de abril de 2026. Adicionalmente, en la comunicación de retiro a los grupos de interés no se evidenció la inclusión de las áreas de Sistemas, Almacén y Gestión Documental.

	- Ángela Daniela Rodríguez Goyes (1085283617): no se evidenció la comunicación de retiro dirigida a los grupos de interés. Asimismo, el acta de entrega del cargo no contenía el nombre ni el cargo del jefe inmediato en el espacio correspondiente a las firmas. Adicionalmente, se identificaron documentos que no se encontraban incorporados en las carpetas de los colaboradores al momento de la auditoría y que fueron aportados posteriormente por el proceso, lo que evidencia oportunidades de mejora en la organización y disponibilidad de los soportes documentales. Las situaciones identificadas evidencian debilidades en la verificación de los requisitos documentales establecidos en el procedimiento de retiro de personal, particularmente en la comunicación de las desvinculaciones a los grupos de interés, la formalización de las actas de entrega del cargo y la disponibilidad de los documentos de paz y salvo. Lo anterior evidencia oportunidades de fortalecimiento en la aplicación y el seguimiento del procedimiento, con el fin de garantizar la trazabilidad de las actividades realizadas durante el retiro del personal.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**
RIESGO ASOCIADO	**R3. Posibilidad de afectación reputacional por vinculación del personal sin cumplimiento de los requisitos legales debido a no realizar la verificación de los documentos y requisitos exigidos en el manual de funciones de la Entidad para vinculación de personal, Incumplimiento de los requisitos por parte del aspirante**
CONTROLES DESVIADOS	3. El profesional universitario y el técnico de historias laborales verifican el cumplimiento de requisitos mínimos establecidos en el manual de funciones de la Empresa a través de la revisión de la hoja de vida y diligenciamiento de la lista de chequeo de documentación para posesión
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se revisó la lista de chequeo de documentación para posesión correspondiente al ingreso del señor Jheiber Branller Dulce Muñoz (1085320661), evidenciando que fue diligenciada el 31 de diciembre de 2025, misma fecha del acto administrativo de nombramiento. No obstante, el examen médico ocupacional y la certificación emitida por el profesional de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) se realizaron el 2 de enero de 2026.

	Lo anterior evidencia una inconsistencia en la secuencia cronológica de las actividades de vinculación, frente a lo establecido en el procedimiento GTH-PD-36, que dispone que la certificación de SST debe realizarse antes de la expedición del acto administrativo de nombramiento. Esta situación refleja debilidades en la verificación de los requisitos previos a la vinculación mediante la lista de chequeo, lo que podría generar riesgos de incumplimiento normativo, afectar la trazabilidad del proceso y limitar la verificación de las condiciones de salud del trabajador antes de su ingreso a la entidad.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**
RIESGO ASOCIADO	**R4. Posibilidad de afectación reputacional por vulneración al derecho de encargo del personal de carrera administrativa, debido a la no aplicación del procedimiento de encargos.**
CONTROLES DESVIADOS	2. La comisión de personal vela porque la provisión de empleos se realice conforme a las normas y procedimientos.
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento a la ejecución del cronograma de reuniones de la Comisión de Personal, en el cual se establece una periodicidad mensual, de conformidad con la Resolución 981 de 2024. Sin embargo, durante la revisión documental únicamente se evidenciaron actas de reunión hasta abril de 2026, por lo que no fue posible verificar la realización de las reuniones correspondientes a los meses de mayo y junio de la misma vigencia. Esta situación limita la verificación del cumplimiento de las funciones de la Comisión de Personal en materia de vigilancia de la provisión de empleos conforme a las normas y procedimientos establecidos.

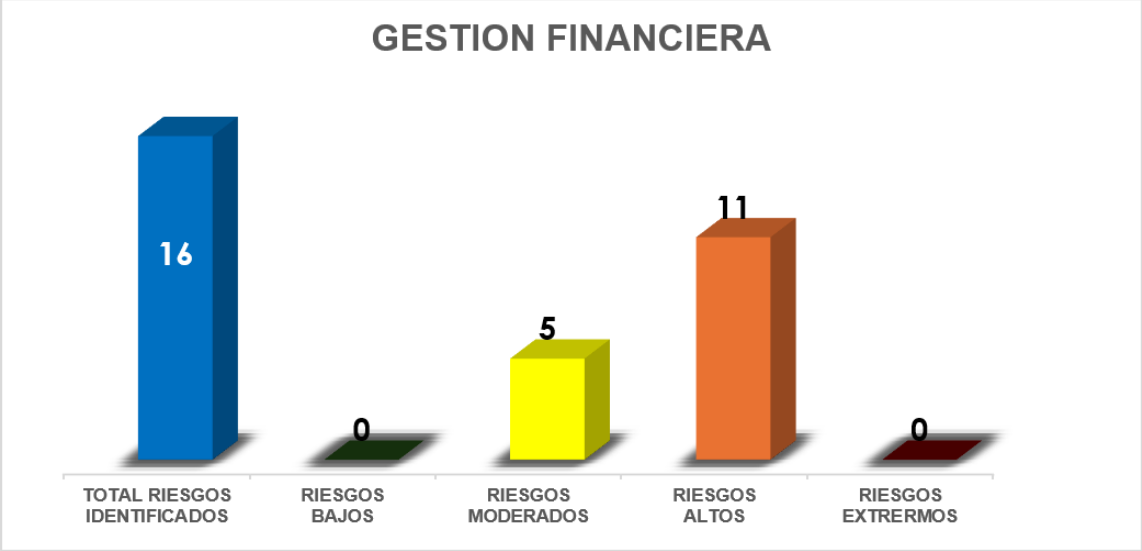
CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**
RIESGO ASOCIADO	**R10. Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público, por pago de viáticos y gastos de viaje y/o capacitaciones sin autorización por parte de jefe inmediato y gerencia, debido a tramites por solicitud verbal sin soportes de aprobación**

CONTROLES DESVIADOS	3. El funcionario entrega a la oficina de talento humano las certificaciones de permanencia y certificados de capacitaciones para validación del cumplimiento de lo encomendado
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento a tres solicitudes de viáticos presentadas por la funcionaria Laura Ximena Sandoval durante la vigencia 2026, identificando las siguientes situaciones: - Solicitud de marzo de 2026: correspondiente a una capacitación programada para abril, autorizada mediante la Resolución 217 de marzo de 2026. Durante la auditoría no se encontró en el expediente físico el certificado de la capacitación; sin embargo, el documento fue aportado posteriormente por el proceso. - Solicitud de mayo de 2026: autorizada mediante la Resolución 266 de mayo de 2026. La capacitación fue aplazada por factores externos. - Solicitud de junio de 2026: autorizada mediante la Resolución 491 de junio de 2026. Durante la auditoría no se encontraron en el expediente físico la solicitud de autorización de asistencia a la capacitación ni el certificado correspondiente; no obstante, estos soportes fueron aportados posteriormente por el proceso. Durante la auditoría se evidenció que los certificados de asistencia a las capacitaciones no se encontraban disponibles inicialmente en los expedientes revisados y fueron aportados durante el desarrollo de la auditoría. Lo anterior, teniendo en cuenta que las resoluciones de autorización establecen un plazo de diez días posteriores al evento para la entrega de los soportes al área de Talento Humano, evidencia oportunidades de mejora en el seguimiento a la entrega y disponibilidad de la documentación requerida para verificar el cumplimiento de las actividades autorizadas.

GESTION FINANCIERA

RIESGOS IDENTIFICADOS

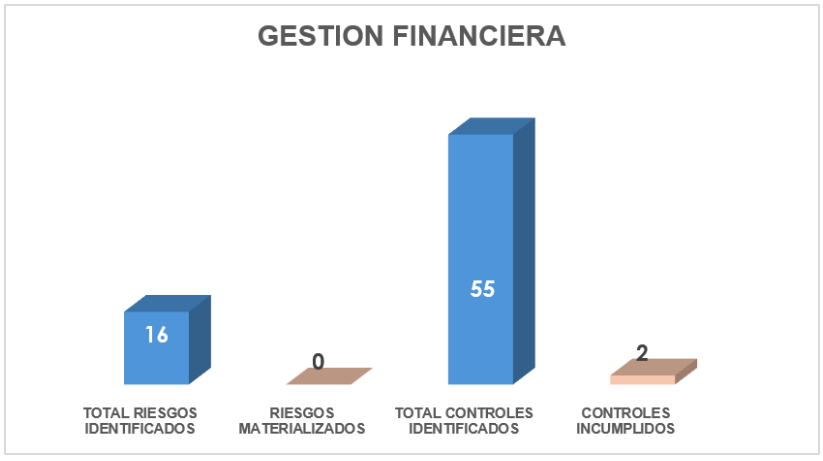
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación



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

- ✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:



CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN FINANCIERA**
RIESGO ASOCIADO	**R14. Posibilidad de afectación reputacional por Estados financieros no confiables debido a inconsistencias por información incompleta, inoportuna y/o errada suministrada por los diferentes procesos e incumplimiento del manual de políticas contables y demás normas que regulen.**
CONTROLES DESVIADOS	2. El profesional universitario, realiza conciliaciones entre dependencias (Almacén, Farmacia, Facturación, Cartera, Talento Humano, Tesorería) a través del aplicativo SIOS e información entregada por Dependencias.
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento a las conciliaciones entre dependencias correspondientes al periodo de enero a junio de 2026, relacionadas con medicamentos, material médico-quirúrgico y odontológico, y elementos de consumo y consumo controlado, identificando las siguientes situaciones: 1. Conciliación de medicamentos, material médico-quirúrgico y odontológico Se identificaron diferencias en las siguientes cuentas contables: - Enero de 2026: cuenta 151060 – Medicamentos, por valor de $2.945.551. - Abril de 2026: cuenta 151404 – Material quirúrgico, por valor de $11.624.982. 2. Conciliación de elementos de consumo Durante los meses de enero a abril de 2026 se identificaron novedades relacionadas con elementos de sistematización, útiles de escritorio, dibujo y fotocopiado, y dotación. Según la información revisada, estas novedades fueron subsanadas en mayo de 2026. No obstante, en junio se identificaron nuevas novedades relacionadas con materiales e insumos de laboratorio clínico y otros materiales y suministros, que, de acuerdo con lo consignado en las actas de conciliación, podrían estar asociadas a compras realizadas mediante caja menor. 3. Conciliaciones de elementos de consumo controlado: Se evidencian con las siguientes diferencias - Enero: $18.216.824.

	- Febrero: $20.148.702. - Marzo: $9.999.383. - Abril: $13.939.959. - Mayo: $11.111.696. - Junio: $232.038. Las situaciones identificadas evidencian la persistencia de diferencias y novedades en las conciliaciones entre dependencias, algunas de las cuales fueron subsanadas durante el periodo evaluado, mientras que otras se presentaron en meses posteriores. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de fortalecer el seguimiento a las diferencias identificadas, con el fin de asegurar su aclaración, depuración y ajuste oportuno, según corresponda, y contribuir a la confiabilidad de la información utilizada para la elaboración de los estados financieros.

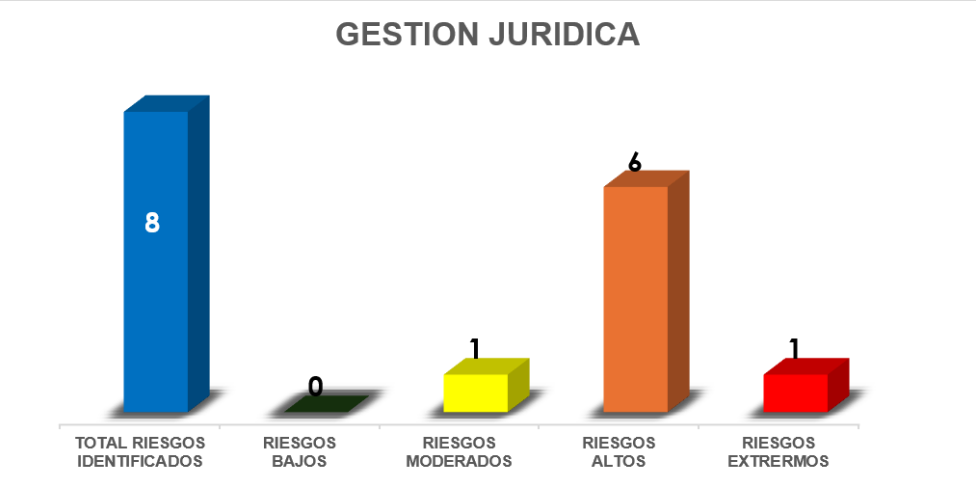
CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN FINANCIERA**
RIESGO ASOCIADO	**R9. Posibilidad de efectos dañoso sobre recursos públicos por inadecuada gestión de glosas, debido a inoportunidad en la entrega de la respuesta a glosas a las diferentes ERP, pérdida de información soporte de la respuesta y conciliación de glosas, y cambios en la normatividad legal vigente con relación a la gestión de glosas.**
CONTROLES DESVIADOS	2. El profesional especializado de la salud área de auditoría y profesionales universitarios de auditoria, aplican el procedimiento de gestión de glosas
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó seguimiento a la aplicación del procedimiento de gestión de glosas, mediante la revisión de tres glosas correspondientes a Nueva EPS, identificando que las siguientes no se encontraban registradas en la matriz inicial de glosas: - FEPS 1794854: correspondiente a una glosa relacionada con el código 545, por servicio no pactado. Según la información revisada, la glosa fue respondida dentro de los términos correspondientes y posteriormente conciliada. - FEPS 1800288: relacionada con diferencias de facturación por tarifas. Se evidenció que la glosa fue respondida y conciliada por valor de $197.495. - FEPS 1854695: relacionada con un medicamento que, según la información suministrada, no se encontraba contratado con la

	IPS. La glosa no fue aceptada por extemporaneidad y posteriormente se adelantó el proceso de conciliación. Adicionalmente, el líder del proceso informó que el procedimiento de gestión de glosas se encuentra pendiente de actualización debido a los cambios normativos. Las situaciones identificadas evidencian oportunidades de mejora en el registro y seguimiento de las glosas, con el fin de fortalecer la trazabilidad de su gestión y facilitar el control sobre las respuestas, conciliaciones y demás actuaciones adelantadas por el proceso.

GESTION JURIDICA

RIESGOS IDENTIFICADOS

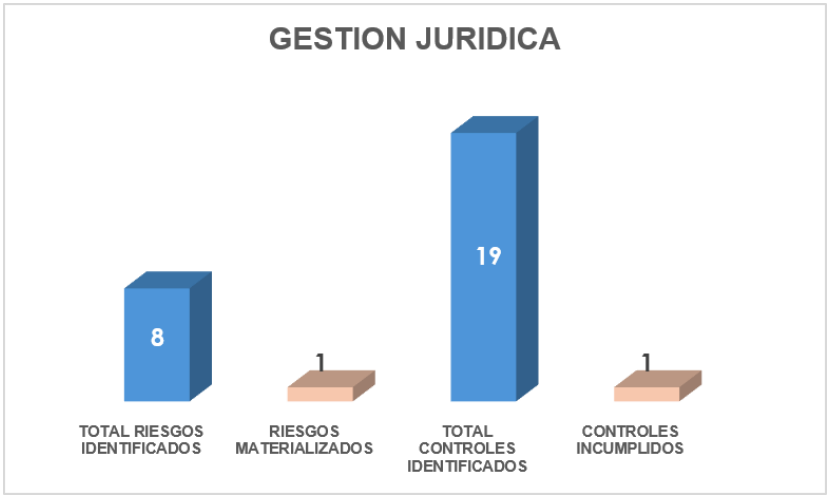
El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación.



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

- ✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación**:**

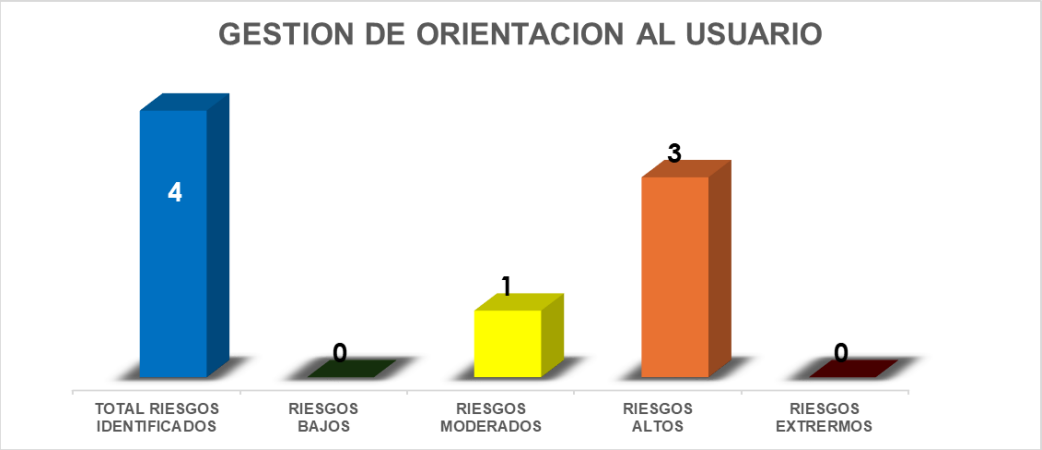


RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	**GESTION JURIDICA**
RIESGO MATERIALIZADO	**R5. Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos por, Incumplimiento de los términos para la liquidación de los contratos debido a: Debilidades en el seguimiento y gestión de la etapa poscontractual por parte de los responsables de la supervisión contractual.**
ESTADO	**MATERIALIZADO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó una revisión aleatoria de contratos de la vigencia 2026 que, de acuerdo con los términos establecidos en el Protocolo de Supervisión e Interventoría PT-SI-23, deberían encontrarse liquidados. Como resultado, se identificaron los siguientes contratos pendientes de liquidación: - Contrato de prestación de servicios No. 0148, suscrito con Diego David Torres Luna, con fecha de terminación del 16 de febrero de 2026. - Contrato de prestación de servicios No. 0011, suscrito con María Alejandra Díaz Burgos, con fecha de terminación del 31 de marzo de 2026. - Contrato de prestación de servicios No. 0203, suscrito con Linda Katheryne Rosero Carrillo, con fecha de terminación del 19 de marzo de 2026. Adicionalmente, de acuerdo con lo informado por el proceso jurídico, para la vigencia 2025 se encuentra pendiente de liquidación aproximadamente el 50 % de los contratos. Estas situaciones evidencian la persistencia de contratos pendientes de liquidación y la materialización del riesgo asociada al incumplimiento de los términos establecidos para esta etapa contractual. Frente a esta situación, el proceso informó que se encuentra desarrollando y fortaleciendo un plan de mejoramiento orientado a reforzar, con los supervisores contractuales, el cumplimiento de las actividades requeridas para la liquidación definitiva de los contratos.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN JURIDICA**
RIESGO ASOCIADO	**R2. Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos por, Publicación extemporánea o incompleta de la información contractual en las plataformas SECOP II y SIA Observa, debido a: Debilidades en el seguimiento y control de los términos para la publicación de la información contractual en las plataformas SECOP II y SIA Observa.**
CONTROLES DESVIADOS	3. Los profesionales de la Oficina Jurídica responsables de cada contrato realizan el cargue oportuno y completo de la información contractual en las plataformas SECOP II y SIA Observa, verificando que los documentos exigidos se publiquen dentro de los términos establecidos en la normatividad vigente, con el fin de garantizar el cumplimiento del principio de publicidad.
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	El control se cumple parcialmente, teniendo en cuenta que, si bien se han presentado avances en la oportunidad del cargue de la información contractual en las plataformas SECOP II y SIA Observa, durante el periodo evaluado aún se identificaron contratos cuya información fue publicada de manera extemporánea, como se detalla a continuación: - Enero: de 345 contratos, 9 fueron cargados extemporáneamente. - Abril: de 91 contratos, 3 fueron cargados extemporáneamente. - Mayo: de 125 contratos, 13 fueron cargados extemporáneamente. Esta situación evidencia que persisten oportunidades de mejora en el seguimiento y control de los términos establecidos para la publicación de la información contractual y generar el riesgo de incumplimiento de las disposiciones aplicables.

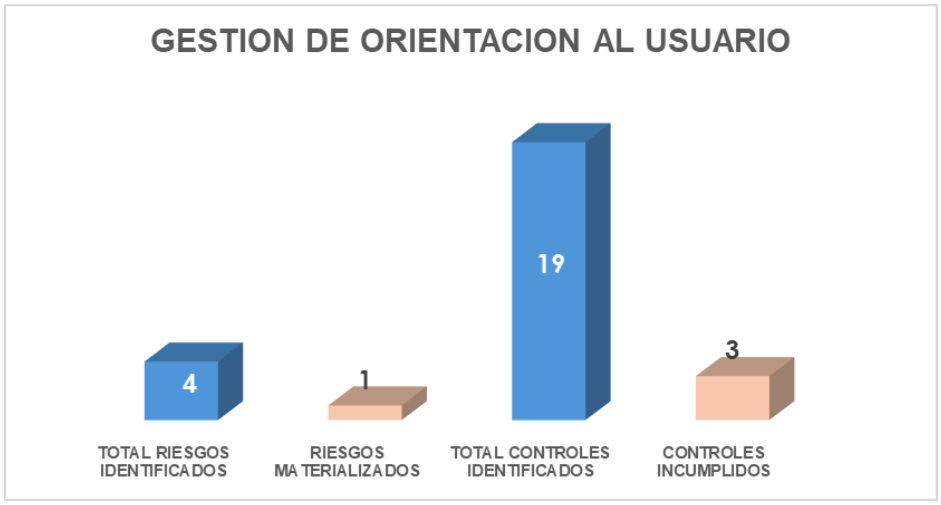
GESTION Y ORIENTACIÓN AL USUARIO

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



✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:



RIESGO MATERIALIZADO	
PROCESO	**GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO**
RIESGO MATERIALIZADO	**R2. Posibilidad de afectación reputacional, por Respuesta inoportuna y no resolutiva a las quejas, reclamos, y denuncias, debido a: No adherencia al procedimiento de PQRSFD´d por parte de las auxiliares administrativas SIAU, Demoras en la revisión/aprobación y firma de las respuestas por parte de los Directores Operativos y el personal involucrado, incremento en el volumen de PQRS recibidas en el periodo.**
ESTADO	**MATERIALIZADO**
HALLAZGO	Durante la auditoría se realizó una revisión aleatoria de las PQRSFD presentadas por los usuarios de los servicios de la entidad, identificando casos en los que las respuestas superaron el término de 15 días hábiles establecido para su atención, conforme a los criterios utilizados en la revisión: - PQRSFD No. 96444 – Red Occidente: presentada por la usuaria Sandra Milena Vélez el 4 de enero de 2026 y respondida el 29 de enero de 2026, con una demora de 18 días hábiles. - PQRSFD No. 125564 – Red Occidente: presentada por la usuaria Paola Villareal Botina el 11 de junio de 2026 y respondida el 10 de julio de 2026, con una demora de 19 días hábiles. Adicionalmente, se revisó el formato de Consolidado y Seguimiento de PQRSFD del mes de marzo, identificando diferencias entre los plazos registrados en estos formatos (15 días hábiles) y los calculados a partir de las fechas de presentación y respuesta:

No. RADICADO EN ORFEO	FECHA DE APERTURA DE BUZÓN	FECHA DE LA PQRSFD - d´	SEDE	RESPUESTA			OPORTUNIDA RESPUEST.	
				Fecha Oficio Respuesta PQRSF	Comunicación Oficial con fecha recido por el Usuario	Pendiente de tramite	No. Días	Si
101844	5/03/2026	5/06/2026	TAMASAGRA	30/03/2026	30/03/2026	No	15	X
106374	5/03/2026	5/03/2026	TAMASAGRA	9/04/2026	9/04/2026	No	15	x

- PQRSFD No. 101844 – Tamasagra: presentada por el usuario Javier Ortega el 5 de marzo de 2026 y respondida el 30 de

	marzo de 2026. En el formato de seguimiento se registraron 15 días; sin embargo, al contrastar las fechas, se determinó una demora de 16 días hábiles. - PQRSFD No. 106374 – Tamasagra: presentada por la usuaria María Eugenia Villota el 5 de marzo de 2026 y respondida el 9 de abril de 2026. En el formato de seguimiento se registraron 15 días; no obstante, la verificación de las fechas permitió establecer una demora de 22 días hábiles. Las situaciones identificadas evidencian la atención extemporánea de las PQRSFD en los casos revisados, así como inconsistencias en el registro de los tiempos de respuesta en los formatos de seguimiento. Lo anterior refleja debilidades en la oportunidad de atención y en el monitoreo de los términos establecidos, lo que puede afectar la satisfacción de los usuarios, la confianza en la entidad y su reputación institucional, materializando el riesgo identificado.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO**
RIESGO ASOCIADO	**R2. Posibilidad de afectación reputacional, por Respuesta inoportuna y no resolutiva a las quejas, reclamos, y denuncias, debido a: No adherencia al procedimiento de PQRSFD´d por parte de las auxiliares administrativas SIAU, Demoras en la revisión/aprobación y firma de las respuestas por parte de los Directores Operativos y el personal involucrado, incremento en el volumen de PQRS recibidas en el periodo..**
CONTROLES DESVIADOS	1. El profesional universitario SIAU verifica que las PQR sean gestionadas conforme al Procedimiento administrativo de PQRSFD´d- "GOU- PD- 29", realizando el seguimiento al cumplimiento de las actividades, tiempos de respuesta y calidad de la respuesta emitida, dentro del término legal establecido mediante la revisión del formato de consolidado (GOU-SPQ 439) y los soportes correspondientes de cada PQR recepcionada en cada sede. 2. El profesional universitario SIAU revisa mensualmente el contenido del Formato de consolidado de PQRSFD´d "GOU-SPQ 439", en el cual se registra las fechas desde la apertura del buzon, los formatos encontrados y el control de la fecha de respuesta con el fin de realizar seguimiento al cumplimiento de los tiempos establecido y evitar respuestas extemporaneas.

ESTADO	**INCUMPLIDOS (2)**
HALLAZGO	El control se incumple teniendo en cuenta que, durante la revisión de una muestra de PQRSFD, se identificaron casos en los que las respuestas superaron el término de 15 días hábiles establecido para su atención, así como diferencias entre los tiempos registrados en el formato de seguimiento y los calculados a partir de las fechas de presentación y respuesta, como se detalla a continuación: - PQRSFD No. 96444 – Red Occidente: presentada por la usuaria Sandra Milena Vélez el 4 de enero de 2026 y respondida el 29 de enero de 2026, con una demora de 18 días hábiles. - PQRSFD No. 125564 – Red Occidente: presentada por la usuaria Paola Villareal Botina el 11 de junio de 2026 y respondida el 10 de julio de 2026, con una demora de 19 días hábiles. - PQRSFD No. 101844 – Tamasagra: presentada por el usuario Javier Ortega el 5 de marzo de 2026 y respondida el 30 de marzo de 2026. En el formato de seguimiento se registraron 15 días; sin embargo, al contrastar las fechas, se determinó una demora de 16 días hábiles. - PQRSFD No. 106374 – Tamasagra: presentada por la usuaria María Eugenia Villota el 5 de marzo de 2026 y respondida el 9 de abril de 2026. En el formato de seguimiento se registraron 15 días; no obstante, la verificación de las fechas permitió establecer una demora de 22 días hábiles. Adicionalmente, se tomó como muestra el formato Consolidado y Seguimiento de PQRSFD correspondiente al mes de enero de 2026 de la Red Occidente, con el fin de verificar la clasificación de las solicitudes según su motivo. Como resultado, se identificó que, de cuatro solicitudes cuyo motivo correspondía a demora en la atención, dos fueron clasificadas como peticiones (incluida la PQRSFD No. 96444 con demoras en respuesta) y dos como reclamaciones. | No. RADICADO EN ORFEO	FECHA DE APERTURA DE BUZÓN	FECHA DE LA PQRSFD - d	SEDE	DATOS USUARIO (A)	MOTIVO	CLASIFICACION						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
				Nombres y Apellidos		P	Q	R	S	F	D	d
96444	13/01/2026	4/01/2026	SAN VICENTE	Sandra Milena Velez	Demora en la atención	1						
96424	13/01/2026	12/01/2026	SAN VICENTE	Elsa Mariela Castillo	Demora en la atención			1				
96894	22/01/2026	22/01/2026	SAN VICENTE	Gabriela Quiroz Molina	Demora en la atención			1				
96904	22/01/2026	22/01/2026	SAN VICENTE	Maria Fernanda Cabezas	Demora en la atención	1						

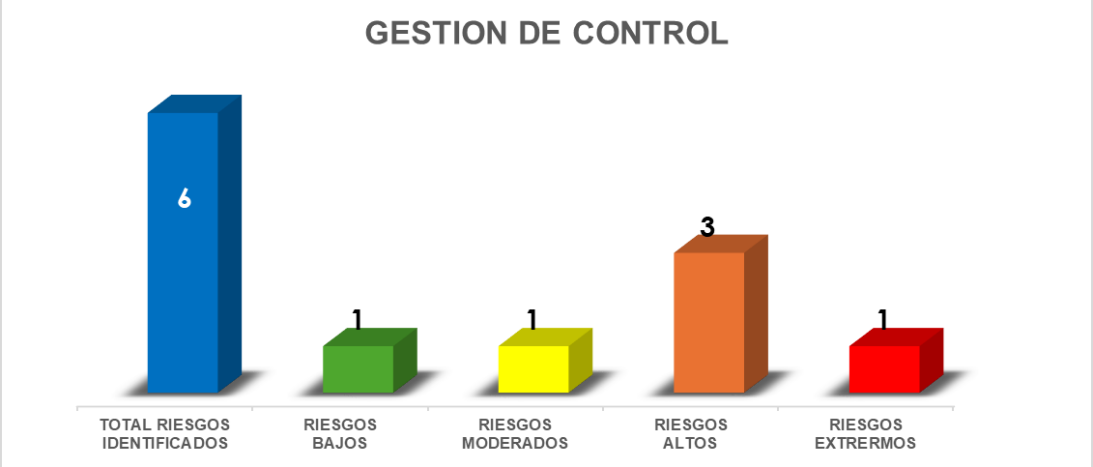
	Las situaciones identificadas evidencian debilidades en el seguimiento a los términos de respuesta y en la aplicación de criterios uniformes para la clasificación de las PQRSFD, lo que podría ocasionar demoras en su gestión y afectar el cumplimiento de los términos legalmente establecidos. Asimismo, dependiendo de la naturaleza de las solicitudes y de la normativa aplicable, la falta de respuesta oportuna podría dar lugar a consecuencias jurídicas, como la configuración del silencio administrativo positivo cuando corresponda, con posibles efectos desfavorables para los intereses de la entidad, además de afectar la satisfacción de los usuarios y la reputación institucional.

CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO**
RIESGO ASOCIADO	**R1. Posibilidad de afectación económica y reputaciones, por Asignación inoportuna y/o incorrecta de citas, debido a: Falta de análisis de la capacidad instalada en la empresa, prioridad de la modalidad contractual sobre la oportunidad en la prestación del servicio, falta de adherencia al procedimiento de asignación de citas por parte del personal y la falta de capacitación del personal en el sistema de información de asignación de citas**
CONTROLES DESVIADOS	1. Los directores operativos de red en conjunto con la subgerencia de salud e investigación realizan análisis de la capacidad instalada de la empresa, para poder hacer la destinación de los recursos necesarios para la prestación del servicio.
ESTADO	**NO VERIFICABLE**
HALLAZGO	Durante el desarrollo de la auditoría, la Oficina de Control Interno realizó gestiones de contacto con el responsable del control para efectuar su revisión y seguimiento, y solicitar las evidencias correspondientes. Sin embargo, no fue posible concretar el espacio de revisión.

GESTION DE CONTROL

RIESGOS IDENTIFICADOS

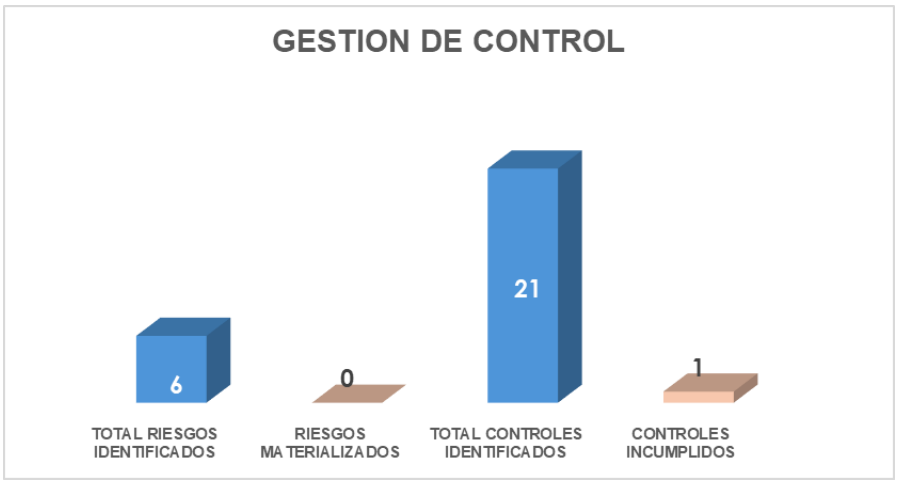
A continuación, se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Control.



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

- ✓ **RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS**

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:



CONTROL DESVIADO	
PROCESO	**GESTIÓN CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**
RIESGO SICOF ASOCIADO	**R3. Prescripción de los procesos**
CONTROL DESVIADO	1. El jefe de la oficina de juzgamiento de control interno disciplinario realiza autocontrol a través de la matriz de procesos de juzgamiento, en el cual se verifica los términos (vigencia y alertas) de cada proceso de manera permanente
ESTADO	**PARCIALMENTE CUMPLIDO**
HALLAZGO	Aunque se evidenció que el área cuenta con la matriz de procesos de juzgamiento con registros de términos de cada proceso, al contrastar la información registrada en la matriz con los expedientes físicos seleccionados para la auditoría, se identificaron diferencias en el estado de cuatro (4) procesos, los cuales figuraban como abiertos en la matriz de seguimiento, mientras que sus respectivos expedientes físicos se encontraban cerrados, así: Proceso 010 de 2019. Proceso 011 de 2019. Proceso 009 de 2020. Proceso 020 de 2020. Lo anterior evidencia un cumplimiento parcial del control, debido a que, si bien se realiza el seguimiento mediante la matriz de procesos de juzgamiento, la información registrada no se encuentra completamente actualizada y consistente con el estado evidenciado en los expedientes físicos. Esta situación puede generar debilidades en la trazabilidad y confiabilidad de la información utilizada para el seguimiento de los procesos, así como afectar la identificación oportuna de los procesos que efectivamente se encuentran vigentes disciplinarias y requieren seguimiento de sus términos, incrementando la posibilidad de que no se generen alertas oportunas frente a situaciones que puedan conducir a la prescripción de los procesos.

3.9. RIESGOS MISIONALES MATERIALIZADOS POR PROCESO

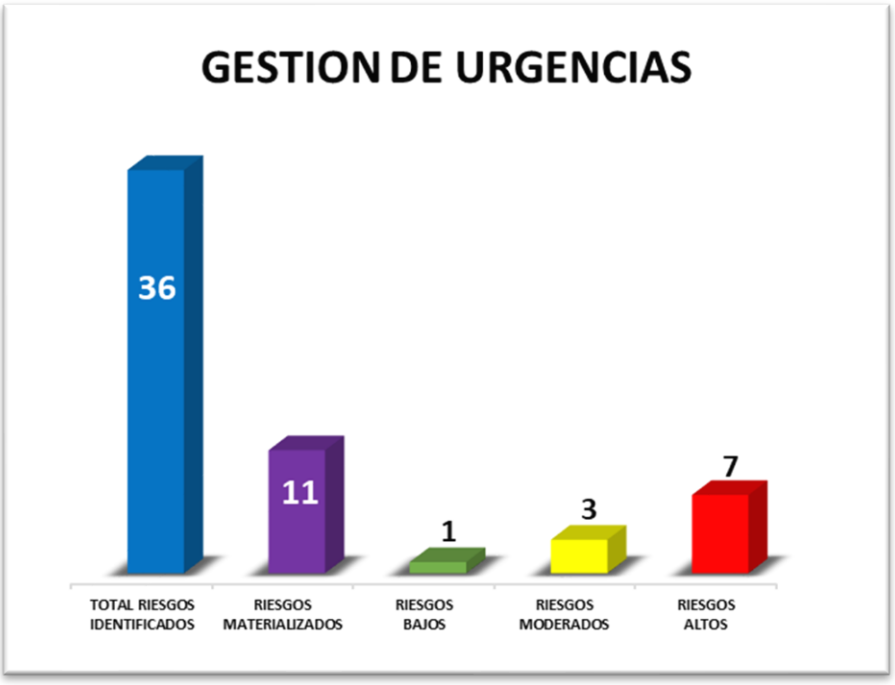
Para la totalización de los riesgos materializados por proceso se tomó en cuenta el conteo total de riesgos tanto asistenciales (específicos para cada proceso y transversales), como los riesgos clínicos y riesgos poblacionales que se describen en la matriz AMFE como se detalla en la siguiente tabla:

CONTEO RIESGOS POR PROCESO AMFE (2026)					
	ASISTENCIALES		CLINICOS	POBLACIONALES	TOTAL RIESGOS (Modos de falla)
	(Especificos)	(Transversales)			
HOSPITALIZACION	22	9	8	0	**39**
URGENCIAS	25	9	8	0	**42**
AMBULATORIOS	55	9	9	19	**92**
QUIRURGICA	36	9	8	2	**55**
IMAGENOLOGIA	8	6	0	0	**14**
LABORATORIO	27	5	0	0	**32**
FARMACIA	18	0	0	0	**18**
ATENCION COMUNITARIA	4	0	0	0	**4**
TOTAL	**195**	**47**	**33**	**21**	**296**

GESTION DE URGENCIAS

RIESGOS IDENTIFICADOS

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



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

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:

GESTION DE URGENCIAS (13 Eventos Adversos – 11 Riesgos Materializados)			
EVENTO ADVERSO	**1. E.A Moderado (No 202601852)** Paciente de 90 años, quien acude al servicio de urgencias por cuadro de gastroenteritis infecciosa (deposiciones diarreicas con moco), fue dada de alta con manejo para gastroenteritis infecciosa. Reconsulta al día siguiente con obstrucción intestinal asociado a loperamida (no indicada en gastroenteritis infecciosa), Se pasa sonda nasogástrica que produce aproximadamente 1.000 cc de líquido fecaloide. Paciente es hospitalizada. Una acción insegura fue: Anamnesis incompleta o inadecuada, con fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. Plan terapéutico no pertinente (loperamida) E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital Local Civil. **RED NORTE.**		
RIESGO MATERIALIZADO		**CALIFICACION**	**TIPO DE RIESGO**
Anamnesis e identificación de riesgos y necesidades al ingreso no pertinente o incompleta		ALTO	Asistencial
Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente		ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**2. E.A Leve (No 202601989)** Paciente masculino que presenta enrojecimiento y leve dolor a nivel de dorso de las 2 manos por venopunciones realizadas anteriormente. Se concluye Flebitis química en dorso de las 2 manos secundaria a administración intravenosa de claritromicina. Una acción insegura fue: Fallas en el procedimiento de venopunción. Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos. No adherencia al protocolo para el uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos y protocolo de reacciones adversas a medicamentos. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital Local Civil. **RED NORTE.**		
RIESGO MATERIALIZADO		**CALIFICACION**	**TIPO DE RIESGO**
Fallas en el uso de medicamentos		ALTO	Asistencial
Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente		ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**3. E.A Leve (No 202601990)** Paciente femenina que presenta leve edema, dolor y enrojecimiento en MMSS izquierdo y derecho a nivel de antebrazo y dorso de manos por venopunciones realizadas anteriormente. Se concluye Flebitis química secundaria a administración intravenosa de claritromicina. Una acción insegura fue: No adherencia al protocolo para el uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos y protocolo de reacciones adversas a medicamentos. No adherencia al procedimiento de venopunción. Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital Local Civil. **RED NORTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**4. E.A Leve (No 2026021001)** Paciente (habitante de calle) que ingresa por accidente de tránsito en calidad de peatón sufriendo trauma en pierna izq al ser golpeado por un carro. Se ordena Rx que no es tomada ya que el auxiliar de imagenología refiere que “no tiene quien le ayude”. Se da egreso con medicamentos para manejo en casa. Paciente reingresa al día siguiente por dolor, se toma Rx que reporta fractura oblicua del tercio distal de la diáfisis de la tibia. Una acción insegura fue: Fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. Deficiente comunicación entre el equipo de salud. Dx y plan terapéutico no pertinente. Fallas en la realización del plan de egreso. E.A ocurrido en el mes de Febrero de 2026, en el Hospital La Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO	Asistencial
Anamnesis e identificación de riesgos y necesidades al ingreso no pertinente o incompleta	ALTO	Asistencial
Fallas en la realización y/o entrega del plan de egreso al paciente	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**5. E.A Leve (No 2026031279)** Paciente que sufre heridas traumáticas en región frontal (2cm) y tórax (4cm), producto de riña callejera. Realizan sutura y dan manejo ambulatorio con antibiótico. Consulta 7 días después por cuadro de edema, rubor, aumento de temperatura local y salida de secreción purulenta en las 2 áreas suturadas. Se decide ingreso a observación para manejo intrahospitalario, administración de antibiótico, curaciones y toma de laboratorios pertinentes. Una acción insegura fue: Fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. Deficiente comunicación entre el equipo de salud. Dx y plan terapéutico no pertinente. Fallas en la realización del plan de egreso. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Hospital La Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	BAJO	Asistencial
Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Fallas en la realización y/o entrega del plan de egreso al paciente	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**6. E.A Leve (No 2026031244)** Paciente que re consulta en el servicio de urgencias en menos de 72h, presentando cuadro clínico compatible con abdomen agudo. Durante la valoración (en la reconsulta) se sospecha dx de apendicitis aguda y se decide remisión a la Clínica Corposalud para manejo Qx. En dicha institución se realiza apendicectomía. Una acción insegura fue: Anamnesis incompleta o inadecuada, deficiente examen físico. Fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Hospital La Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Anamnesis e identificación de riesgos y necesidades al ingreso no pertinente o incompleta	ALTO	Asistencial
Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO	Asistencial
Realización de examen físico incompleto	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**7. E.A Leve (No 2026031267)** Paciente que ingresa con HTA, antecedente de Hipertenso crónico. No se toma EKG oportunamente. En el turno siguiente se toma EKG que evidencia IAM. Paciente sale como urgencia vital. Una Acción Insegura fue: Error en la definición del plan de manejo o en la clasificación de triage. Falla en la ejecución del tratamiento indicado. Anamnesis incompleta o inadecuada, con fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo, Deficiente trabajo en equipo. Deterioro cardiovascular. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Error en la clasificación del triage	ALTO	Asistencial
Diagnóstico y plan terapéutico no pertinente	ALTO	Asistencial
Anamnesis e identificación de riesgos y necesidades al ingreso no pertinente o incompleta	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Deterioro cardiovascular	MEDIO	Clínico

EVENTO ADVERSO	**8. E.A Leve (No 2026041427)** Paciente en observación por síndrome anginoso asociado a arritmia idiopática y alteración persistente de la oxigenación a quien se le administra por error una dosis de carga de medicamento anti isquémico que había sido prescrita originalmente para otro paciente pero que no ocasiona complicaciones adicionales. Finalmente se decide remisión al HUDN. Una acción insegura fue: Fallas en la identificación inequívoca del paciente, debilidades en la comunicación del equipo de salud. Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos. E.A ocurrido en el mes de Abril de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Debilidad en la identificación del paciente	BAJO	Asistencial
Deterioro cardiovascular	MEDIO	Clínico

EVENTO ADVERSO	**9. E.A Leve (No 2026041438)** Paciente en observación por angina cardiaca asociado a arritmia idiopática y diminución persistente de la oxigenación a quien se le administra por error una dosis de carga de medicamento anti isquémico que había sido prescrita originalmente para otra paciente pero que no ocasiona complicaciones adicionales. Finalmente se decide remisión al HUDN. Una acción insegura fue: Fallas en la identificación inequívoca del paciente, debilidades en la comunicación del equipo de salud. Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos. E.A ocurrido en el mes de Abril de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR. (pendiente cambio de redacción en Almera, aparece exactamente igual al 041427)**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Debilidad en la identificación del paciente	BAJO	Asistencial
Deterioro cardiovascular	MEDIO	Clínico

EVENTO ADVERSO	**10. E.A Leve (No 2026051777)** Paciente con dx de cólico renal no especificado, que sufre caída desde su propia altura al intentar subirse sin ayuda en la camilla para la canalización y aplicación de medicamentos. Presenta herida en frente del lado dcho con necesidad de sutura. Una acción Insegura fue: No identificación del riesgo de caída. Anamnesis incompleta o inadecuada, con fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Exceso de confianza. Comunicación verbal y escrita deficiente o inexistente. Deficiente trabajo en equipo. E.A ocurrido en el mes de mayo de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Caídas del paciente	ALTO	Asistencial
Incompleta anamnesis y deficiente identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**11. E.A Leve (No 2026051650)** Error de la administración por vía incorrecta. Paciente femenina que posterior a mordedura de perro le fue aplicada vacuna/antitoxina tetánica (con jeringa de 1mL que no permite la administración intramuscular profunda). Posteriormente presentó dolor en región deltoidea dcha asociado a edema, eritema, inflamación y aumento de la temperatura local, con intensidad eva 4/10. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica. Prescripción incompleta de medicamentos o tratamientos. Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Deficiente trabajo en equipo. E.A ocurrido en el mes de mayo de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**12. E.A Leve (No 2026061976)** Error de la administración por vía incorrecta. Paciente femenina que posterior a mordedura de perro le fue aplicada vacuna/antitoxina tetánica (con jeringa de 1mL que no permite la administración intramuscular profunda). Posteriormente presentó dolor en región deltoidea dcha asociado a edema, eritema, inflamación y aumento de la temperatura local, con intensidad eva 4/10. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica. Prescripción incompleta de medicamentos o tratamientos. Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Deficiente trabajo en equipo. E.A ocurrido en el mes de junio de 2026, en el Centro de salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**13. E.A Leve (No 2026061929)** Personal de enfermería del turno nocturno realiza cerca de diez (10) intentos fallidos de punción venosa, la canalización y toma de muestras efectivas se realizó en el turno de la mañana. Esto generó un retraso de 10 horas y 18 minutos en la administración del tto (por orden médica ante la dificultad en el acceso venoso, se decidió administrar medicamentos intramusculares, fueron 3 pacientes en los que se presentó esta situación). Una acción insegura fue: Multipunción en paciente. Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Falla en la ejecución del tratamiento indicado. Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. Insuficiente entrenamiento para ejecutar una tarea específica, Técnica incorrecta en procedimiento asistencial, Comunicación incompleta con otro profesional, No solicitar ayuda o escalamiento oportuno. E.A ocurrido en el mes de Junio de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

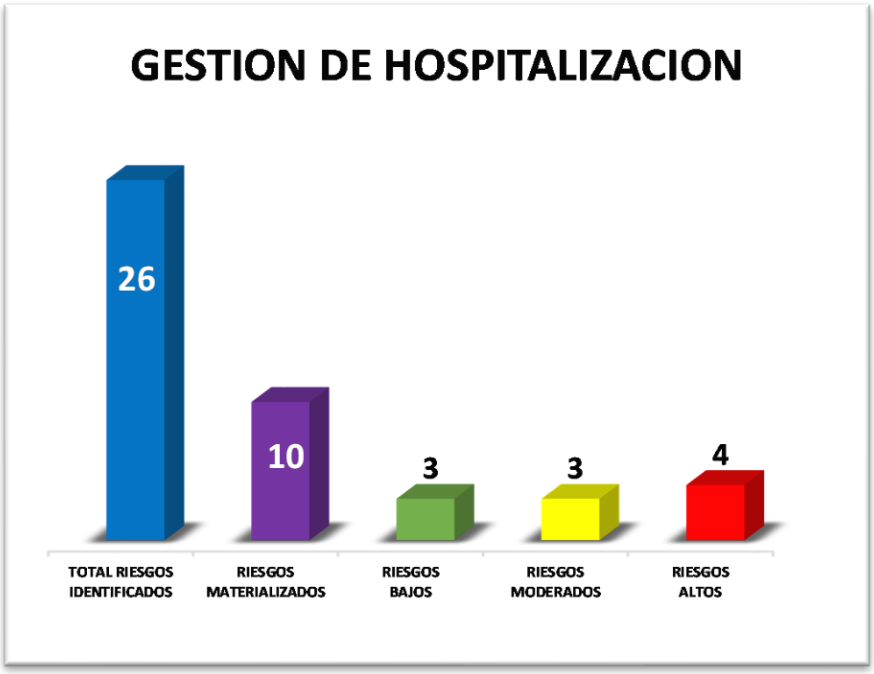
RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Deficiente elaboración y ejecución de plan de cuidados	MEDIO	Asistencial
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial

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

GESTION DE HOSPITALIZACION

RIESGOS IDENTIFICADOS

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



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

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación

GESTION DE HOSPITALIZACION (25 Eventos Adversos – 10 Riesgos Materializados)	
EVENTO ADVERSO	**1. E.A Leve (No 202601874)** Flebitis mecánica por continuidad de infusión pese a dolor en sitio de venopunción. Paciente que presenta edema moderado, dolor moderado en MSI, refiere que informo que presentaba dolor y aun así le administraron el medicamento. Medico ordena medios físicos. Una acción insegura fue: Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, deficiente comunicación entre el equipo de salud, fallas en el diligenciamiento de historia clínica. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	ALTO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**2. E.A Leve (No 202601966)** Paciente con cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en edema rubor y calor en cara anterior del MSI, refiere que estuvo hospitalizada previamente por IVU. Paciente informa que al egreso presentaba dolor en brazo izq pero auxiliar indica colocar paños con sulfato de magnesio en casa. Reconsulta por dolor intenso edema y calor localizado. Se toma ecografía que reporta tromboflebitis a nivel de la vena cefálica de MSI. Una acción insegura fue: Colocación inadecuada de catéteres, Examen físico incompleto o inadecuado. Fallas en los procesos y falta de adherencia a la inserción, mantenimiento y retiro de dispositivos. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Incompleta O No Ejecución Del Plan De Cuidados Y Plan De Tratamiento	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**3. E.A Leve (No 202601870)** Paciente femenina que se encuentra hospitalizada, presenta enrojecimiento, dolor y edema en dorso de mano derecha, refiere que fue después de 3 intentos de venopunción en la misma zona. Una acción insegura fue: No adherencia a protocolo de venopunción E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital Local Civil. **RED NORTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Incompleta O No Ejecución Del Plan De Cuidados Y Plan De Tratamiento	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**4. E.A Leve (No 202601799)** Paciente con antecedente de DM tipo II no insulinorequirente, que ingresa en contexto de IVU, con glucosa central elevada y con hiperglicemias desde que ingresó. Cuenta con Galvusmet (en reconciliación medicamentosa) vía oral cada 12h, que no fue administrado desde el ingreso (2dias). Pcte que debido a su mal control glucómetrico ahora necesita administración de insulina glargina. Una acción insegura fue: No adherencia a las actividades de reconciliación medicamentosa. Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo. No identificación de riesgos y necesidades al ingreso. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**5. E.A Leve (No 202601800)** Paciente que presenta Flebitis química en antebrazo dcho asociada a velocidad de infusión del medicamento (potasio). Se observa cordón venoso palpable, rubor, dolor al tacto, pte refiere que en horas de la madrugada le retiraron la venopunción estando en buen estado. Una acción insegura fue: prescripción con errores en dosis, vía de administración y frecuencia, Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**6. E.A Leve (No 202601866)** Paciente femenina, con dx de IVU quien presenta flebitis química en MSD posterior a la administración de electrolitos (sodio/potasio) por vía endovenosa mediante bomba de infusión. Una acción insegura fue: Error en la prescripción o administración de medicamentos de alto riesgo. Falta de adherencia a la inserción, mantenimiento y retiro de dispositivos. Fallas en la comunicación entre el equipo de trabajo. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital La Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**7. E.A Leve (No 202601886)** Paciente con HTA y DM de base, hospitalizado por Neumonía, a quien desde el ingreso a Urg, le prescriben hidrocortisona tratamiento que continua en hospitalización generando hiperglicemia sostenida, predispone a la sepsis y falla suprarrenal. Una acción insegura fue: No adherencia a las guías de práctica clínica. Prescripción con errores en dosis, vía de administración, frecuencia o duración del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de enero de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Deficiente valoración médica al ingreso del paciente	MEDIO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial
Descompensación del sistema endocrino	BAJO	Clínico

EVENTO ADVERSO	**8. E.A Moderado (No 2026021117)** Paciente con antecedentes de parálisis cerebral espástica, postración, hospitalizado por IVU complicada por litiasis renal, quien consulta por hematuria, que había mejorado. Se reporta administración inadecuada de antibiótico (sin foto protección) en turnos consecutivos. Posteriormente presenta nuevamente hematuria macroscópica, (posible desnaturalización de antibiótico por exposición a la luz). Prolongando la estancia hospitalaria y complejidad de su manejo posterior. Una acción insegura fue: Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, No identificación de riesgos y necesidades del paciente. E.A ocurrido en el mes de Febrero de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**9. E.A Leve (No 2026021104)** Paciente que presenta eritema cutáneo facial inicialmente leve delimitado a cigomáticos y zona malar aparentemente después de la administración de medicación endovenosa, posteriormente progresa a tórax anterior y posterior que desaparece a la digitopresión, se revisa horario de medicación endovenosa: clindamicina, dipirona e hidrocortisona. Paciente con posible RAM por lo que se suspende dipirona y clindamicina dado que se administraron en el mismo horario. Una acción insegura fue: Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras. E.A ocurrido en el mes de Febrero de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**10. E.A Moderado (No 2026031183)** Paciente que ingresa con neumonía grave (rápida progresión), hipotenso, taquipneico, con falla renal crónica, adulto mayor, con historia de evolución y formula farmacológica incompleta, indicaciones no acordes a la gravedad, ya tenía concepto de medicina interna, no se toman gases arteriales urgentes, antibióticos no claros en ordenes médicas, no se suspenden hipotensores, no se remitió oportunamente, plan y manejo no pertinentes, se remite a UCI de la Aurora. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica, Falla en la definición del diagnóstico. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Deficiente trabajo en equipo. Fallas en la comunicación entre el equipo de trabajo. Equipos biomédicos en mal estado o sin mantenimientos. Inadecuada identificación del riesgo. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial

Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Referencia no pertinente o inoportuna	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**11. E.A Moderado (No 2026031287)** Paciente con antecedentes de ruptura de aneurisma, con dx de HTA de novo, cifras tensionales con criterio de severidad, alto riesgo de re-ruptura Aneurismática, hospitalizada por proceso infeccioso de tejidos blandos quien presenta cifras tensionales estacionarias con mal manejo; en notas de evolución se registra tensión arterial elevada en varios turnos. Finalmente requiere intervención terapéutica. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica, Error en el diagnóstico o en el plan de manejo, Comunicación verbal y escrita deficiente o inexistente, Deficiente trabajo en equipo, inadecuada identificación del riesgo neurológico y cardiovascular. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial
Deficiente valoración médica al ingreso del paciente	MEDIO	Asistencial
Deterioro neurológico	MEDIO	Clínico
Deterioro clínico cardiovascular	MEDIO	Clínico

EVENTO ADVERSO	**12. E.A Moderado (No 2026031228-2026031199-2026031229)** Paciente de 19 años con dx de DM tipo I descompensada, crisis hiperglucémica, bacteriuria asintomática, hipotiroidismo sin tto. Refiere leve cefalea, se encuentra con sudoración. Paciente con mal control metabólico, mal registró en historia clínica, sin admón de insulinas de acción rápida indicada por especialidad. Mal tratamiento para su enfermedad de base, en algunos turnos se omite la admón de insulina basal en la noche por orden médica y no se realiza ajuste de insulinas según glucometrías. Se ajusta hipoglicemias con dextrosados sin tener en cuenta su patología de base. Pcte con estancia hospitalaria prolongada, riesgo de cetoacidosis y estado hiper osmolar. Una acción insegura fue: Prescripción con errores en dosis, vía de administración, frecuencia o duración del tratamiento. Comunicación verbal y escrita deficiente. No se cuenta con una guía de manejo para la patología de Diabetes tipo I. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial
Descompensación del sistema endocrino	BAJO	Clínico

EVENTO ADVERSO	**13. E.A Moderado (No 2026031318)** Paciente que consulta por herida causada hace 20 días por mordedura de perro, se realiza sutura parcial de afrontamiento con prolene; 2 días después se recibe reporte de herida con signos de necrosis e inflamación. Medico retira sutura e inicia tramite de remisión. Dx: necrosis tisular post mordedura de perro. Una acción insegura fue: Anamnesis incompleta o inadecuada, con fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. No realizar registros en historia clínica o registros inadecuados. Comunicación verbal y escrita deficiente o inexistente. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**14. E.A Leve (No 2026031307)** Paciente hospitalizada por IVU, sin notas de enfermería de signos vitales ni de administración de medicamentos en SIOS; se evidencia notas en físico de auxiliares de enfermería que describen desaturación sostenida, con signos claros de respuesta inflamatoria sistémica, (fiebre, taquicardia, desaturación) paraclínicos que describen choque séptico. Paciente con evolución tórpida, conducta final urgencia vital. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica. Anamnesis incompleta o inadecuada, con fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. Problemas de comunicación del equipo de trabajo. Fallas en procesos o procedimientos asistenciales. No se interpreta de manera oportuna evolución clínica y signos vitales. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**15. E.A Leve (No 2026041535-2026041525)** Paciente que refiere dolor e inflamación a nivel de dorso de mano izq que se extiende hasta antebrazo, con rubor y calor local; cordón venoso palpable indurado desde sitio de punción anterior, edema sin fóvea y limitación para la flexión. Se considera flebitis mecánica, se añaden medios físicos por turno, se suspende analgesia y se añade antiinflamatorio. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Error durante el traslado intra o interinstitucional del paciente. Falta de adopción de prácticas seguras. Fallas en los procesos y falta de adherencia a la inserción, mantenimiento y retiro de dispositivos. Comunicación verbal y escrita deficiente o inexistente. E.A ocurrido en el mes de Abril de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial

Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**16. E.A Leve (No 2026041486)** Paciente reportada con flebitis pospuncion, remitida de urgencias, ingreso a hospitalización con acceso venoso en MSD en dorso de mano con signos de flebitis; reporte con sangrado por periferia, se recanaliza acceso en MSI en dorso de mano. En historia clínica no hay registro de notas de enfermería, ni en evolución, ni notas medicas de evidencia de inflamación en sitio de venopunción. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica. Exceso de confianza. Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras. Fallas en los procesos y falta de adherencia a la inserción, mantenimiento y retiro de dispositivos. Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo. E.A ocurrido en el mes de Abril de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**17. E.A Leve (No 2026041526)** Paciente de 27 años, que presenta dolor, enrojecimiento y edema en antebrazo por venopunción en MSD, remitida del servicio de urgencias, se retira y cambia acceso venoso en 4 ocasiones intercalando sitio de venopunción, paciente de difícil acceso. Una acción insegura fue: Anamnesis incompleta o inadecuada, con fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. Inadecuada implementación de la herramienta de valoración e identificación de riesgos en los pacientes. Comunicación verbal y escrita deficiente o inexistente. E.A ocurrido en el mes de Abril de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**18. E.A Leve (No 2026051721)** Doble Flebitis mecánica en brazos por retiro tardío de catéter pese a los primeros signos de inflamación. Paciente hospitalizada por IVU a quien no le realizan rote de antibiótico oportunamente a pesar del reporte del urocultivo sensible a ceftriaxona que se puede administrar por vía oral. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Comunicación verbal y escrita deficiente o inexistente. Fallas en los procesos y falta de adherencia a la inserción, mantenimiento y retiro de dispositivos. E.A ocurrido en el mes de mayo de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**19. E.A Leve (No 2026051706)** Hematoma en sitio de punción secundario a error en la técnica de administración de medicamento. Paciente refiere dolor abdominal en región de hipogastrio, se evidencia hematoma pequeño de 0.3mm con induración superficial dolorosa a la palpación, pcte informa que ayer se le aplico enoxaparina en ese sitio. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Error en la prescripción o administración de medicamentos. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Carencia de motivación en la importancia de identificar el riesgo. Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) esperada o inesperada. E.A ocurrido en el mes de Mayo de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**20. E.A Leve (No 2026051720)** Flebitis de brazo dcho por velocidad de la infusión. Paciente hospitalizada por IVU y vaginitis, presenta reacción alérgica a la dipirona (ya tenía manejo previo con dipirona sin materializar reacción alérgica). Una acción insegura fue: Errores en la formulación de medicamento. Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Falta de seguimiento, monitorización y supervisión a la evolución de los pacientes. Comunicación verbal y escrita deficiente entre el equipo de trabajo. E.A ocurrido en el mes de Mayo de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**21. E.A Moderado (No 2026061982)** Trauma Uretral. Paciente con sonda vesical por hiperplasia prostática y retención urinaria, se realiza cambio de sonda vesical generando trauma uretral con balón en próstata, hematuria y dolor secundario por más de 24h. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica. Entrega de turno incompleta. Falta de briefing antes de procedimientos o actividades de riesgo. Falta de debriefing posterior a eventos o situaciones críticas. E.A ocurrido en el mes de Junio de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**22. E.A Leve (No 2026072044)** Tromboflebitis. Paciente femenina que presentó flebitis asociada a acceso venoso periférico en mano derecha, manifestada por enrojecimiento, dolor, calor e hinchazón en el sitio de inserción, requiriendo hospitalización e inicio de tratamiento antibiótico. Una acción insegura fue: Dar egreso sin verificar comprensión de fórmula, controles, signos de alarma, incapacidad, remisiones y ruta de reconsulta. Falta de seguimiento, monitorización y supervisión a la evolución de los pacientes. Baja articulación entre medicina, enfermería y otros profesionales. E.A ocurrido en el mes de Junio de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial
No entrega de información del plan de egreso al paciente	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**23. E.A Leve (No 2026061937)** Paciente que presenta flebitis mecánica en MSI a nivel de mano, refiere dolor, se informa a médico y jefe de turno y se procede a recanalizar. No se evidencia soporte en historia clínica. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto de registros clínicos. Traslado inadecuado entre niveles o sedes de atención. E.A ocurrido en el mes de Junio de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**24. E.A Leve (No 2026061900)** Hematoma por error en la técnica de administración de medicamento. Paciente refiere dolor leve en sitio de punción. Se verifica lesión supraumbilical sin margen segura de administración de insulina de acción rápida. Se verifica en historia clínica y no hay notas de administración de insulina del turno de la mañana, pcte informa hora aproximada de aplicación 8:00am. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos. Error en la prescripción o administración de medicamentos de alto riesgo, o falta de control del efecto adverso del medicamento. Diligenciamiento

	incompleto de registros clínicos, Exceso de confianza. E.A ocurrido en el mes de Junio de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el uso de medicamentos	ALTO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Incompleta o no ejecución del plan de cuidados y plan de tratamiento	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**25. E.A CENTINELA (No 2026051741) Mortalidad Perinatal - Demora Atención Parto Pretérmino** Paciente de 16 años, con embarazo de 27.5 semanas, catalogado como de alto riesgo por edad materna. Cuenta con control prenatal en el Centro de salud El Encano y antecedentes de captación tardía a las 10.4 semanas de gestación. Ingresa al servicio de urgencias por cuadro clínico de 24h de evolución, consistente en dolor lumbar y abdominal tipo contracción, de alta intensidad, asociado a flujo vaginal blanco fétido, sin sangrado vaginal ni amniorrea y con movimientos fetales presentes. Durante la valoración inicial no se evidencian cambios cervicales ni dinámica uterina activa, por lo que se realizan paraclínicos, manejo analgésico y vigilancia clínica por ginecología. Posteriormente, ante la persistencia y el incremento del dolor pélvico y lumbar, se realiza nueva valoración por Especialidad a las 3h de la última valoración, en donde se identifica trabajo de parto pretérmino en fase expulsiva, con dilatación cervical completa, borramiento total y membranas íntegras abombadas. Se activa traslado de emergencia al Hospital Departamental, donde es recibida hemodinámicamente estable para atención obstétrica inmediata y manejo neonatal especializado. Evento grave asociado a la evolución de la atención obstétrica, que requirió intervención urgente y remisión a un nivel de mayor complejidad. Una acción insegura fue: Examen físico o mental incompleto o inadecuado. No identificar oportunamente signos de alarma. Falta de seguimiento, monitorización y supervisión a la evolución de los pacientes. Inadecuada implementación de la herramienta de valoración e identificación de riesgos en los pacientes. Inadecuada utilización del software de historia clínica para el diligenciamiento de la información completa del paciente. Comunicación deficiente entre los profesionales responsables de la atención y el seguimiento de la evolución clínica. E.A ocurrido en el mes de Mayo de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

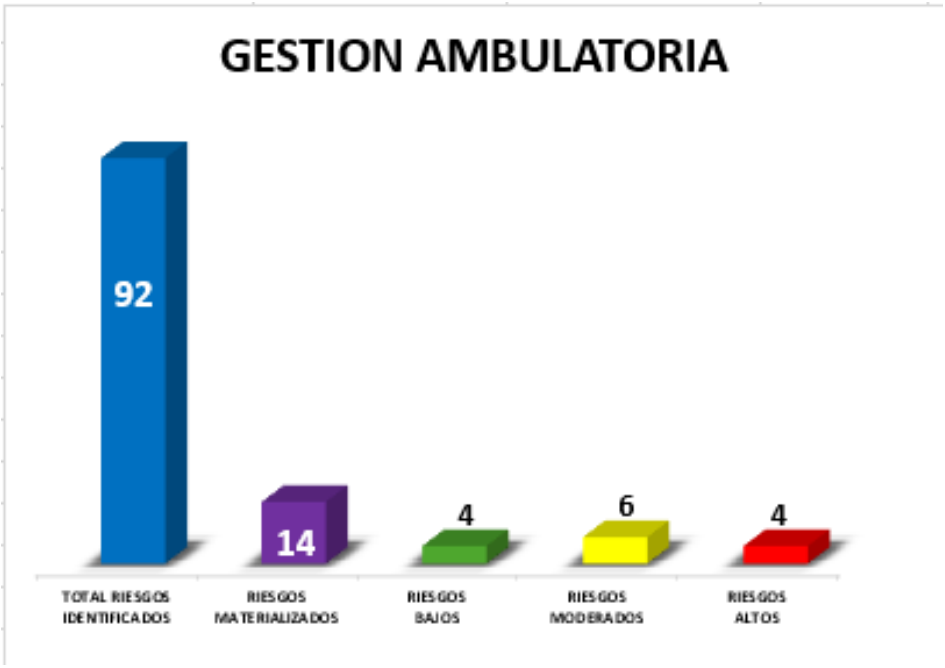
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
No identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial
Deficiente valoración médica al ingreso del paciente	MEDIO	Asistencial

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

GESTION AMBULATORIA

RIESGOS IDENTIFICADOS

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



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

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:

GESTION AMBULATORIA (10 eventos adversos – 14 Riesgos Materializados)	
EVENTO ADVERSO	**1. E.A Moderado (No 202601909)** Paciente que consulta con cuadro clínico de 15h de evolución aproximadamente consistente en hemorragia, posterior a exodoncia realizada el día anterior. Recibe atención por urgencia médica y tto para HTA y se remite a odontología por hemorragia alveolar. Odontólogo revisa Rx que evidencia resto radicular fracturado durante la exodoncia; paciente con hemorragia leve, se realiza compresión con gasas durante media hora controlando el sangrado, se dan recomendaciones posquirúrgicas. Una acción insegura fue: Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica. Falla en la ejecución del tratamiento indicado. E.A ocurrido en el mes de enero de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Fallas en la ejecución del tratamiento (odontología)	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**2. E.A Moderado (No 202601930)** Paciente que consulta por edema y dolor en diente 21 posterior a una caída. Se diagnosticó diente impactado, pero según los hallazgos clínicos del examen intraoral corresponde a un absceso que NO fue tratado como lo establece la guía; únicamente se formuló amoxicilina y por 3 días, la paciente regresa 13 días después con diagnóstico de absceso periapical sin fistula y fluctuante. No hay evidencia en HC de formulación de medicamentos y se vuelve a formular. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento indicado. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Centro de salud de Genoy. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en la ejecución del tratamiento (odontología)	ALTO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO Analizar de nuevo para definir si es o no evento	**3. E.A Moderado (No 202601933)** Paciente quien se le remite en 2 ocasiones por diente 38 (cordal) para exodoncia por cirujano oral, sin embargo, la autorización no se realiza por parte de la EPS por ser diente que puede extraerse en 1er nivel, por lo cual la paciente es direccionada nuevamente para nueva valoración, finalmente se realiza exodoncia de diente 37. En historia clínica se observa desde el mes de marzo la paciente busca tto para este caso y no se le define ni en la EPS ni en pasto salud. Una acción insegura fue: Diagnostico no pertinente. Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de enero de 2026, en el Centro de salud Mis Kikes. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en la ejecución del tratamiento (odontología)	ALTO	Asistencial
Diagnostico no pertinente (odontología)	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**4. E.A Moderado (No 2026021144)** Paciente femenina que consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor, eritema y calor local posterior a la aplicación de vacuna antitetánica (mordedura de perro). Paciente que se encontraba tomando antibiótico profiláctico, sin embargo, presenta signos de infección local en MSD. No hay nota de quien aplico el medicamento y la fórmula de egreso no está dentro de los protocolos institucionales. Una Acción Insegura fue: Falta de técnica aséptica e higiene de manos. Diligenciamiento incompleto o inadecuado de la historia clínica. Incumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos, Revisión deficiente del historial médico. Examen físico incompleto o inadecuado. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. E.A ocurrido en el mes de febrero de 2026, en el Hospital La Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Aumento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	BAJO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Deficiente realización del examen físico	MEDIO	Asistencial
Errores en la aplicación del biológico	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**5. E.A Leve (No 2026031243)** Niño menor de 5 años que se encontraba caminando, presenta caída hacia el borde del muro de concreto que se encuentra en la sala de espera. Al examen físico presenta herida de 1 cm en región supraciliar dcha superficial sin más lesiones. Se realiza limpieza de la herida con gasa y se da orden de curación. Una acción Insegura fue: Identificación inadecuada del riesgo de caída. Inadecuada cultura de seguridad del paciente. Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Caídas del paciente	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**6. E.A Moderado (No 2026031360)** Paciente de 69 años, quien egresa de consulta odontológica y sufre caída desde su propia altura cayendo todo su peso sobre el brazo (fractura MSI). Una acción Insegura fue: Identificación inadecuada del riesgo de caída. Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo. E.A ocurrido en el mes de marzo de 2026, en el Centro de Salud Tamasagra. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Caídas del paciente	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**7. E.A Moderado (No 2026031193)** Paciente a quien se le realizo exodoncia de diente 37, en donde la cx presento fractura y quedaron restos radiculares dentro del alveolo. Refiere que días después consulto con rx tomada particularmente, que evidenciaba restos de diente y la misma odontóloga tratante los retiro. Consulta 8 meses después por inflamación, dolor espontaneo, sensación de calor y palpación en la cara a nivel mandibular y dolor irradiado 8/10, desde la zona hasta el oído izq. Se observa reborde alveolar de zona de diente 37 y aparente resto radicular que esta parcialmente erupcionado, presenta edema indurado en fondo de vestíbulo, movilidad de resto radicular grado ii, dolor a la movilidad, no es posible realizar más pruebas diagnósticas. Se formula analgesia, antibiótico y Rx periapical para realizar exodoncia. Una acción insegura fue: Falla en la ejecución del tratamiento. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Centro de salud Tamasagra. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas En La Ejecución Del Tratamiento (Odontología)	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**8. E.A Leve (No 2026041452)** Paciente que posterior a la aplicación de vacunación para toxoide tetánico sufre caída desde su propia altura (síncope vasovagal), con lesiones en frente y nariz. Familiar refiere fobia a inyecciones y antecedentes de desmayos y malestar relacionado con todas las inyectologías, hecho no informado previamente por familiar ni usuaria. Una acción Insegura fue: Identificación inadecuada del riesgo de caída. Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo. E.A ocurrido en el mes de abril de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente Comunicación Entre El Equipo De Salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO Analizar de nuevo para definir si es o no evento	**9. E.A Leve (No 2026051816)** Inoportunidad en el dx y tto de Ca de cuello uterino. Paciente con antecedente de Ca de cuello uterino que asiste para solicitar resultado de citología tomada en el mes de marzo, refiere que se la tomo el personal de equipos básicos en salud, solicita el reporte para control con ginecología. Sin embargo, no se encuentra registro en historia clínica de la toma o el resultado y tampoco registro de facturación; además, la citología de ADN-VPH no se encuentra en el paquete de contratación. Una acción Insegura fue: Falla en el registro en Historia clínica. Pérdida de la trazabilidad de la muestra o del resultado. Debilidades en la articulación entre el equipo extramural y la institución. Fallas en la comunicación en el equipo de trabajo. No identificación de riesgos y necesidades. E.A ocurrido en el mes de mayo de 2026, en el Centro de Salud el Encano. **RED ORIENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Diligenciamiento no pertinente o incompleto de historia clínica por parte de los profesionales	ALTO	Asistencial
Incompleta anamnesis y deficiente identificación de riesgos y necesidades al ingreso	MEDIO	Asistencial
Inadecuada toma de muestras de citología	ALTO	Asistencial
Inoportunidad en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino y mama	BAJO	Poblacional

EVENTO ADVERSO	**10. E.A CENTINELA (No 2026051741) Mortalidad Perinatal - Demora Atención Parto Pretérmino** Paciente de 16 años, con embarazo de 27.5 semanas, catalogado como de alto riesgo por edad materna. Cuenta con control prenatal en el Centro de salud El Encano y antecedentes de captación tardía a las 10.4 semanas de gestación. Ingresa al servicio de urgencias por cuadro clínico de 24h de evolución, consistente en dolor lumbar y abdominal tipo contracción, de alta intensidad, asociado a flujo vaginal blanco fétido, sin sangrado vaginal ni amniorrea y con movimientos fetales presentes. Durante la valoración inicial no se evidencian cambios cervicales ni dinámica uterina activa, por lo que se realizan paraclínicos, manejo analgésico y vigilancia clínica por ginecología. Posteriormente, ante la persistencia y el incremento del dolor pélvico y lumbar, se realiza nueva valoración por Especialidad a las 3h de la última valoración, en donde se identifica trabajo de parto pretérmino en fase expulsiva, con dilatación cervical completa, borramiento total y membranas íntegras abombadas. Se activa traslado de emergencia al Hospital Departamental, donde es recibida hemodinámicamente estable para atención obstétrica inmediata y manejo neonatal especializado. Evento grave asociado a la evolución de la atención obstétrica, que requirió intervención urgente y remisión a un nivel de mayor complejidad. Una acción insegura fue: Examen físico o mental incompleto o inadecuado. No identificar oportunamente signos de alarma. Falta de seguimiento, monitorización y supervisión a la evolución de los pacientes. Inadecuada implementación de la herramienta de valoración e identificación de riesgos en los pacientes. Inadecuada utilización del software de historia clínica para el diligenciamiento de la información completa del paciente. Comunicación deficiente entre los profesionales responsables de la atención y el seguimiento de la evolución clínica. E.A ocurrido en el mes de Mayo de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

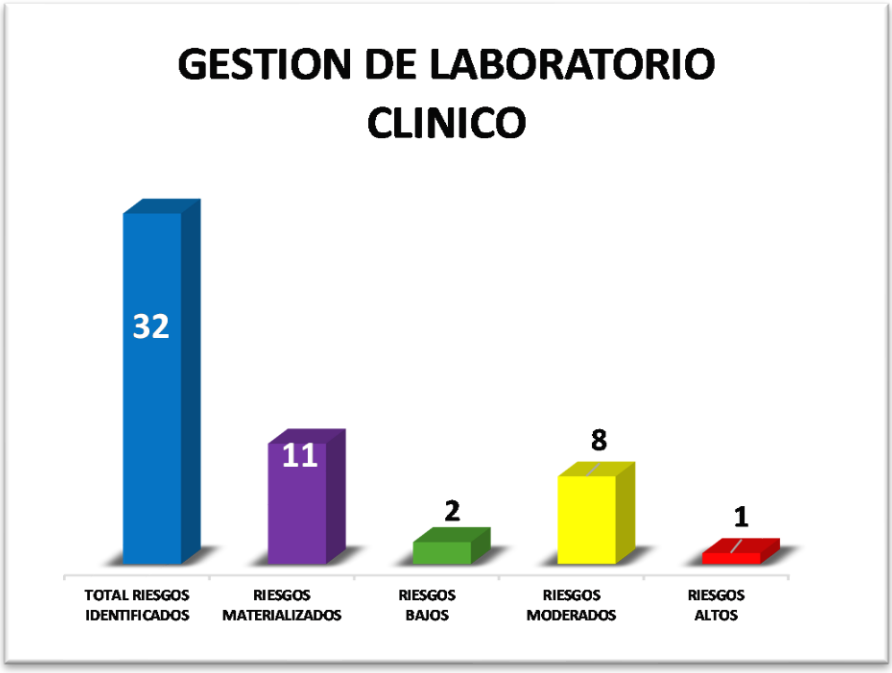
RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Mortalidad materna y Perinatal (EA compartido con Hospitalización)	MEDIO	Poblacional
Captación tardía de gestantes para el inicio de los controles	BAJO	Poblacional
Alteraciones y complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio	BAJO	Poblacional

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

GESTION DE LABORATORIO CLINICO

RIESGOS IDENTIFICADOS

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



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

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:

GESTION DE LABORATORIO CLINICO (21 eventos adversos – 11 Riesgos Materializados)	
EVENTO ADVERSO	**1. E.A Leve (No 202601786)** Paciente con orden de toma de laboratorios, se toman muestras de sangre y orina y se trasladan a laboratorio. 5h después se llama a por los resultados que aún no han sido reportados pero el personal de laboratorio informa que nunca recibieron muestra de sangre (únicamente de orina) por lo cual no fueron procesadas. Una acción insegura fue: Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Carencia de motivación en la importancia de identificar el riesgo. Fallas en la implementación de técnicas de comunicación entre el equipo asistencial y/o el cuidador/paciente. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital Santa Mónica, hospital la Rosa. **RED ORIENTE Y RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
No procesamiento de muestras	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**2. E.A Leve (No 202601811)** Paciente a quien le ordenan y facturan cuadro hemático y tiempos de coagulación en el CS Obonuco, pero solo le toman Cuadro Hemático y la envían al CS Tamasagra a toma de tiempos de Coagulación. Sometiendo a la pcte a doble punción. Posteriormente facturación informa que en CS Obonuco anularon la facturación y descartaron la muestra tomada y se debe volver a tomar CH y TC en el CS Tamasagra. Una acción insegura fue: Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo, Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Falta de insumos, equipos o elementos necesarios para el procedimiento. Inadecuada toma de muestra. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Centro de Salud Obonuco. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
No procesamiento de muestras	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**3. E.A Leve (No 202601946)** Paciente a quien le toman en urgencias muestra para hemoglobina glicosilada. La muestra es tomada en tubo con gel separador; cuando debió tomarse en tubo con anticoagulante. Una acción insegura fue: Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo, Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Falta de insumos, equipos o elementos necesarios para el procedimiento, inadecuada toma de muestra. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Fallas en el desarrollo de metodología	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**4. E.A Leve (No 2026021090)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra para TSH (llega muestra hemolizada). Auxiliar que realiza toma de la muestra refiere que no tuvo ningún inconveniente con la toma. Se toma como un error aleatorio. Una acción insegura fue: Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Sobrecarga laboral. E.A ocurrido en el mes de Febrero de 2026, en el Hospital local Civil. **RED NORTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**5. E.A Leve (No 2026021112)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra para TSH, GLI, CREA (llegan muestras hemolizadas). Auxiliar que realiza toma de la muestra refiere que no tuvo ningún inconveniente con la toma, q se realizó conforme a lo descrito en la inducción. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos., Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. E.A ocurrido en el mes de Febrero de 2026, en el Centro de Salud Genoy. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada Toma De Muestras	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**6. E.A Leve (No 2026021142)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra (llega muestra para cuadro hemático coagulada). Personal de toma de muestra notifica que realiza la toma según lo descrito en el protocolo y que realiza las inversiones correctas para el tubo. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos, Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, inadecuada preparación y conservación de muestras. E.A ocurrido en el mes de Febrero de 2026, en el Centro de Salud la Caldera. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Inadecuada preparación y conservación de muestras	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**7. E.A Leve (No 2026021164)** Paciente de 2 años a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra (llega muestra coagulada). Personal de toma de muestra notifica que realiza la toma según lo descrito en el protocolo, pero refiere que fue de difícil acceso venoso debido a sobrepeso. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos, Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento E.A ocurrido en el mes de Febrero de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada Toma De Muestras	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**8. E.A Leve (No 2026031275)** Paciente a quien se le realiza doble punción (innecesaria) por error de código de examen. Facturación informa a pcte que debe pasar con medico gral para corrección del código del examen de laboratorio enviado; sin embargo, factura laboratorio clínico y se realiza la toma de la muestra; al salir, pasa a médico para corrección de código, factura y vuelve para tomar de otra muestra (se punciona por 2da vez). Una acción insegura fue: Anamnesis incompleta o inadecuada, con fallas en la identificación de riesgos y necesidades al ingreso. Comunicación ausente o no eficiente del equipo de trabajo. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**9. E.A Leve (No 2026031257)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra de cuadro hemático (llega muestra coagulada). Jefe de turno informa que no presentó ninguna eventualidad en la toma de muestra, se indaga sobre número de inversiones y su respuesta no está acorde con lo establecido en protocolo. Una acción insegura fue: Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Sobrecarga laboral. E.A ocurrido en el mes de Marzo de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada Toma De Muestras	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**10. E.A Leve (No 2026041450)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra de sangre (llega muestra hemolizada). Auxiliar de toma d muestras informa que no presentó ninguna eventualidad en la toma. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. Sobrecarga laboral. E.A ocurrido en el mes de abril de 2026, en el San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**11. E.A Leve (No 2026041435)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra. Se reciben muestras de sangre para cuadro hemático, PCR, BUN, creatinina, sodio y potasio; sin embargo, al momento de la verificación se evidencia la ausencia de tubo tapa lila (EDTA) requerido para el procesamiento del cuadro hemático, recibiéndose únicamente tubos tapa amarilla. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Desconocimiento de los procedimientos, Falta de entrenamiento. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. Problemas de comunicación entre los servicios. E.A ocurrido en el mes de abril de 2026, en el Hospital Local civil. **RED NORTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Fallas en el desarrollo de metodología	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**12. E.A Leve (No 2026041459)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra (prueba de embarazo) sin el tubo amarillo requerido. Una acción insegura fue: Muestra mal identificada o sin identificación. Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. Falla en el proceso de recolección y envío de muestra de laboratorio clínico. E.A ocurrido en el mes de Abril de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Fallas en el desarrollo de metodología	MEDIO	Asistencial
Identificación inadecuada e incompleta de las muestras de laboratorio clínico	BAJO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**13. E.A Leve (No 2026051674)** Paciente masculino a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra. Llega cuadro hemático y suero sin rotular (nombres, ni documento). Al indagar a personal que realizo toma de muestra manifestó que lo olvido por la cantidad de actividades que debía realizar. Una acción insegura fue: Identificación inadecuada e incompleta de las muestras de laboratorio clínico. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. E.A ocurrido en el mes de Mayo de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Identificación inadecuada e incompleta de las muestras de laboratorio clínico	BAJO	Asistencial
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**14. E.A Leve (No 2026051700)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra de sangre para TP y TTP (llega muestra hemolizada). Auxiliar de toma d muestras informa el paciente se encontraba frio y fue lenta la extracción de sangre y cree que el haber dejado el torniquete mucho tiempo influyo también para que se presentara hemolisis. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. Sobrecarga laboral. E.A ocurrido en el mes de mayo de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**15. E.A Leve (No 2026051729)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por muestra mal tomada. Bacterióloga socita nueva toma de muestra ya que el auxiliar tomo la muestra para exámenes de coagulación por goteo, lo cual está contraindicado. Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Falta de experiencia del personal. Inadecuada toma muestra. E.A ocurrido en el mes de mayo de 2026, en el Hospital Santa Monica. **RED ORIENTE**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Fallas en el desarrollo de metodología	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**16. E.A Leve (No 2026051764)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra de sangre (llega muestra coagulada). Una acción insegura fue: Aplicación inadecuada de la técnica durante la ejecución de procedimientos. Características únicas de la persona, edad de la persona. Errores de transporte, almacenamiento y recepción. E.A ocurrido en el mes de mayo de 2026, en el Centro de salud Tamasagra. **RED OCCIDENTE**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Inadecuada preparación y conservación de muestras	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**17. E.A Leve (No 2026051705)** Paciente femenina a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra. Llega cuadro hemático y suero sin rotular (nombres, ni documento). Al indagar a personal que realizo toma de muestra manifestó que lo olvido por la cantidad de actividades que debía realizar. Una acción insegura fue: Identificación inadecuada e incompleta de las muestras de laboratorio clínico. Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales. E.A ocurrido en el mes de Mayo de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Identificación inadecuada e incompleta de las muestras de laboratorio clínico	BAJO	Asistencial
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**18. E.A Leve (No 2026051618)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra de sangre. Llega muestra para curva de glucosa sin stiker, solamente nombre y sin documento. Bacterióloga rechaza la muestra porque la identificación no es completa y no se sabe si es la pre o post. Una acción insegura fue: Muestra mal identificada o sin identificación. Identificación inadecuada e incompleta de las muestras de laboratorio clínico. Errores en el etiquetado incorrecto, incompleto o inexistente E.A ocurrido en el mes de Mayo de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO

Identificación inadecuada e incompleta de las muestras de laboratorio clínico	BAJO	Asistencial
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**19. E.A Moderado (No 2026061981)** Paciente a quien remiten como urgencia vital a UCI por reporte de K+ alto (10mmol/l). Al realizar ingreso en UCI se toma K+ de control que reporta un valor de 3.5mmol/l (normal). Se revisan posibles causas de los resultados con valores alterados y entre ellas se encuentra que al procesar muestras hemolizadas estas pueden generar resultados falsos de hiperpotasemia. Una acción insegura fue: Errores en la entrega de resultados diagnósticos. Fallas en el resultado y/o análisis por parte del bacteriólogo. Omisión de información crítica entre profesionales, Coordinación deficiente entre áreas asistenciales y apoyo diagnóstico. Fallas en la comunicación entre profesionales. E.A ocurrido en el mes de Junio de 2026, en el Hospital la Rosa. **RED SUR.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el resultado y/o análisis por parte del bacteriólogo	MEDIO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud	MEDIO	Asistencial
Error en la entrega del resultado	MEDIO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**20. E.A Leve (No 2026061904)** Fractura de lámina de citología cervicouterina durante el transporte de la muestra. Llega placa de citología quebrada, condición que no asegura el procesamiento y entrega de resultado, se solicita tomar nueva citología después de cuatro semanas de la primera toma. Una acción Insegura fue: Fallas en el transporte de muestras. Embalaje deficiente o incompleto de las muestras tomadas. Fallas en la recepción de citologías. E.A ocurrido en el mes de junio de 2026, en el Centro de Salud Pandiaco. **RED NORTE. (ambulatorios)**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Fallas en el transporte de muestras	MEDIO	Asistencial
Deficiente o incompleto embalaje de las muestras tomadas	MEDIO	Asistencial
Fallas en la recepción de citologías	BAJO	Asistencial

EVENTO ADVERSO	**21. E.A Leve (No 2026061949)** Paciente a quien deben realizarle doble punción por una inadecuada toma de muestra de sangre. Llega cuadro hemático (tubo lila), para procesar prueba de embarazo, (debió tomarse en tubo amarillo). Una acción insegura fue: Toma de muestra para examen equivocado. Toma de estudio incorrecto por lateralidad, estructura anatómica o tipo de examen. Falta de experiencia. Errores en la recolección de la muestra. E.A ocurrido en el mes de Junio de 2026, en el Centro de Salud San Vicente. **RED OCCIDENTE.**

RIESGO MATERIALIZADO	CALIFICACION	TIPO DE RIESGO
Inadecuada toma de muestras	ALTO	Asistencial
Fallas en el desarrollo de metodología	MEDIO	Asistencial

El proceso de Gestión de Laboratorio Clínico no presenta controles desviados ni acciones de tratamiento incumplidas.

GESTION QUIRURGICA Y ATENCION DEL PARTO

RIESGOS IDENTIFICADOS

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



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

✓ RIESGOS MATERIALIZADOS Y CONTROLES DESVIADOS

Los riesgos materializados y los controles desviados en el primer semestre 2026, se describen a continuación:

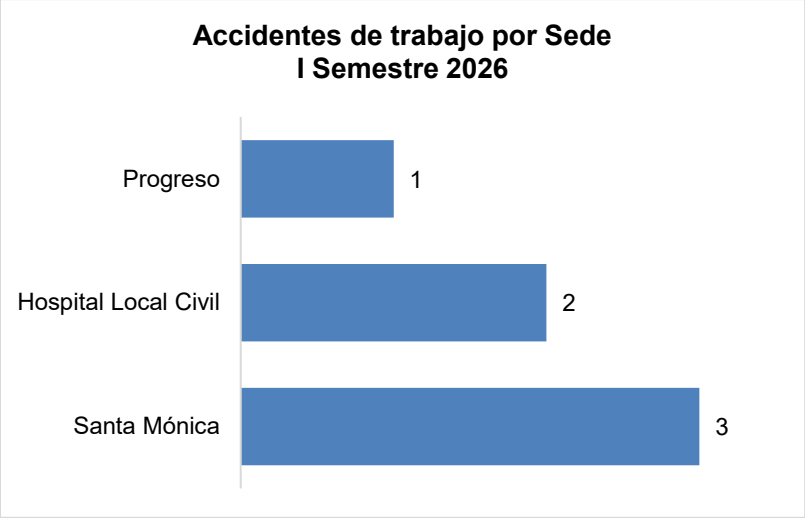
GESTION QUIRURGICA Y ATENCION DEL PARTO (1 evento adverso – 2 Riesgos Materializados)			
EVENTO ADVERSO	**1. E.A Leve (No 202601839)** Paciente en POP inmediato de colecistectomía vía laparoscópica que se encontraba en mesa quirúrgica a la espera de traslado a unidad de recuperación posanestésica. Paciente presenta caída desde mesa quirúrgica presentando lesión en el primer dedo del pie. Una acción insegura fue: Falta de adherencia a las guías y protocolos institucionales, Carencia de motivación en la importancia de identificar el riesgo. Fallas en la implementación de técnicas de comunicación entre el equipo asistencial y/o el cuidador/paciente. E.A ocurrido en el mes de Enero de 2026, en el Hospital Santa Mónica. **RED ORIENTE.**		
RIESGO MATERIALIZADO		**CALIFICACION**	**TIPO DE RIESGO**
Caídas del paciente		ALTO	Asistencial
Deficiente comunicación entre el equipo de salud		MEDIO	Asistencial

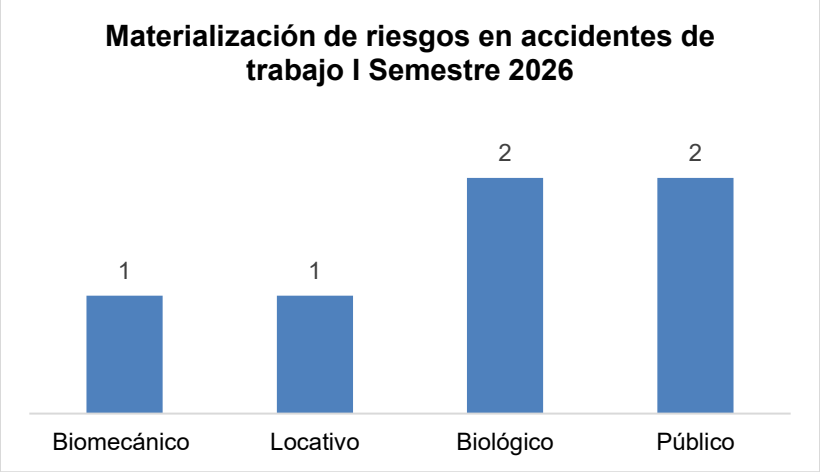
- El proceso de Gestión Quirúrgica y Atención del Parto no presenta controles desviados ni acciones de tratamiento incumplidas.

4. OTRAS TIPOLOGIAS DE RIESGOS

4.5. MATERIALIZACIÓN TIPOLOGÍA: SST -EMERGENCIAS Y DESASTRES Primer semestre 2026

En el primer semestre de 2026 se presentaron 6 accidentes de trabajo.





CAUSAS GENERALES DE LOS A.T.

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

MATERIALIZACION EMERGENCIAS Y DESASTRES

RIESGOS	MATERIALIZACION
ERUPCIÓN VOLCÁNICA	**0**
SISMOS	**0**
INCENDIOS	**0**

4.6. MATERIALIZACIÓN TIPOLOGIA: AMBIENTAL

A continuación, se presenta la materialización de riesgos de la tipología ambiental correspondiente al primer semestre de la vigencia 2026

SEDE	NUMERO DE ASPECTO E IMPACTOS	MATERIALIZADOS
Hospital Santa Mónica	**255**	**0**
Hospital La Rosa	**254**	**11**
Centro de Salud San Vicente	**150**	**7**
Sede Administrativa	**27**	**0**

En el desarrollo de los diferentes procesos institucionales, el aspecto ambiental materializado correspondió a la generación de vertimientos de aguas residuales no domésticas con características peligrosas. De acuerdo con los monitoreos realizados, se identificó el incumplimiento de los límites máximos permisibles en los siguientes puntos de vertimiento:

- Hospital La Rosa: Se registró un vertimiento no conforme debido al exceso en los parámetros de Fenoles, así como de Grasas y Aceites.
- Centro de Salud San Vicente: Se evidenció la superación de los límites normativos en los parámetros de Demanda Química de Oxígeno (DQO) y Grasas y Aceites.

CONCLUSIONES

Entre las vigencias 2024 a 2026 se evidencia un fortalecimiento progresivo en la capacidad de identificación, reporte y gestión de riesgos, lo que refleja una evolución positiva en la cultura organizacional hacia un enfoque más preventivo. No obstante, los resultados del periodo evidencian retos relevantes asociados a la continuidad de los servicios institucionales, el cumplimiento de las obligaciones ambientales y contractuales, la oportunidad en la atención a los usuarios y la efectividad de los controles establecidos. Estos aspectos requieren atención prioritaria para prevenir la recurrencia de eventos y reducir la exposición de la entidad a riesgos financieros y reputacionales.

Se identificaron limitaciones en los sistemas de información que afectaron la disponibilidad y confiabilidad de algunos datos, impidiendo la verificación completa de indicadores y generando restricciones en el seguimiento efectivo de la gestión, lo cual representa un riesgo adicional para la adecuada toma de decisiones. De igual manera, se identificaron situaciones susceptibles de corrección relacionadas con el cumplimiento de los parámetros de vertimientos, que evidencian la necesidad de fortalecer las medidas de prevención, seguimiento y adecuación de los sistemas asociados. Asimismo, se requiere fortalecer la oportunidad en la atención y respuesta a las PQRSFD, con el fin de prevenir posibles afectaciones a la imagen y reputación institucional.

Las desviaciones identificadas en la ejecución de los controles evidencian que la efectividad de la gestión del riesgo no depende únicamente de su diseño, sino también del seguimiento continuo y de la apropiación por parte de los líderes de proceso. En este sentido, las debilidades en el monitoreo oportuno pueden favorecer la recurrencia de eventos y la materialización de riesgos previamente identificados. Por lo anterior, los resultados evidencian la necesidad de priorizar el seguimiento en los procesos con mayor número de desviaciones, sin dejar de atender las situaciones identificadas en los demás procesos. Asimismo, resaltan la importancia de garantizar la aplicación oportuna de los controles formalmente establecidos, la disponibilidad de soportes que acrediten su ejecución y el monitoreo permanente por parte de los responsables.

En relación con la matriz AMFE, se identificaron oportunidades de mejora asociadas a su vigencia y actualización. Aunque no se registraron desviaciones directas en la ejecución de los controles de los riesgos misionales, se evidenciaron controles documentados como «implementación de», pese a encontrarse en funcionamiento desde hace más de un año. Asimismo, se identificaron registros que no han sido actualizados ante cambios en los roles responsables, como la sustitución de personal de laboratorio por personal de enfermería, y modificaciones en los indicadores de seguimiento que ya fueron suprimidos o reemplazados.

Adicionalmente, durante la auditoría se evidenciaron debilidades en la articulación operativa entre la Oficina de Calidad y los líderes de los diferentes procesos asistenciales, entre ellos Ambulatoria, Hospitalización, Quirúrgica, Farmacia, Imagenología, Odontología y Atención Comunitaria. Se verificó que, desde aproximadamente la vigencia 2024, no se ha mantenido la dinámica de trabajo conjunto que se desarrollaba en años anteriores, evidenciándose la ausencia de un cronograma oficial y de convocatorias a mesas de trabajo para la actualización de las matrices de riesgo. Esta situación ha incidido en la falta de actualización

y unificación de criterios en dichas herramientas, lo que se refleja en la presencia de indicadores presuntamente obsoletos, controles que han cambiado, campos sin diligenciar y falta de instrumentos adaptados a la dinámica asistencial actual, especialmente en áreas como Farmacia, Imagenología, Odontología, Quirófano y Atención Comunitaria.

En consecuencia, se considera necesario mantener y fortalecer la metodología de actualización anual de la matriz AMFE mediante mesas de trabajo conjuntas y presenciales entre la Oficina de Calidad, Seguridad del Paciente y los líderes de cada proceso. Este ejercicio deberá realizarse durante el primer trimestre de cada año, con el propósito de garantizar que la herramienta se encuentre debidamente actualizada y constituya un instrumento pertinente para la gestión del riesgo y el seguimiento correspondiente al primer semestre.

En conclusión, aunque existe mayor madurez en el reporte y visibilización de eventos, la entidad enfrenta debilidades en la efectividad y seguimiento continuo de los controles preventivos. Se requiere intervención prioritaria de la alta dirección, análisis causal de los eventos recurrentes y la actualización presencial de las matrices de riesgo (AMFE).

RECOMENDACIONES

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

ELABORADO POR:	**Yuli Andrea Moran Maya** **Sofía Ojeda Ortiz**	**FECHA**	27 / 10 / 2026
REVISADO POR:	**Jaime Alberto Santacruz Santacruz**	**FECHA**	28 / 10 / 2026