

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	En Ginecología el porcentaje ocupacional en los cuatro años se encontr. por encima del 102, observándose una leve tendencia al aumento con incrementos del 12 en cada año pasando del 182 en el 2020 a 162 2028.	Realizar seguimiento al indicador ocupación cama ginecología de forma mensual	Gestión Hospitalaria	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	En Ginecología el porcentaje ocupacional en los cuatro años se encontr. por encima del 102, observándose una leve tendencia al aumento con incrementos del 12 en cada año pasando del 182 en el 2020 a 162 2028.	Gestionar en los servicios altas tempranas, gestión de estancias prolongadas	Gestión Hospitalaria	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	En Ginecología el porcentaje ocupacional en los cuatro años se encontr. por encima del 102, observándose una leve tendencia al aumento con incrementos del 12 en cada año pasando del 182 en el 2020 a 162 2028.	Tomar correctivos sobre las desviaciones encontradas	Gestión Hospitalaria	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Con los datos observados en el aplicativo ALMERA, no es posible comparar el tiempo real otorgado para ejecutar un plan de mejora con el tiempo efectivo de ejecución, dado que se observa de manera recurrente que los soportes de ejecución del plan se cargan en el sistema con retraso y en el aplicativo se registra la fecha en que se suben los insumos, en lugar de la fecha real de ejecución. Los insumos que respaldan la información no se cargan al mismo tiempo que se lleva a cabo la actividad, lo que no garantiza una mayor precisión en los registros	Programar capacitación a los responsables de los procesos que intervienen en la gestión de planes de mejoramiento, designados por cada dirección	Gestión de Calidad	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Con los datos observados en el aplicativo ALMERA, no es posible comparar el tiempo real otorgado para ejecutar un plan de mejora con el tiempo efectivo de ejecución, dado que se observa de manera recurrente que los soportes de ejecución del plan se cargan en el sistema con retraso y en el aplicativo se registra la fecha en que se suben los insumos, en lugar de la fecha real de ejecución. Los insumos que respaldan la información no se cargan al mismo tiempo que se lleva a cabo la actividad, lo que no garantiza una mayor precisión en los registros	Capacitar a los responsables de los procesos que intervienen en la gestión de planes de mejoramiento, designados por cada dirección como parte del fortalecimiento de las competencias de planes de mejoramiento	Gestión de Calidad	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Con los datos observados en el aplicativo ALMERA, no es posible comparar el tiempo real otorgado para ejecutar un plan de mejora con el tiempo efectivo de ejecución, dado que se observa de manera recurrente que los soportes de ejecución del plan se cargan en el sistema con retraso y en el aplicativo se registra la fecha en que se suben los insumos, en lugar de la fecha real de ejecución. Los insumos que respaldan la información no se cargan al mismo tiempo que se lleva a cabo la actividad, lo que no garantiza una mayor precisión en los registros	Verificar el avance de las oportunidades de mejora, como avance de seguimiento a los planes de mejoramiento	Gestión de Calidad	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PÚBLICA: APC055 MAYO 2024	Con los datos observados en el aplicativo ALMERA, no es posible comparar el tiempo real otorgado para ejecutar un plan de mejora con el tiempo efectivo de ejecución, dado que se observa de manera recurrente que los soportes de ejecución del plan se cargan en el sistema con retraso y en el aplicativo se registra la fecha en que se suben los insumos, en lugar de la fecha real de ejecución. Los insumos que respaldan la información no se cargan al mismo tiempo que se lleva a cabo la actividad, lo que no garantiza una mayor precisión en los registros	Retroalimentar los resultados del monitoreo a los planes de mejoramiento	Gestión de Calidad	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PÚBLICA: APC055 MAYO 2024	La meta establecida por la Subred para el indicador de razón prevalencia de Sfilis Gestacional es de (80,1 puntosC, de acuerdo a lo observado no se cumple con la meta propuesta por la Subred para este indicador, Se observa que frente a la meta establecida por la Subred (25,2 NVC no se ha cumplido durante el periodo evaluado 2020 al 2028, por el contrario, en las vigencias 2022 y 2028 son los más altos resultados con 18,6 x 1000 NV y 111 x 1000 NV respectivamente para el evento de Morbilidad Materna Extrema.	Realizar reunión de articulación entre la dinamizadora de la Ruta Materno Perinatal y la Referente del Entorno Hogar para generar acuerdos frente al seguimiento de las gestantes con sfilis gestacional y MME	Gestión Integral del Riesgo en Salud	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PÚBLICA: APC055 MAYO 2024	La meta establecida por la Subred para el indicador de razón prevalencia de Sfilis Gestacional es de (80,1 puntosC, de acuerdo a lo observado no se cumple con la meta propuesta por la Subred para este indicador, Se observa que frente a la meta establecida por la Subred (25,2 NVC no se ha cumplido durante el periodo evaluado 2020 al 2028, por el contrario, en las vigencias 2022 y 2028 son los más altos resultados con 18,6 x 1000 NV y 111 x 1000 NV respectivamente para el evento de Morbilidad Materna Extrema.	Enviar los casos identificados de Sfilis Gestacional y MME por parte de la RIA MP al Entorno Cuidador Hogar	Gestión Integral del Riesgo en Salud	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PÚBLICA: APC055 MAYO 2024	La meta establecida por la Subred para el indicador de razón prevalencia de Sfilis Gestacional es de (80,1 puntosC, de acuerdo a lo observado no se cumple con la meta propuesta por la Subred para este indicador, Se observa que frente a la meta establecida por la Subred (25,2 NVC no se ha cumplido durante el periodo evaluado 2020 al 2028, por el contrario, en las vigencias 2022 y 2028 son los más altos resultados con 18,6 x 1000 NV y 111 x 1000 NV respectivamente para el evento de Morbilidad Materna Extrema.	Realizar seguimiento a los casos de Sfilis Gestacional y MME enviados por la RIA MP	Gestión Integral del Riesgo en Salud	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FNCIN PÚBLICA: APC055 MAYO 2024	La meta establecida por la Subred para el indicador de razón prevalencia de Sfilis Gestacional es de (80,1 puntosC, de acuerdo a lo observado no se cumple con la meta propuesta por la Subred para este indicador, Se observa que frente a la meta establecida por la Subred (25,2 NVC no se ha cumplido durante el periodo evaluado 2020 al 2028, por el contrario, en las vigencias 2022 y 2028 son los más altos resultados con 18,6 x 1000 NV y 111 x 1000 NV respectivamente para el evento de Morbilidad Materna Extrema.	Envío de la Base de Seguidimientos realizados por el Entorno Hogar a la RIA MP	Gestión Integral del Riesgo en Salud	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las devoluciones: El 482 de las devoluciones corresponden a los Conceptos 841E Ausencia de soportes, el 28,52 al 821E Autorización personal no existe o no corresponde y el 15,72 al 816E suario o servicio corresponde a otro plan o responsable. (Ver Tabla 21C. De nuevo, esto evidenciara presuntas fallas en los procesos de armado y soporte de facturas. Al parecer, existen fallas en la identificación de las entidades a cargo de los pacientes y en el pago de los servicios causados, además de la consecución de los soportes de las cuentas, lo que ocasiona que el proceso de facturación no sea más ágil y eficiente.	Realizar plan de capacitación para facturadores por parte de líderes unidad	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las devoluciones: El 482 de las devoluciones corresponden a los Conceptos 841E Ausencia de soportes, el 28,52 al 821E Autorización personal no existe o no corresponde y el 15,72 al 816E suario o servicio corresponde a otro plan o responsable. (Ver Tabla 21C. De nuevo, esto evidenciara presuntas fallas en los procesos de armado y soporte de facturas. Al parecer, existen fallas en la identificación de las entidades a cargo de los pacientes y en el pago de los servicios causados, además de la consecución de los soportes de las cuentas, lo que ocasiona que el proceso de facturación no sea más ágil y eficiente.	Realizar reuniones mensuales con los líderes de admisiones y autorizaciones de cada unidad hospitalaria para socializar la información a todas las personas que hacen parte de la operación de Admisiones y autorizaciones urgencias, hospitalización y cirugía programada.	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las devoluciones: El 482 de las devoluciones corresponden a los Conceptos 841E Ausencia de soportes, el 28,52 al 821E Autorización personal no existe o no corresponde y el 15,72 al 816E suario o servicio corresponde a otro plan o responsable. (Ver Tabla 21C. De nuevo, esto evidenciara presuntas fallas en los procesos de armado y soporte de facturas. Al parecer, existen fallas en la identificación de las entidades a cargo de los pacientes y en el pago de los servicios causados, además de la consecución de los soportes de las cuentas, lo que ocasiona que el proceso de facturación no sea más ágil y eficiente.	Realizar auditorias a travGs del sistema de información para validar cargue completo de requerimientos y seguimientos a autorizaciones	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las devoluciones: El 482 de las devoluciones corresponden a los Conceptos 841E Ausencia de soportes, el 28,52 al 821E Autorización personal no existe o no corresponde y el 15,72 al 816E suario o servicio corresponde a otro plan o responsable. (Ver Tabla 21C. De nuevo, esto evidenciara presuntas fallas en los procesos de armado y soporte de facturas. Al parecer, existen fallas en la identificación de las entidades a cargo de los pacientes y en el pago de los servicios causados, además de la consecución de los soportes de las cuentas, lo que ocasiona que el proceso de facturación no sea más ágil y eficiente.	Tramitar o dar respuesta a las devoluciones se realice de forma oportuna	Gestión Financiera	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las devoluciones: El 482 de las devoluciones corresponden a los Conceptos 841E Ausencia de soportes, el 28,52 al 821E Autorización personal no existe o no corresponde y el 15,72 al 816E suario o servicio corresponde a otro plan o responsable. (Ver Tabla 21C. De nuevo, esto evidenciaría presuntas fallas en los procesos de armado y soporte de facturas. Al parecer, existen fallas en la identificación de las entidades a cargo de los pacientes y en el pago de los servicios causados, además de la consecución de los soportes de las cuentas, lo que ocasiona que el proceso de facturación no sea más ágil y eficiente.	Retroalimentar de forma mensual los diferentes motivos de devolución a las áreas involucradas.	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las glosas: El 55,12 de las glosas se producen por los motivos relacionados con Tarifas (mayores valores cobrados y con facturación (errores en el proceso de facturación. El 82,12 por presuntas fallas con las autorizaciones y soportes de las cuentas de cobro, mientras que el 7,22 están relacionados con el cobro de atenciones no incluidas en el plan de servicios del usuario o que están a cargo de otra entidad. En las cuatro causales, hubo tendencia al incremento de los valores glosados durante el periodo 2020 a 2028.	Realizar plan de capacitación para facturadores por parte de la unidad	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las glosas: El 55,12 de las glosas se producen por los motivos relacionados con Tarifas (mayores valores cobrados y con facturación (errores en el proceso de facturación. El 82,12 por presuntas fallas con las autorizaciones y soportes de las cuentas de cobro, mientras que el 7,22 están relacionados con el cobro de atenciones no incluidas en el plan de servicios del usuario o que están a cargo de otra entidad. En las cuatro causales, hubo tendencia al incremento de los valores glosados durante el periodo 2020 a 2028.	Realizar reuniones mensuales con los líderes de admisiones y autorizaciones de cada unidad hospitalaria para socializar la información a todas las personas que hacen parte de la operación de Admisiones y autorizaciones urgencias, hospitalización y cirugía programada.	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCIN PBLICA: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las glosas: El 55,12 de las glosas se producen por los motivos relacionados con Tarifas (mayores valores cobrados y con facturación (errores en el proceso de facturación. El 82,12 por presuntas fallas con las autorizaciones y soportes de las cuentas de cobro, mientras que el 7,22 están relacionados con el cobro de atenciones no incluidas en el plan de servicios del usuario o que están a cargo de otra entidad. En las cuatro causales, hubo tendencia al incremento de los valores glosados durante el periodo 2020 a 2028.	Realizar auditorías a travé del sistema de información para validar cargue completo de requerimientos y seguimientos a autorizaciones	Gestión Financiera	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCALIZACIÓN: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las glosas: El 55,12 de las glosas se producen por los motivos relacionados con Tarifas (mayores valores cobradosC y con facturación (errores en el proceso de facturación. El 82,12 por presuntas fallas con las autorizaciones y soportes de las cuentas de cobro, mientras que el 7,22 están relacionados con el cobro de atenciones no incluidas en el plan de servicios del usuario o que están a cargo de otra entidad. En las cuatro causales, hubo tendencia al incremento de los valores glosados durante el periodo 2020 a 2028.	Tramitar o dar respuesta a las glosas se realice de forma oportuna	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCALIZACIÓN: APC055 MAYO 2024	Comportamiento de las glosas: El 55,12 de las glosas se producen por los motivos relacionados con Tarifas (mayores valores cobradosC y con facturación (errores en el proceso de facturación. El 82,12 por presuntas fallas con las autorizaciones y soportes de las cuentas de cobro, mientras que el 7,22 están relacionados con el cobro de atenciones no incluidas en el plan de servicios del usuario o que están a cargo de otra entidad. En las cuatro causales, hubo tendencia al incremento de los valores glosados durante el periodo 2020 a 2028.	Retroalimentar de forma mensual los diferentes motivos de objeción a las áreas involucradas.	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCALIZACIÓN: APC055 MAYO 2024	En lo relacionado con la radicación de las cuentas de cobro, se observó al corte del último día del año de las respectivas vigencias, que cerca del 102 de las cuentas quedaron radicadas ante la respectiva entidad pagadora, 274 evidenciándose un retraso del 102 aproximadamente. (Ver Tabla 28C. Lo anterior, al parecer indicara posibles fallas de oportunidad en la ejecución de los procesos previos a la radicación relacionados con el soporte, armado y auditora de las facturas emitidas por venta de servicios de salud.	Centralizar el proceso de armado de cuentas de HOSP, CI y RG en SBA donde se ajusta el proceso de organización y soporte de las cuentas optimizando tiempos de entrega al área de radicación de la facturación pendiente por radicar, de igual manera se realiza seguimiento a la entrega y recolección de facturas de servicios ambulatorios por las diferentes unidadesA con el fin de agilizar la radicación del giro directo antes del 15 de cada mes y presentar resultado al Comité de Gestión de Ingresos	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCALIZACIÓN: APC055 MAYO 2024	En lo relacionado con la radicación de las cuentas de cobro, se observó al corte del último día del año de las respectivas vigencias, que cerca del 102 de las cuentas quedaron radicadas ante la respectiva entidad pagadora, 274 evidenciándose un retraso del 102 aproximadamente. (Ver Tabla 28C. Lo anterior, al parecer indicara posibles fallas de oportunidad en la ejecución de los procesos previos a la radicación relacionados con el soporte, armado y auditora de las facturas emitidas por venta de servicios de salud.	Realizar el seguimiento diario a la Central de Radicación en la entrega de la estructura de cuentas de cobro al área de RIPS con el fin de agilizar el proceso de generación y validación de los Registro Individuales Prestación de Servicios	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM62_2024 PERSONERIA PREVENCIÓN Y CONTROL A LA FISCALIZACIÓN: APC055 MAYO 2024	En lo relacionado con la radicación de las cuentas de cobro, se observó al corte del último día del año de las respectivas vigencias, que cerca del 102 de las cuentas quedaron radicadas ante la respectiva entidad pagadora, 274 evidenciándose un retraso del 102 aproximadamente. (Ver Tabla 28C. Lo anterior, al parecer indicara posibles fallas de oportunidad en la ejecución de los procesos previos a la radicación relacionados con el soporte, armado y auditora de las facturas emitidas por venta de servicios de salud.	Conciliar la facturación pendiente por radicar entre facturación y contabilidad y presentar el resultado de la misma en el Comité de Gestión de Ingresos.	Gestión Financiera	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.8 Talento Humano (mGdicos especialistasC. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782	Realizar seguimiento semanal a los reportes de asistencia de especialistas y contrastarlos con la programaci. n.	Gesti.n Hospitalaria	ATRASADA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.8 Talento Humano (mGdicos especialistasC. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782	Analizar causas de inasistencia y elaborar reportes mensuales para la Direccion Hospitalaria, Subdirecci.n Cientfica y Talento Humano.	Gesti.n Hospitalaria	ATRASADA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.8 Talento Humano (mGdicos especialistasC. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782	Reformular estrategias si el porcentaje de asistencia no mejora despuGs de dos meses de implementaci.n	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.8 Talento Humano (mGdicos especialistasC. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782	Reconocer el cumplimiento de los equipos o servicios que logren mantener altos niveles de asistencia, como estrategia de motivaci.n y sostenibilidad.	Gesti.n Hospitalaria	ATRASADA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.8 SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS M IR RGICOS E 8.8.2 Talento Humano. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025 E En la SS Engativ6, se present. diferencia en la programaci.n de auxiliares enfermera de las (5C programadas, no estaba presente (1C se encontraba de compensatorio.	Optimizar la programaci.n del personal de enfermera para asegurar cobertura eficiente y continuidad en la atenci.n.	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.8 SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS M IR RGICOS E 8.8.2 Talento Humano. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025 E En la SS Engativ6, se present. diferencia en la programaci.n de auxiliares enfermera de las (5C programadas, no estaba presente (1C se encontraba de compensatorio.	Realizar censo diario al personal asistencial en cada servicio de las unidades hospitalarias	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.8 SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS M IR RGICOS E 8.8.2 Talento Humano. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025 E En la SS Engativ6, se present. diferencia en la programaci.n de auxiliares enfermera de las (5C programadas, no estaba presente (1C se encontraba de compensatorio.	Realizar censo diario al personal asistencial en cada servicio de las unidades hospitalarias	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.8 SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS M IR RGICOS E 8.8.2 Talento Humano. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025 E En la SS Engativ6, se present. diferencia en la programaci.n de auxiliares enfermera de las (5C programadas, no estaba presente (1C se encontraba de compensatorio.	Mejorar la frecuencia de revisi.n o el canal de comunicaci.n si hay demoras.	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.8 SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS M IR GICOS E 8.8.2 Talento Humano. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025 E En la SS Engativ6, se present. diferencia en la programaci.n de auxiliares enfermera de las (5C programadas, no estaba presente (1C se encontraba de compensatorio.	Identificar barreras y propuestas de mejora.	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.4 Capacidad instalada. Halla:go: Hospital CES S BA: K Se identificaron unidades con niveles significativamente bajos de uso, como SS suba con un 502. Toma Hospitales 24/04/2025. Capacidad de consultorios habilitados 18 Vs utili:ados a la visita administrativa 1. (CONS LTA ENTERNAC	Programar jornadas de sociali:aci.n del documento institucional que establece los par6metros de almacenamiento en farmacias	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.4 Capacidad instalada. Halla:go: Hospital CES S BA: K Se identificaron unidades con niveles significativamente bajos de uso, como SS suba con un 502. Toma Hospitales 24/04/2025. Capacidad de consultorios habilitados 18 Vs utili:ados a la visita administrativa 1. (CONS LTA ENTERNAC	Realizar las jornadas de sociali:aci.n al personal de farmacia	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.4 Capacidad instalada. Halla:go: Hospital CES S BA: K Se identificaron unidades con niveles significativamente bajos de uso, como SS suba con un 502. Toma Hospitales 24/04/2025. Capacidad de consultorios habilitados 18 Vs utili:ados a la visita administrativa 1. (CONS LTA ENTERNAC	Evaluar adherencia al documento institucional de control de inventarios	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIA: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.4 Capacidad instalada. Halla:go: Hospital CES S BA: K Se identificaron unidades con niveles significativamente bajos de uso, como SS suba con un 502. Toma Hospitales 24/04/2025. Capacidad de consultorios habilitados 18 Vs utili:ados a la visita administrativa 1. (CONS LTA ENTERNAC	Realizar retroalimentaci.n de las desviaciones encontradas en la evaluaci.n de adherencia	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	ATENCION AL SARIO: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.1 Agendamiento de citas. Halla:go: Hospital Sim.n Bolvar: K Oftalmologa: Toma Hospitales 24/04/2025. La primera ve: que le fue asignada fue 22 de mar:o de 2024. Falencias en la facturaci.n, atenci.n al usuario y asignaci.n de citas (va telef.nica y presencialC . Problemas con la EPS Coosalud, usuarios por fuera de cobertura.	Actualizar el procedimiento de asignaci.n de citas, para la Subred	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	ATENCION AL SARIO: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.1 Agendamiento de citas. Halla:go: Hospital Sim.n Bolvar: K Oftalmologa: Toma Hospitales 24/04/2025. La primera ve: que le fue asignada fue 22 de mar:o de 2024. Falencias en la facturaci.n, atenci.n al usuario y asignaci.n de citas (va telef.nica y presencialC . Problemas con la EPS Coosalud, usuarios por fuera de cobertura.	Socializar el propcedimiento de asignacion de citas con las Greas involucradas	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	ATENCION AL SARIO: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIADA E 8.4.1 Agendamiento de citas. Halla:go: Hospital Sim.n Bolvar: K Oftalmologa: Toma Hospitales 24/04/2025. La primera ve: que le fue asignada fue 22 de mar:o de 2024. Falencias en la facturaci.n, atenci.n al usuario y asignaci.n de citas (va telef.nica y presencialC . Problemas con la EPS Coosalud, usuarios por fuera de cobertura.	Medir la Adherencia al procedimiento de asignacion de citas y satisfaccion el cliente en el uso de los canales	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIAE RGENCIASE E COMPLEMENTARIOS: 8.8 E 8.8.2 Talento Humano. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025 E En la SS Engativ6, se present. diferencia en la programaci.n de auxiliares enfermera de las (5C programadas, no estaba presente (1C se encontraba de compensatorio. K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782 K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782	Revisar los documentos institucionales relacionados con el establecimiento de la suficiencia de talento humano asistencial	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIAE RGENCIASE E COMPLEMENTARIOS: 8.8 E 8.8.2 Talento Humano. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025 E En la SS Engativ6, se present. diferencia en la programaci.n de auxiliares enfermera de las (5C programadas, no estaba presente (1C se encontraba de compensatorio. K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782 K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782	Actuali:ar los documentos institucionales relacionados con el establecimiento de la suficiencia del talento humano asistencial en los servicios.	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIAE RGENCIASE E COMPLEMENTARIOS: 8.8 E 8.8.2 Talento Humano. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025 E En la SS Engativ6, se present. diferencia en la programaci.n de auxiliares enfermera de las (5C programadas, no estaba presente (1C se encontraba de compensatorio. K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782 K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782	Sociali:ar los documentos institucionales relacionados con el establecimiento de la suficiencia del talento humano asistencial en los servicios haciendo énfasis en los puntos de control	Gesti.n Hospitalaria	ATRASADA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN HOSPITALARIAE RGENCIASE E COMPLEMENTARIOS: 8.8 E 8.8.2 Talento Humano. Halla:go: Hospital Engativ6: K Toma Hospitales 24/04/2025 E En la SS Engativ6, se present. diferencia en la programaci.n de auxiliares enfermera de las (5C programadas, no estaba presente (1C se encontraba de compensatorio. K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782 K Toma Hospitales 24/04/2025. Especialistas programados: 27 vs Especialistas prestando servicio: 21 E 2 de asistencia especialistas 77,782	Monitorear la suficiencia del talento humano asistencial segHn lo programado en los diferentes servicios	Gesti.n Hospitalaria	ATRASADA	66.62
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: PCAPACIDAD INSTALADA/ OC PACIN:Q REn cuanto a la observaci.n pedi6trica, el promedio general es ligeramente superior al 1002 (1012C, lo que implica que incluso esta 6rea tambiGn experimenta presi.n asistencial. Persiste un caso especialmente crtico en SS Nuevo Bosa (7002C, seguido por SS San Blas (1752C y SS Suba (107,12C	Anali:ar y redefinir la oferta de servicios ambulatorios de la Subred en el marco del modelo MAS Bienestar	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: PCAPACIDAD INSTALADA/ OC PACIN:Q REn cuanto a la observaci.n pedi6trica, el promedio general es ligeramente superior al 1002 (1012C, lo que implica que incluso esta 6rea tambiGn experimenta presi.n asistencial. Persiste un caso especialmente crtico en SS Nuevo Bosa (7002C, seguido por SS San Blas (1752C y SS Suba (107,12C	Reorgani:ar y ampliar la oferta de servicios ambulatorios de la subred en el marco del modelo mas bienestar ( capa ambulatoriaC	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	TICS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: K El hospital reporta que la demora se debi. a una falla en el sistema.	Levantamiento de los requerimientos tGcnicos de los sSitches a adquirir.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	TICS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: K El hospital reporta que la demora se debi. a una falla en el sistema.	Elaboraci.n de la Solicitud de bienes y servicios	Ge sti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	TICS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: K El hospital reporta que la demora se debi. a una falla en el sistema.	Publicaci.n y aprobaci.n de los estudios de mercado para el proceso de adquisici.n	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	TICS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: K El hospital reporta que la demora se debi. a una falla en el sistema.	Proceso de contrataci.n para la adquisici.n de los sSitches	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: Validar con los servicios la necesidad de camas, camillas, sillas y poltronas para atenci.n del paciente	Mesa de trabajo con Direcci.n de rgencias y Direcci.n Administrativa para validar las necesidades de silla, camillas y potronas en el servicio.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: Validar con los servicios la necesidad de camas, camillas, sillas y poltronas para atenci.n del paciente	Realizar ronda en el que se estable:can las necesidades del servicio de acuerdo a la necesidad y atencion de pacientes	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	TICS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: K La atenci.n de urgencias pedi6tricas no cuenta con digiturnoA los turnos se asignan manualmente por el vigilante.	Levantamiento de los requerimientos tGcnicos del digiturno a adquirir.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	TICS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: K La atenci.n de urgencias pedi6tricas no cuenta con digiturnoA los turnos se asignan manualmente por el vigilante.	Elaboraci.n de la Solicitud de bienes y servicios	Ge sti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	TICS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: K La atenci.n de urgencias pedi6tricas no cuenta con digiturnoA los turnos se asignan manualmente por el vigilante.	Publicaci.n y aprobaci.n de los estudios de mercado para el proceso de adquisici.n	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	TICS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6: K La atenci.n de urgencias pedi6tricas no cuenta con digiturnoA los turnos se asignan manualmente por el vigilante.	Proceso de contrataci.n para la adquisici.n del dig iturno	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6, Hospital de Suba y Hospital Simon Bolivar K Demoras en el reporte de ex6menes de laboratorio lo que genera demoras en la resolutividad de los pacientes de urgencias	Realizar cronograma de capacitaci.n en el plan de contingencia	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6, Hospital de Suba y Hospital Simon Bolivar K Demoras en el reporte de ex6menes de laboratorio lo que genera demoras en la resolutividad de los pacientes de urgencias	Capacitar la ejecuci.n del plan de contingencia	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6, Hospital de Suba y Hospital Simon Bolivar K Demoras en el reporte de ex6menes de laboratorio lo que genera demoras en la resolutividad de los pacientes de urgencias	Realizar simulacros para activaci.n del plan de contingencia	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6, Hospital de Suba y Hospital Simon Bolivar K Demoras en el reporte de ex6menes de laboratorio lo que genera demoras en la resolutividad de los pacientes de urgencias	Monitorear la entrega de resultados de laboratorio clinico en el marco del plan de contingencia	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6, Hospital de Suba y Hospital Simon Bolivar K Demoras en el reporte de ex6menes de laboratorio lo que genera demoras en la resolutividad de los pacientes de urgencias	Tomar correctivos de acuerdo a las desviaciones encontradas.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6, Hospital de Suba y Hospital Simon Bolivar K Demoras en el reporte de ex6menes de laboratorio lo que genera demoras en la resolutividad de los pacientes de urgencias	Priori:ar acciones acordes al I instructivo MIEG EIE81E02 Planeaci.n de acciones frente a la sobreocupaci.n en urgencias.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6, Hospital de Suba y Hospital Simon Bolivar K Demoras en el reporte de ex6menes de laboratorio lo que genera demoras en la resolutividad de los pacientes de urgencias	Ejecutar acciones acordes al I instructivo MIEG EIE81E02: Planeaci.n de acciones frente a la sobreocupaci.n en urgencias.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6, Hospital de Suba y Hospital Simon Bolivar K Demoras en el reporte de ex6menes de laboratorio lo que genera demoras en la resolutividad de los pacientes de urgencias	Aplicar lista de chequeo MIEG EF 40 en el servicio de urgencias	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: Hospital Engativ6, Hospital de Suba y Hospital Simon Bolivar K Demoras en el reporte de ex6menes de laboratorio lo que genera demoras en la resolutividad de los pacientes de urgencias	Tomar medidas ante desviaciones encontradas en los resultados de la lista de chequeo por sobreocupaci.n en el servicio de urgencias	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: 8.1 SERVICIO FARMACU TICO E 8.1.2 Medicamentos vencidos. Disposici.n de los medicamentos vencidos en la farmacia. Halla:gos: Hospital Engativ6: K Indicaron no contar con un 6rea especfica para su disposici.n dentro de la sede hospitalaria	Programar jornadas de sociali:aci.n del documento institucional que establece los par6metros de almacenamiento en farmacias	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: 8.1 SERVICIO FARMACU TICO E 8.1.2 Medicamentos vencidos. Disposici.n de los medicamentos vencidos en la farmacia. Halla:gos: Hospital Engativ6: K Indicaron no contar con un 6rea especfica para su disposici.n dentro de la sede hospitalaria	Realiz:ar las jornadas de sociali:aci.n al personal de farmacia	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: 8.1 SERVICIO FARMACU TICO E 8.1.2 Medicamentos vencidos. Disposici.n de los medicamentos vencidos en la farmacia. Halla:gos: Hospital Engativ6: K Indicaron no contar con un 6rea especfica para su disposici.n dentro de la sede hospitalaria	Evaluar adherencia al documento institucional de control de inventarios	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: 8.1 SERVICIO FARMACU TICO E 8.1.2 Medicamentos vencidos. Disposici.n de los medicamentos vencidos en la farmacia. Halla:gos: Hospital Engativ6: K Indicaron no contar con un 6rea especifica para su disposici.n dentro de la sede hospitalaria	Realiz:ar retroalimentaci.n de las desviaciones encontradas en la evaluaci.n de adherencia	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: PCAPACIDAD INSTALADA/ OC PACIN:Q REn cuanto a la observaci.n pedi6trica, el promedio general es ligeramente superior al 1002 (1012C, lo que implica que incluso esta 6rea tambiGn experimenta presi.n asistencial. Persiste un caso especialmente crtico en SS Nuevo Bosa (7002C, seguido por SS San Blas (1752C y SS Suba (107,12C	Implementar estrategias enfocadas en mejorar la captaci.n de pacientes candidatos al programa de atenci.n domiciliaria.	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: PCAPACIDAD INSTALADA/ OC PACIN:Q REn cuanto a la observaci.n pedi6trica, el promedio general es ligeramente superior al 1002 (1012C, lo que implica que incluso esta 6rea tambiGn experimenta presi.n asistencial. Persiste un caso especialmente crtico en SS Nuevo Bosa (7002C, seguido por SS San Blas (1752C y SS Suba (107,12C	Monitorear la ocupaci.n de los servicios de urgenci as	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE RGENCIAS: 8.2 SERVICIO DE RGENCIAS E 8.2.4 Observaciones generales O Servicio de rgencias. Halla:gos: PCAPACIDAD INSTALADA/ OC PACIN:Q REn cuanto a la observaci.n pedi6trica, el promedio general es ligeramente superior al 1002 (1012C, lo que implica que incluso esta 6rea tambiGn experimenta presi.n asistencial. Persiste un caso especialmente crtico en SS Nuevo Bosa (7002C, seguido por SS San Blas (1752C y SS Suba (107,12C	Tomar medidas ante desviaciones encontradas en los resultados por sobreocupaci.n en el servicio de urg encias	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: 8.1 SERVICIO FARMACU TICO E 8.1.1 Inventario fsico. Halla:gos: Diferencia de inventarios en los servicios farmacGuticos de: SS Engativ6: nidades ubicadas en otra SS, por falta de capacidad de almacenamiento y Sobrantes sin soporte SS Sim.n Bolvar: Errores de digitaci.n en la prescripci.n del medicamento SS Suba: Ordenes de entrega de medicamentos sin incluir en el sistema	Actualiz:ar el documento institucional de manejo de inventarios en farmacia, incluyendo puntos de control para medicamentos de alta rotaci.n en la Subred	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: 8.1 SERVICIO FARMACU TICO E 8.1.1 Inventario fsico. Halla:gos: Diferencia de inventarios en los servicios farmacGuticos de: SS Engativ6: nidades ubicadas en otra SS, por falta de capacidad de almacenamiento y Sobrantes sin soporte SS Sim.n Bolvar: Errores de digitaci.n en la prescripci.n del medicamento SS Suba: Ordenes de entrega de medicamentos sin incluir en el sistema	Sociali:ar el documento haciendo Gnfasis en los puntos de control.	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: 8.1 SERVICIO FARMACU TICO E 8.1.1 Inventario fsico. Halla:gos: Diferencia de inventarios en los servicios farmacGuticos de: SS Engativ6: nidades ubicadas en otra SS, por falta de capacidad de almacenamiento y Sobrantes sin soporte SS Sim.n Bolvar: Errores de digitaci.n en la prescripci.n del medicamento SS Suba: Ordenes de entrega de medicamentos sin incluir en el sistema	Evaluar adherencia al documento institucional de control de inventarios	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	GESTIN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: 8.1 SERVICIO FARMACU TICO E 8.1.1 Inventario fsico. Halla:gos: Diferencia de inventarios en los servicios farmacGuticos de: SS Engativ6: nidades ubicadas en otra SS, por falta de capacidad de almacenamiento y Sobrantes sin soporte SS Sim.n Bolvar: Errores de digitaci.n en la prescripci.n del medicamento SS Suba: Ordenes de entrega de medicamentos sin incluir en el sistema	Realiz:ar retroalimentaci.n de las desviaciones encontradas en la evaluaci.n de adherencia	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM81_2025 VISITA ADMINISTRATIVA PERSONERIA S B RED NORTE S BA, ENGATIVA Y SIMON BOLIVAR	ATENCION AL SARIO: 8.4 SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIJADA E 8.4.1 Agendamiento de citas. Halla:go: Hospital Sim.n Bolvar: K Oftalmologa: Toma Hospitales 24/04/2025. La primera ve: que le fue asignada fue 22 de mar:o de 2024. Falencias en la facturaci.n, atenci.n al usuario y asignaci.n de citas (va telef.nica y presencialC . Problemas con la EPS Coosalud, usuarios por fuera de cobertura.	Realiz:ar acciones de mejora segHn los resultados	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	En la SS CSE Suba se identificaron condiciones locativas con riesgo (techos deteriorados y cables expuestosC. En CSE Suba se observaron deterioros en techos y paredesA adem6s, se report. vencimiento pr.ximo de extintores y ausencia parcial de sillas escuali:ables (solo 7 disponibles de 20 registradasC. En la SS Suba las camillas en observaci.n no cuentan con divisiones fsicas fijas o m.viles para garanti:ar privacidad	Identificar, priori:ar y programar adecuadamente las intervenciones locativas para mitigar riesgos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	En la SS CSE Suba se identificaron condiciones locativas con riesgo (techos deteriorados y cables expuestosC. En CSE Suba se observaron deterioros en techos y paredesA adem6s, se report. vencimiento pr.ximo de extintores y ausencia parcial de sillas escual:ables (solo 7 disponibles de 20 registradasC. En la SS Suba las camillas en observaci.n no cuentan con divisiones fsicas fijas o m.viles para garanti:ar privacidad	Iniciar las actividades programadas una ve: se cuente con materiales y equipo tGcnico disponible.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	102
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	En la SS CSE Suba se identificaron condiciones locativas con riesgo (techos deteriorados y cables expuestosC. En CSE Suba se observaron deterioros en techos y paredesA adem6s, se report. vencimiento pr.ximo de extintores y ausencia parcial de sillas escual:ables (solo 7 disponibles de 20 registradasC. En la SS Suba las camillas en observaci.n no cuentan con divisiones fsicas fijas o m.viles para garanti:ar privacidad	Verificar si las condiciones reportadas fueron atendidas y cerradas adecuadamente.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	502
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	En la SS CSE Suba se identificaron condiciones locativas con riesgo (techos deteriorados y cables expuestosC. En CSE Suba se observaron deterioros en techos y paredesA adem6s, se report. vencimiento pr.ximo de extintores y ausencia parcial de sillas escual:ables (solo 7 disponibles de 20 registradasC. En la SS Suba las camillas en observaci.n no cuentan con divisiones fsicas fijas o m.viles para garanti:ar privacidad	Garanti:ar la articulaci.n permanente entre las 6reas tGcnicas, administrativas y asistenciales.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	An6lisis de tiempos no visibles en el sistema para pacientes Triage II: desde la llegada a la SS hasta la atenci.n mGdica. En las cuatro Subredes, el registro del ingreso de los pacientes al servicio de urgencias es reali:ado por los guardas de seguridad, quienes consignan esta informaci.n en bit6coras fsicas, lo cual implica delegaci.n de esta funci.n a terceros y la exclusi.n del registro dentro de la informaci.n clinica. Sin embargo, en ninguna de las salas de espera de urgencias de las Subredes se evidenci. el cumplimiento de este criterio. Durante las visitas, se observaron pacientes que llevaban m6s de dos horas en espera sin haber recibido atenci.n mGdica inicial, lo que representa un riesgo de complicaci.n mGdica. En Suba, no se asignan turnos previamenteA el ingreso se reali:a por orden de llegada.	Realiz:ar mesa de trabajo con laboratorio clinico para acceder a los resultados de los ex6menes en caso de falla o cada de sistema	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	Análisis de tiempos no visibles en el sistema para pacientes Triage II: desde la llegada a la SS hasta la atención médica. En las cuatro Subredes, el registro del ingreso de los pacientes al servicio de urgencias es realizado por los guardas de seguridad, quienes consignan esta información en bitácoras físicas, lo cual implica delegación de esta función a terceros y la exclusión del registro dentro de la información clínica. Sin embargo, en ninguna de las salas de espera de urgencias de las Subredes se evidenció el cumplimiento de este criterio. Durante las visitas, se observaron pacientes que llevaban más de dos horas en espera sin haber recibido atención médica inicial, lo que representa un riesgo de complicación médica. En Suba, no se asignan turnos previamente al ingreso se realiza por orden de llegada.	Socializar estrategia para acceder a los resultados de laboratorios en caso de falla de sistema	Gestión de urgencias	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	Análisis de tiempos no visibles en el sistema para pacientes Triage II: desde la llegada a la SS hasta la atención médica. En las cuatro Subredes, el registro del ingreso de los pacientes al servicio de urgencias es realizado por los guardas de seguridad, quienes consignan esta información en bitácoras físicas, lo cual implica delegación de esta función a terceros y la exclusión del registro dentro de la información clínica. Sin embargo, en ninguna de las salas de espera de urgencias de las Subredes se evidenció el cumplimiento de este criterio. Durante las visitas, se observaron pacientes que llevaban más de dos horas en espera sin haber recibido atención médica inicial, lo que representa un riesgo de complicación médica. En Suba, no se asignan turnos previamente al ingreso se realiza por orden de llegada.	Medir adherencia a la estrategia implementada para acceder a los resultados de laboratorios en caso de falla de sistema	Gestión de urgencias	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	Análisis de tiempos no visibles en el sistema para pacientes Triage II: desde la llegada a la SS hasta la atención médica. En las cuatro Subredes, el registro del ingreso de los pacientes al servicio de urgencias es realizado por los guardas de seguridad, quienes consignan esta información en bitácoras físicas, lo cual implica delegación de esta función a terceros y la exclusión del registro dentro de la información clínica. Sin embargo, en ninguna de las salas de espera de urgencias de las Subredes se evidenció el cumplimiento de este criterio. Durante las visitas, se observaron pacientes que llevaban más de dos horas en espera sin haber recibido atención médica inicial, lo que representa un riesgo de complicación médica. En Suba, no se asignan turnos previamente al ingreso se realiza por orden de llegada.	Retroalimentación ante desviaciones encontradas en la adherencia a la estrategia para reporte de laboratorios en caso de falla del sistema	Gestión de urgencias	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	Análisis de tiempos no visibles en el sistema para pacientes Triage II: desde la llegada a la SS hasta la atención médica. En las cuatro Subredes, el registro del ingreso de los pacientes al servicio de urgencias es realizado por los guardas de seguridad, quienes consignan esta información en bitácoras físicas, lo cual implica delegación de esta función a terceros y la exclusión del registro dentro de la información clínica. Sin embargo, en ninguna de las salas de espera de urgencias de las Subredes se evidenció el cumplimiento de este criterio. Durante las visitas, se observaron pacientes que llevaban más de dos horas en espera sin haber recibido atención médica inicial, lo que representa un riesgo de complicación médica. En Suba, no se asignan turnos previamente al ingreso se realiza por orden de llegada.	Aplicar lista de chequeo MIEG EF 40 en el servicio de urgencias	Gestión de urgencias	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	Análisis de tiempos no visibles en el sistema para pacientes Triage II: desde la llegada a la SS hasta la atención médica. En las cuatro Subredes, el registro del ingreso de los pacientes al servicio de urgencias es realizado por los guardas de seguridad, quienes consignan esta información en bitácoras físicas, lo cual implica delegación de esta función a terceros y la exclusión del registro dentro de la información clínica. Sin embargo, en ninguna de las salas de espera de urgencias de las Subredes se evidenció el cumplimiento de este criterio. Durante las visitas, se observaron pacientes que llevaban más de dos horas en espera sin haber recibido atención médica inicial, lo que representa un riesgo de complicación médica. En Suba, no se asignan turnos previamente al ingreso se realiza por orden de llegada.	Tomar medidas ante desviaciones encontradas en los resultados de la lista de chequeo por sobreocupación en el servicio de urgencias	Gestión de urgencias	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	Oportunidad en la Atención (Triage IIC: En las SS Suba y Vennedy, los tiempos promedio de espera para atención médica inicial de pacientes TRIAGE II fueron de 1 hora 51 minutos y 1 hora 81 minutos, respectivamente, excediendo ampliamente el límite normativo de 80 minutos. Esta demora representa un riesgo grave para la salud y la vida de pacientes con condiciones prioritarias que requieren atención urgente, comprometiendo la garantía del derecho a la salud y la oportunidad en la atención.	Cronograma de capacitación para socialización del Ciclo de urgencias con código MIEG EPCE02	Gestión de urgencias	Cumplida	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	Oportunidad en la Atención (Triage IIC: En las SS Suba y Vennedy, los tiempos promedio de espera para atención médica inicial de pacientes TRIAGE II fueron de 1 hora 51 minutos y 1 hora 81 minutos, respectivamente, excediendo ampliamente el límite normativo de 80 minutos. Esta demora representa un riesgo grave para la salud y la vida de pacientes con condiciones prioritarias que requieren atención urgente, comprometiendo la garantía del derecho a la salud y la oportunidad en la atención.	Socializar ciclo de urgencias MIEG EPCE02 a todo el personal de urgencias	Gestión de urgencias	Cumplida	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	Oportunidad en la Atenci.n (Triage IIC:En las SS Suba y Vennedy, los tiempos promedio de espera para atenci.n mGdica inicial de pacientes TRIAGE II fueron de 1 hora 51 minutos y 1 hora 81 minutos, respectivamente, excediendo ampliamente el lmite normativo de 80 minutos. Esta demora representa un riesgo grave para la salud y la vida de pacientes con condiciones prioritarias que requieren atenci.n urgente, comprometiendo la garanta del derecho a la salud y la oportunidad en la atenci.n.	Aplicar lista de chequeo MIEG EF88 haciendo Gnfasis en tiempos de atenci.n en triage	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	Oportunidad en la Atenci.n (Triage IIC:En las SS Suba y Vennedy, los tiempos promedio de espera para atenci.n mGdica inicial de pacientes TRIAGE II fueron de 1 hora 51 minutos y 1 hora 81 minutos, respectivamente, excediendo ampliamente el lmite normativo de 80 minutos. Esta demora representa un riesgo grave para la salud y la vida de pacientes con condiciones prioritarias que requieren atenci.n urgente, comprometiendo la garanta del derecho a la salud y la oportunidad en la atenci.n.	Retroalimentar desviaciones para tomar acciones correctivas	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	En la SS Suba las camillas en observaci.n no cuentan con divisiones fsicas fijas o m.viles para garanti:ar privacidad	Coordinar con el 6rea asistencial y de calidad para formali:ar el requerimiento.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	En la SS Suba las camillas en observaci.n no cuentan con divisiones fsicas fijas o m.viles para garanti:ar privacidad	Realiz:ar visita tGcnica (si aplicaC para determinar el tipode divisi.n m6s adecuada (fija o m.vilC.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	En la SS Suba las camillas en observaci.n no cuentan con divisiones fsicas fijas o m.viles para garanti:ar privacidad	Validar con el personal asistencial si la medida adoptada cumple con la necesidad de privacidad.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	502
Externa	Personera	PM54_2025 GESTIN INTEGRAL S B RED NORTE E 2024, GESTIN CLINICA DE RGENCIAS	En la SS Suba las camillas en observaci.n no cuentan con divisiones fsicas fijas o m.viles para garanti:ar privacidad	Incluir en futuras inspecciones o recorridos una verificaci.n especfica de condiciones que afecten la privacidad del paciente.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	<p>En los informes de satisfacci.n de los usuarios, correspondientes a la vigencia 2024, no se evidenciaron acciones de seguimiento y mejora para fortalecer el servicio de consulta externa especiali:ada y as lograr el funcionamiento .ptimo y efectivo del servicio y los canales de agendamiento.</p> <p>La subred report. motivos de insatisfacci.n en la evaluaci.n reali:ada por la Oficina de Participaci.n, los cuales fueron recurrentes en las respuestas de las encuestas reali:adas por este ente de control y no se evidenciaron acciones de seguimiento e implementaci.n de acciones de mejora correctivas, las medidas deben ir acompa-adas de un monitoreo riguroso que lleve a una mejora continua en la calidad y oportunidad de la atenci.n, en cumplimiento con la normativa vigente y con las expectativas legítimas de los usuarios del sist.ema.</p>	<p>Dise- ar e institucionali:ar un procedimiento para la gesti.n de halla:gos de satisfacci.n e insatisfacci.n del usuario, que incluya:Mecanismo de sociali:aci.n, Formulaci.n obligatoria de acciones de mejora por parte de las 6reas responsables, Definici.n de indicadores y responsables de seguimiento.</p>	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	<p>En los informes de satisfacci.n de los usuarios, correspondientes a la vigencia 2024, no se evidenciaron acciones de seguimiento y mejora para fortalecer el servicio de consulta externa especiali:ada y as lograr el funcionamiento .ptimo y efectivo del servicio y los canales de agendamiento.</p> <p>La subred report. motivos de insatisfacci.n en la evaluaci.n reali:ada por la Oficina de Participaci.n, los cuales fueron recurrentes en las respuestas de las encuestas reali:adas por este ente de control y no se evidenciaron acciones de seguimiento e implementaci.n de acciones de mejora correctivas, las medidas deben ir acompa-adas de un monitoreo riguroso que lleve a una mejora continua en la calidad y oportunidad de la atenci.n, en cumplimiento con la normativa vigente y con las expectativas legítimas de los usuarios del sist.ema.</p>	<p>Implementar el procedimiento institucional mediante la sociali:aci.n con todos los lderes de proceso.</p>	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	<p>En los informes de satisfacci.n de los usuarios, correspondientes a la vigencia 2024, no se evidenciaron acciones de seguimiento y mejora para fortalecer el servicio de consulta externa especiali:ada y as lograr el funcionamiento .ptimo y efectivo del servicio y los canales de agendamiento.</p> <p>La subred report. motivos de insatisfacci.n en la evaluaci.n reali:ada por la Oficina de Participaci.n, los cuales fueron recurrentes en las respuestas de las encuestas reali:adas por este ente de control y no se evidenciaron acciones de seguimiento e implementaci.n de acciones de mejora correctivas, las medidas deben ir acompa-adas de un monitoreo riguroso que lleve a una mejora continua en la calidad y oportunidad de la atenci.n, en cumplimiento con la normativa vigente y con las expectativas legítimas de los usuarios del sist.ema.</p>	<p>Crear un tablero de control digital para hacer tra:abilidad de cada halla:go y acci.n de mejora.</p>	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	<p>En los informes de satisfacci.n de los usuarios, correspondientes a la vigencia 2024, no se evidenciaron acciones de seguimiento y mejora para fortalecer el servicio de consulta externa especiali:ada y as lograr el funcionamiento .ptimo y efectivo del servicio y los canales de agendamiento.</p> <p>La subred report. motivos de insatisfacci.n en la evaluaci.n reali:ada por la Oficina de Participaci.n, los cuales fueron recurrentes en las respuestas de las encuestas reali:adas por este ente de control y no se evidenciaron acciones de seguimiento e implementaci.n de acciones de mejora correctivas, las medidas deben ir acompa-adas de un monitoreo riguroso que lleve a una mejora continua en la calidad y oportunidad de la atenci.n, en cumplimiento con la normativa vigente y con las expectativas legítimas de los usuarios del sist.ema.</p>	Realiz:ar seguimiento trimestral al cumplimiento de acciones de mejora y evaluar resultados mediante seguimiento al cumplimiento de las acciones y el impacto en la satisfacci.n final.	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	De otro lado, con la aplicaci.n de las encuestas reali:adas por esta Personera Delegada, en cuanto al atributo de accesibilidad a los servicios de consulta externa especiali:ada se evidenci. que Gste no es eficiente y el proceso de agendamiento obliga al paciente a invertir tiempo y retrasa la atenci.n y pone en riesgo la salud de la poblaci.n.	Dise-ar el modelo operativo del ComitG de Coordinaci.n Integral de Agendamiento de Citas (CIACC y sus fundones.	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	De otro lado, con la aplicaci.n de las encuestas reali:adas por esta Personera Delegada, en cuanto al atributo de accesibilidad a los servicios de consulta externa especiali:ada se evidenci. que Gste no es eficiente y el proceso de agendamiento obliga al paciente a invertir tiempo y retrasa la atenci.n y pone en riesgo la salud de la poblaci.n.	Realiz:ar sesiones del ComitG de Coordinaci.n Integral de Agendamiento de Citas (CIACC	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	De otro lado, con la aplicaci.n de las encuestas reali:adas por esta Personera Delegada, en cuanto al atributo de accesibilidad a los servicios de consulta externa especiali:ada se evidenci. que Gste no es eficiente y el proceso de agendamiento obliga al paciente a invertir tiempo y retrasa la atenci.n y pone en riesgo la salud de la poblaci.n.	Evaluar cumplimiento de metas definidas por el ComitG de Coordinaci.n Integral de Agendamiento de Citas (CIA CC	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	De otro lado, con la aplicaci.n de las encuestas reali:adas por esta Personera Delegada, en cuanto al atributo de accesibilidad a los servicios de consulta externa especiali:ada se evidenci. que Gste no es eficiente y el proceso de agendamiento obliga al paciente a invertir tiempo y retrasa la atenci.n y pone en riesgo la salud de la poblaci.n.	Realiz:ar ajuste a los planes del ComitG de Coordinaci.n Integral de Agendamiento de Citas (CIACC segHn los resultados.	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	En cuanto a los indicadores de oportunidad reportados por la entidad para el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, e puede evidenciar que a pesar de que la Subred Norte reporta un cumplimiento de sus estándares, al hacer la revisi.n de asignaci.n de citas en visita administrativa del 21/05/2025, se encontraron agendas cerradas para las especialidades de Otorrinolaringologa , Neurologa Pediatría, Gastroenterologa, rologa, Neumologa Pediatría, Ciruga vascular, Ginecologa Oncol.gica, Infectologa, Neumologa Pediatría y Oftalmologa Retinol.gica, lo que no concuerda con lo verificado por este ente de control referente al indicador de oportunidad informado por la entidad, incumpliendo con lo establecido en los articulos 1 y 2 de la Resoluci.n 1552 de 2018.	Validar la oferta del servicio por especialidades en las unidades frente a disponibilidad del talento humano. Verificar el cumplimiento de indicadores.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	En cuanto a los indicadores de oportunidad reportados por la entidad para el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, e puede evidenciar que a pesar de que la Subred Norte reporta un cumplimiento de sus estándares, al hacer la revisi.n de asignaci.n de citas en visita administrativa del 21/05/2025, se encontraron agendas cerradas para las especialidades de Otorrinolaringologa , Neurologa Pediatría, Gastroenterologa, rologa, Neumologa Pediatría, Ciruga vascular, Ginecologa Oncol.gica, Infectologa, Neumologa Pediatría y Oftalmologa Retinol.gica, lo que no concuerda con lo verificado por este ente de control referente al indicador de oportunidad informado por la entidad, incumpliendo con lo establecido en los articulos 1 y 2 de la Resoluci.n 1552 de 2018.	Verificar con cada lder de unidad la oferta del servicio segHn necesidad de la IPS frente al REPS.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	En cuanto a los indicadores de oportunidad reportados por la entidad para el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, e puede evidenciar que a pesar de que la Subred Norte reporta un cumplimiento de sus estándares, al hacer la revisi.n de asignaci.n de citas en visita administrativa del 21/05/2025, se encontraron agendas cerradas para las especialidades de Otorrinolaringologa , Neurologa Pediatría, Gastroenterologa, rologa, Neumologa Pediatría, Ciruga vascular, Ginecologa Oncol.gica, Infectologa, Neumologa Pediatría y Oftalmologa Retinol.gica, lo que no concuerda con lo verificado por este ente de control referente al indicador de oportunidad informado por la entidad, incumpliendo con lo establecido en los articulos 1 y 2 de la Resoluci.n 1552 de 2018.	Verificar con cada lder de unidad la oferta del servicio segHn necesidad de la IPS frente al talento humano contratado.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	En cuanto a los indicadores de oportunidad reportados por la entidad para el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, e puede evidenciar que a pesar de que la Subred Norte reporta un cumplimiento de sus estándares, al hacer la revisi.n de asignaci.n de citas en visita administrativa del 21/05/2025, se encontraron agendas cerradas para las especialidades de Otorrinolaringologa , Neurologa Pedíátrica, Gastroenterologa, rologa, Neumologa Pedíátrica, Ciruga vascular, Ginecologa Oncol.gica, Infectologa, Neumologa Pedíátrica y Oftalmologa Retinol.gica, lo que no concuerda con lo verificado por este ente de control referente al indicador de oportunidad informado por la entidad, incumpliendo con lo establecido en los artculos 1 y 2 de la Resoluci.n 1552 de 2018.	Anali:ar el cumplimiento a los indicadores posterior a la verificaci.n de oferta de servicios, disponibilidad del talento humano. Identificar las barreras de acceso para la oportuna prestaci.n de los servicios de salud en la consulta externa con especialista.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	En cuanto a los indicadores de oportunidad reportados por la entidad para el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, e puede evidenciar que a pesar de que la Subred Norte reporta un cumplimiento de sus estándares, al hacer la revisi.n de asignaci.n de citas en visita administrativa del 21/05/2025, se encontraron agendas cerradas para las especialidades de Otorrinolaringologa , Neurologa Pedíátrica, Gastroenterologa, rologa, Neumologa Pedíátrica, Ciruga vascular, Ginecologa Oncol.gica, Infectologa, Neumologa Pedíátrica y Oftalmologa Retinol.gica, lo que no concuerda con lo verificado por este ente de control referente al indicador de oportunidad informado por la entidad, incumpliendo con lo establecido en los artculos 1 y 2 de la Resoluci.n 1552 de 2018.	Definir acciones de mejora teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la verificaci.n de acciones para fortalecer o ajustar el proceso.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Falta de contrataci.n de especialistas: Varias unidades de servicios de salud (SSC presentaron meses sin contrataci.n de especialistas en fisiatra, Oftalmologa pediátrica, Ortopedia Pedíátrica, entre otras. Hubo dGfiót de contrataci.n en la SS Sim.n Bolvar y SS Centro de Servicios Especiali:ados, hasta por 14 meses de los 15 meses anali:ados.	Verificar la oferta del servicio con la disponibilidad del talento humano en cada unidad para la atenci.n opor tuna.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Falta de contrataci.n de especialistas: Varias unidades de servicios de salud (SSC presentaron meses sin contrataci.n de especialistas en fisiatra, Oftalmologa pediátrica, Ortopedia Pedíátrica, entre otras. Hubo dGfiót de contrataci.n en la SS Sim.n Bolvar y SS Centro de Servicios Especiali:ados, hasta por 14 meses de los 15 meses anali:ados.	Solicitar a lideres de unidad informaci.n de los servicios ofertados, si hay profesional en la prestaci.n de las atenciones y profesionales pendientes por contrataci.n.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Falta de contrataci.n de especialistas: Varias unidades de servicios de salud (SSC presentaron meses sin contrataci.n de especialistas en fisiatra, Oftalmologa pediátrica, Ortopedia Pedíátrica, entre otras. Hubo dGfiót de contrataci.n en la SS Sim.n Bolvar y SS Centro de Servicios Especiali:ados, hasta por 14 meses de los 15 meses anali:ados.	nificar la informaci.n solicitada para identificar los profesionales pendientes por contrataci.n.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Falta de contrataci.n de especialistas: Varias unidades de servicios de salud (SSC presentaron meses sin contrataci.n de especialistas en fisiatra, Oftalmologa pediátrica, Ortopedia Pediátrica, entre otras. Hubo dGfiót de contrataci.n en la SS Sim.n Bolvar y SS Centro de Servicios Especiali:ados, hasta por 14 meses de los 15 meses anali:ados.	Notificar y solicitar al 6rea de selecci.n y contrataci.n de l personal que esta en pendiente por contratar.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Falta de contrataci.n de especialistas: Varias unidades de servicios de salud (SSC presentaron meses sin contrataci.n de especialistas en fisiatra, Oftalmologa pediátrica, Ortopedia Pediátrica, entre otras. Hubo dGfiót de contrataci.n en la SS Sim.n Bolvar y SS Centro de Servicios Especiali:ados, hasta por 14 meses de los 15 meses anali:ados.	Notificar el 6rea de habilitaci.n para reali:ar la novedad del servcio no prestado en REPS, mientras se reali:a el preceso de selecci.n y contrataci.n del talento hum ano.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Canales de asignaci.n de citas no cumplen con su funci.n efectiva: Si bien la entidad cuenta con un procedimiento para el agendamiento de citas de servicios ambulatorios identificado con c.digo ESEPAEPE04 O Versi.n 1 del 17/08/2028, en el que se describen las actividades a desarrollar para la asignaci.n de citas de consulta externa y otros servicios ambulatorios que presta la subred y un instructivo en el que se refieren los canales de atenci.n para la asignaci.n de citas, esta Personera Delegada observ. que las opciones de marcaci.n que se describen en los documentos, no corresponden a las que indica la grabaci.n en la lnea telef.nica, lo que indica que hay fallas en el sistema de gesti.n de calidad y el control interno de los documentos de la entidad, lo que evidencia incumplimiento de lo establecido en los literales b, c, d, e, f, g y ha del articulo 2 de la Ley 87 de 1118. En lo referente a los canales presenciales, se evidenciaron largos tiempos de espera en las diferentes sedes. Aunado a lo anterior, idad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se present a por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidaci.n de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de informaci.n tra:able y consolidada limita la identificaci .n oportuna de riesgos, dificulta el análisis de las causas de las práctic:as inseguras, afectando la efectividad del	Definir un plan institucional para la actuali:aci.n de la documentaci.n del subproceso de asignaci.n de citas a travGs del ComitG de Coordinaci.n Integral de Agendamiento en Citas (CIACC	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002



[illegible]



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Falta de alineaci.n entre oferta y demanda: La planeaci.n de la oferta no se ajusta a la demanda real. Por ejemplo, en 2024 se ofertaron 45.848 consultas de pediatra, pero solo se reali:aron 88.784, lo que indica una sobreestimaci.n o problemas en la asignaci.n de cit as.	Definir acciones de mejora teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la verificaci.n de acciones para fortalecer o ajustar el proceso.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Revisada la informaci.n relacionada con la medici.n del indicador de oportunidad de consulta externa para las diferentes especialidades ofertadas por la instituci.n pa ra el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, se encontraron varios meses con indicador 0.0, lo que evidencia que en esos meses y para las especialidades en donde se reporta este valor no se prest. el servicio de consulta para esas especialidades en diferentes sedes de la subred, lo que evidencia barreras de acceso a los servicios de salud de la poblaci.n usuaria de las Subred Norte.	Validar la oferta del servicio por especialidades en las unidades frente a disponibilidad del talento humano. Verificar el cumplimiento de indicadores.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Revisada la informaci.n relacionada con la medici.n del indicador de oportunidad de consulta externa para las diferentes especialidades ofertadas por la instituci.n pa ra el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, se encontraron varios meses con indicador 0.0, lo que evidencia que en esos meses y para las especialidades en donde se reporta este valor no se prest. el servicio de consulta para esas especialidades en diferentes sedes de la subred, lo que evidencia barreras de acceso a los servicios de salud de la poblaci.n usuaria de las Subred Norte.	Verificar con cada lder de unidad la oferta del servicio segHn necesidad de la IPS frente al REPS.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Revisada la informaci.n relacionada con la medici.n del indicador de oportunidad de consulta externa para las diferentes especialidades ofertadas por la instituci.n pa ra el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, se encontraron varios meses con indicador 0.0, lo que evidencia que en esos meses y para las especialidades en donde se reporta este valor no se prest. el servicio de consulta para esas especialidades en diferentes sedes de la subred, lo que evidencia barreras de acceso a los servicios de salud de la poblaci.n usuaria de las Subred Norte.	Verificar con cada lder de unidad la oferta del servicio segHn necesidad de la IPS frente al talento humano contratado.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Revisada la informaci.n relacionada con la medici.n del indicador de oportunidad de consulta externa para las diferentes especialidades ofertadas por la instituci.n pa ra el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, se encontraron varios meses con indicador 0.0, lo que evidencia que en esos meses y para las especialidades en donde se reporta este valor no se prest. el servicio de consulta para esas especialidades en diferentes sedes de la subred, lo que evidencia barreras de acceso a los servicios de salud de la poblaci.n usuaria de las Subred Norte.	Anali:ar el cumplimiento a los indicadores posterior a la verificaci.n de oferta de servicios, disponibilidad del talento humano. Identificar las barreras de acceso para la oportuna prestaci.n de los servicios de salud en la consulta externa con especialista.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Revisada la informaci.n relacionada con la medici.n del indicador de oportunidad de consulta externa para las diferentes especialidades ofertadas por la instituci.n pa ra el a-o 2024 y primer trimestre de 2025, se encontraron varios meses con indicador 0.0, lo que evidencia que en esos meses y para las especialidades en donde se reporta este valor no se prest. el servicio de consulta para esas especialidades en diferentes sedes de la subred, lo que evidencia barreras de acceso a los servicios de salud de la poblaci.n usuaria de las Subred Norte.	Definir acciones de mejora teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la verificaci.n de acciones para fortalecer o ajustar el proceso.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Se observ. subutilizaci.n de la capacidad instalada: Aunque la Subred Norte cuenta con una capacidad instalada de 121 consultorios segHn lo reportado por la entidad Vigilada, muchas especialidades no alcan:aron ni el 602 de uso de su capacidad planeada. En 2024, se dejaron de reali:ar m6s de 74.000 consultas respecto a lo ofertado.	Verificar la disponibilidad de la oferta de servicios por especialistas frente a la producci.n y gesti.n del mismo. Validar la oferta del servicio por especialidades en la subred frente a disponibilidad del talento humano.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Se observ. subutilizaci.n de la capacidad instalada: Aunque la Subred Norte cuenta con una capacidad instalada de 121 consultorios segHn lo reportado por la entidad Vigilada, muchas especialidades no alcan:aron ni el 602 de uso de su capacidad planeada. En 2024, se dejaron de reali:ar m6s de 74.000 consultas respecto a lo ofertado.	Verificar con cada lder de unidad la oferta del servicio segHn necesidad de la IPS frente al REPS.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Se observ. subutilizaci.n de la capacidad instalada: Aunque la Subred Norte cuenta con una capacidad instalada de 121 consultorios segHn lo reportado por la entidad Vigilada, muchas especialidades no alcan:aron ni el 602 de uso de su capacidad planeada. En 2024, se dejaron de reali:ar m6s de 74.000 consultas respecto a lo ofertado.	Verificar con cada lder de unidad la oferta del servicio segHn necesidad de la IPS frente al talento humano contratado.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Se observ. subutilizaci.n de la capacidad instalada: Aunque la Subred Norte cuenta con una capacidad instalada de 121 consultorios segHn lo reportado por la entidad Vigilada, muchas especialidades no alcan:aron ni el 602 de uso de su capacidad planeada. En 2024, se dejaron de reali:ar m6s de 74.000 consultas respecto a lo ofertado.	Anali:ar los resultados obtenidos posterior a la verificaci.n de oferta de servicios, disponibilidad del talento humano.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Se observ. subutilizaci.n de la capacidad instalada: Aunque la Subred Norte cuenta con una capacidad instalada de 121 consultorios segHn lo reportado por la entidad Vigilada, muchas especialidades no alcan:aron ni el 602 de uso de su capacidad planeada. En 2024, se dejaron de reali:ar m6s de 74.000 consultas respecto a lo ofertado.	Definir acciones de mejora teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la verificaci.n de acciones para fortalecer o ajustar el proceso.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Especialidades crticas con baja cobertura: Especialidad es como reumatologa, ciruga de t.rax, endocrinologa y medicina fsica y rehabilitaci.n tuvieron coberturas por debajo del 502 de su capacidad programada, afectando la atenci.n oportuna.	Verificar la disponibilidad de la oferta de servicios por especialistas frente a la producci.n y gesti.n del mismo. Validar la oferta del servicio por especialidades en la subred frente a disponibilidad del talento humano.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Especialidades crticas con baja cobertura: Especialidad es como reumatologa, ciruga de t.rax, endocrinologa y medicina fsica y rehabilitaci.n tuvieron coberturas por debajo del 502 de su capacidad programada, afectando la atenci.n oportuna.	Verificar con cada lder de unidad la oferta del servicio segHn necesidad de la IPS frente al REPS.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Especialidades crticas con baja cobertura: Especialidad es como reumatologa, ciruga de t.rax, endocrinologa y medicina fsica y rehabilitaci.n tuvieron coberturas por debajo del 502 de su capacidad programada, afectando la atenci.n oportuna.	Verificar con cada lder de unidad la oferta del servicio segHn necesidad de la IPS frente al talento humano contratado.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Especialidades crticas con baja cobertura: Especialidad es como reumatologa, ciruga de t.rax, endocrinologa y medicina fsica y rehabilitaci.n tuvieron coberturas por debajo del 502 de su capacidad programada, afectando la atenci.n oportuna.	Anali:ar los resultados obtenidos posterior a la verificaci.n de oferta de servicios, disponibilidad del talento humano.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Especialidades crticas con baja cobertura: Especialidad es como reumatologa, ciruga de t.rax, endocrinologa y medicina fsica y rehabilitaci.n tuvieron coberturas por debajo del 502 de su capacidad programada, afectando la atenci.n oportuna.	Definir acciones de mejora teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la verificaci.n de acciones para fortalecer o ajustar el proceso.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Necesidad de fortalecer la gesti.n de la red: Se evidencia la necesidad urgente de mejorar la planificaci.n, contrataci.n, seguimiento y control de la oferta de servicios especiali:ados para garanti:ar el acceso efecti vo y equitativo a la salud.	Verificar en sistema de gesti.n documental el documento donde se estable:ca el proceso de contrataci.n, planificar , definir lineamientos, seguimiento de contrataci.n.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Necesidad de fortalecer la gesti.n de la red: Se evidencia la necesidad urgente de mejorar la planificaci.n, contrataci.n, seguimiento y control de la oferta de servicios especiali:ados para garanti:ar el acceso efecti vo y equitativo a la salud.	Sociali:ar a los equipos de ambulatorio, rutas , el proceso de contrataci.n de acuerdo a lineamientos establecidos en documento para identificar posibles ajustes.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Necesidad de fortalecer la gesti.n de la red: Se evidencia la necesidad urgente de mejorar la planificaci.n, contrataci.n, seguimiento y control de la oferta de servicios especiali:ados para garanti:ar el acceso efecti vo y equitativo a la salud.	Realiz:ar monitoreo y seguimiento de la oportunidad, suficiencia y eficiencia de la oferta de servicios especiali:ados	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Personera	PM76_2025 GESTIN EN LA PRESTACIN DE SERVICIOS ESPECIALIJADOS S.I.S.S.NORTE E.S.E	Necesidad de fortalecer la gesti.n de la red: Se evidencia la necesidad urgente de mejorar la planificaci.n, contrataci.n, seguimiento y control de la oferta de servicios especiali:ados para garanti:ar el acceso efecti vo y equitativo a la salud.	Ajustar los lineamientos y procesos segHn los halla:gos encontrados en la verificaci.n.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02



[illegible][illegible]





**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	<p>TRIAGE:</p> <p>Se evidenci. una persistencia en el incumplimiento del articulo 5 de la Resoluci.n 5516 de 2015, la cual establece que los pacientes clasificados como Triage II deben ser atendidos en un tiempo máximo de 80 minutos.</p> <p>Se identificaron seis (6C) pacientes clasificados en los niveles de Triage IV y V, quienes no deberan encontrarse en la sala de espera del servicio de urgencias.</p> <p>Estos casos debieron ser derivados oportunamente a consulta externa, de acuerdo con los lineamientos y bajo la responsabilidad de su respectiva EAPB</p>	<p>Programar capacitaci.n al personal de facturaci.n y auxiliar de salas en gesti.n de pacientes Triage IV y V. instructivo MIEGAEIE81E01El instructivo admisi.n de pacientes a consulta prioritaria</p>	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	<p>TRIAGE:</p> <p>Se evidenci. una persistencia en el incumplimiento del articulo 5 de la Resoluci.n 5516 de 2015, la cual establece que los pacientes clasificados como Triage II deben ser atendidos en un tiempo máximo de 80 minutos.</p> <p>Se identificaron seis (6C) pacientes clasificados en los niveles de Triage IV y V, quienes no deberan encontrarse en la sala de espera del servicio de urgencias.</p> <p>Estos casos debieron ser derivados oportunamente a consulta externa, de acuerdo con los lineamientos y bajo la responsabilidad de su respectiva EAPB</p>	<p>Medir grado de apropiaci.n al personal de facturaci.n de urgencias y aux de salas frente al instructivo</p>	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	<p>TRIAGE:</p> <p>Se evidenci. una persistencia en el incumplimiento del articulo 5 de la Resoluci.n 5516 de 2015, la cual establece que los pacientes clasificados como Triage II deben ser atendidos en un tiempo máximo de 80 minutos.</p> <p>Se identificaron seis (6C) pacientes clasificados en los niveles de Triage IV y V, quienes no deberan encontrarse en la sala de espera del servicio de urgencias.</p> <p>Estos casos debieron ser derivados oportunamente a consulta externa, de acuerdo con los lineamientos y bajo la responsabilidad de su respectiva EAPB</p>	<p>Realizar seguimiento quincenal, sobre la gesti.n adecuada de pacientes clasificados como Triage IV y V.</p>	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	<p>TRIAGE:</p> <p>Se evidenci. una persistencia en el incumplimiento del articulo 5 de la Resoluci.n 5516 de 2015, la cual establece que los pacientes clasificados como Triage II deben ser atendidos en un tiempo máximo de 80 minutos.</p> <p>Se identificaron seis (6C) pacientes clasificados en los niveles de Triage IV y V, quienes no deberan encontrarse en la sala de espera del servicio de urgencias.</p> <p>Estos casos debieron ser derivados oportunamente a consulta externa, de acuerdo con los lineamientos y bajo la responsabilidad de su respectiva EAPB</p>	<p>En caso de encontrar desviaciones Retroalimentar al personal de facturaci.n de urgencias y auxiliar de salas sobre las fallas evidenciadas en el seguimiento a la gesti.n adecuada de Triage IV y V.</p>	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	<p>AMBIENTE FISICO:</p> <p>En el servicio de pediatra algunas unidades no cuentan con silla para acompa-ante, y la asignaci.n depende de la demanda del servicio.</p>	<p>Solicitar la asignaci.n de sillas para acompa-antes en las unidades observaci.n de pediatra.</p>	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	<p>OC PACIN:</p> <p>La ocupaci.n del servicio de urgencias, para el 6rea de observaci.n adultos se encuentra en 462 para el 6rea de observaci.n pedi6trica se encuentra en 862.</p> <p>El registro en REPS no coincide con el reporte y la dotaci.n de camillas tanto del 6rea de observaci.n mujeres como de hombres. Para el 6rea de observaci.n mujeres se encuentra reportadas en REPS 14 camillas y durante la verificaci.n se encontraron 18 camillas en el 6rea. Con respecto al 6rea de observaci.n de hombres se encontraron 12 camillas mientras que las reportadas en el sistema son 14. El hospital reporta una capacidad instalada de 20 sillas reclinablesA sin embargo, durante la visita el uso se encontraron 1 sillas en observaci.n de adultos, 8 en :ona de procedimientos pedi6tricos, 4 sillas en un ala del servicio de urgencias sin uso, 2 sillas en mal estado en el cuarto de aislamiento pedi6trico y 2 sillas en urgencias pedi6tricas. El mobiliario restante corresponde a t6ndems met6licos fijos de cuatro puestos y sillas rimax, que no cumpidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias e n la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de</p>	Verificacion de capacidad instalada actual con el reps	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	<p>OC PACIN:</p> <p>La ocupaci.n del servicio de urgencias, para el 6rea de observaci.n adultos se encuentra en 462 para el 6rea de observaci.n pedi6trica se encuentra en 862.</p> <p>El registro en REPS no coincide con el reporte y la dotaci.n de camillas tanto del 6rea de observaci.n mujeres como de hombres. Para el 6rea de observaci.n mujeres se encuentra reportadas en REPS 14 camillas y durante la verificaci.n se encontraron 18 camillas en el 6rea. Con respecto al 6rea de observaci.n de hombres se encontraron 12 camillas mientras que las reportadas en el sistema son 14. El hospital reporta una capacidad instalada de 20 sillas reclinablesA sin embargo, durante la visita el uso se encontraron 1 sillas en observaci.n de adultos, 8 en :ona de procedimientos pedi6tricos, 4 sillas en un ala del servicio de urgencias sin uso, 2 sillas en mal estado en el cuarto de aislamiento pedi6trico y 2 sillas en urgencias pedi6tricas. El mobiliario restante corresponde a t6ndems met6licos fijos de cuatro puestos y sillas rimax, que no cump</p>	Programar y reali:ar mesa de trabajo con el 6rea de calidad para evaluar los espacios y disposicion de las camillas.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	AMBIENTE FISICO: En el servicio de pediatra algunas unidades no cuentan con silla para acompa-ante, y la asignaci.n depende de la demanda del servicio.	Realiz:ar entrega de inventario de mobiliario del servicio por turno con registro en el libro designado a tal fin.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	AMBIENTE FISICO: En el servicio de pediatra algunas unidades no cuentan con silla para acompa-ante, y la asignaci.n depende de la demanda del servicio.	Verificar la ubicaci.n de las sillas para acompa-antes en las unidades de observaci.n de pediatra.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Personera	PM15_2025 INFORME A DITORIA VISITAS A LOS SERVICIOS DE RGENCIASEPERSONERIA	UC PACIN: La ocupaci.n del servicio de urgencias, para el 6rea de observaci.n adultos se encuentra en 462 para el 6rea de observaci.n pedi6trica se encuentra en 862. El registro en REPS no coincide con el reporte y la dotaci.n de camillas tanto del 6rea de observaci.n mujeres como de hombres. Para el 6rea de observaci.n mujeres se encuentra reportadas en REPS 14 camillas y durante la verificaci.n se encontraron 18 camillas en el 6rea. Con respecto al 6rea de observaci.n de hombres se encontraron 12 camillas mientras que las reportadas en el sistema son 14. El hospital reporta una capacidad instalada de 20 sillas reclinablesA sin embargo, durante la visita el uso se encontraron 1 sillas en observaci.n de adultos, 8 en :ona de procedimientos pedi6tricos, 4 sillas en un ala del servicio de urgencias sin uso, 2 sillas en mal estado en el cuarto de aislamiento pedi6trico y 2 sillas en urgencias pedi6tricas. El mobiliario restante corresponde a t6ndems met6licos fijos de cuatro puestos y sillas rimax, que no cump	Ejectutar acciones acciones tomada en mesa trabajo	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	GESTION DE LA INFORMACION: E diligenciamiento por parte de los profesionales del Grea de odontología que deben registrar en una malla de Excel del drive de cada una de las sedes. E Incumplimiento de la asistencia de profesionales odontólogos dentro de una agenda programada, se observ. alteraci.n de agendas por cambios a sus profesionales entre sedes de unidades odontol.gicas.	Implementar plan de trabajo y desmonte del Drive de odontología.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	GESTION DE LA INFORMACION: E diligenciamiento por parte de los profesionales del Grea de odontología que deben registrar en una malla de Excel del drive de cada una de las sedes. E Incumplimiento de la asistencia de profesionales odontólogos dentro de una agenda programada, se observ. alteraci.n de agendas por cambios a sus profesionales entre sedes de unidades odontol.gicas.	Realizar acompa-amiento, y seguimiento por parte de la Oficina de Tics en articulaci.n con la referencia de salud oral, al equipo, durante el proceso y realizar ajustes de acuerdo a los halla:gos.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	GESTION DE LA INFORMACION: E diligenciamiento por parte de los profesionales del Grea de odontología que deben registrar en una malla de Excel del drive de cada una de las sedes. E Incumplimiento de la asistencia de profesionales odontólogos dentro de una agenda programada, se observ. alteraci.n de agendas por cambios a sus profesionales entre sedes de unidades odontol.gicas.	Socializar a los profesionales del servicio el plan de trabajo implementaci.n del sistema Dinamica.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador tiempo promedio de espera para la asignaci.n de cita de odontología general de primera ve:: CITAS ENTRAS.	Realizar análisis semestral de capacidad instalada v/s demanda para el servicio de odontología general, que permita determinar el equilibrio en la oferta, acorde a la demanda y dar cumplimiento de la promesa de valor de tiempo de espera para la asignaci.n de cita de odontología general.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador tiempo promedio de espera para la asignaci.n de cita de odontología general de primera ve:: CITAS ENTRAS.	Realizar seguimiento al cumplimiento de la parametri:aci.n de los tiempos establecidos por act ividad.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador tiempo promedio de espera para la asignaci.n de cita de odontología general de primera ve:: CITAS ENTRAS.	Socializar los halla:gos a la direcci.n de ambulatorios con planteamiento de estrategias de acuerdo a las desviaciones identificadas.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador porcentaje de inscripci.n a la ruta de sa lud oral.	Revisar las bases de poblaci.n asignada a salud oral identificando la poblaci.n por curso de vida y frecuencia de uso.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador porcentaje de inscripci.n a la ruta de sa lud oral.	Socializar los halla:gos al equipo de Odon tologa.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador porcentaje de inscripci.n a la ruta de sa lud oral.	Realizar seguimiento peri.dico a la corresponsabilidad de l usuario.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador de porcentaje de inasistencia a consulta de odontología.	Realizar mesa de trabajo en articulaci.n con la oficina de Tics con el fin de revisar la depuraci.n del dato de inasistentes.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador de porcentaje de inasistencia a consulta de odontología.	Socializar con el equipo de odontología los halla:gos e implementar los ajustes reali:ados en la mineria d el dato.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador de porcentaje de inasistencia a consulta de odontología.	Realizar análisis y monitoreo del indicador con periodicidad mensual.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador de porcentaje de tratamientos terminados.	Realizar monitoreo semanal a las bases de los tratamientos iniciados y realizar análisis sistemático.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM40_2024 REVISORIA FISCAL MONCLO ASOCIADOS ODONTOLOGIA	Indicador de porcentaje de tratamientos terminados.	Realizar ajustes de acuerdo a las desviaciones y resultados.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	Debilidades de control interno de la farmacia en la aplicación del instructivo (APEAIEIE81C Instructivo de toma física de inventarios que afectan desde el inicio de la fase de planeación, la ejecución y por ende los resultados)	Ajustar el instructivo relacionado con la toma física de inventarios.	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	Debilidades de control interno de la farmacia en la aplicación del instructivo (APEAIEIE81C Instructivo de toma física de inventarios que afectan desde el inicio de la fase de planeación, la ejecución y por ende los resultados)	Socializar el ajuste del instructivo de toma física de inventarios con el personal de farmacia y almacenes	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	Debilidades de control interno de la farmacia en la aplicación del instructivo (APEAIEIE81C Instructivo de toma física de inventarios que afectan desde el inicio de la fase de planeación, la ejecución y por ende los resultados)	Realizar seguimiento al control de inventarios por medio de aleatorios	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	Debilidades de control interno de la farmacia en la aplicación del instructivo (APEAIEIE81C Instructivo de toma física de inventarios que afectan desde el inicio de la fase de planeación, la ejecución y por ende los resultados)	Retroalimentar las desviaciones encontradas	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	Incertidumbre frente a la razonabilidad de los saldos de la cuenta de propiedad, planta y equipo, se evidencia saldos que no han sido ajustados ni depurados con base en el inventario físico.	Emitir la circular de toma física 2024, y su respectiva socialización	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	Incertidumbre frente a la razonabilidad de los saldos de la cuenta de propiedad, planta y equipo, se evidencia saldos que no han sido ajustados ni depurados con base en el inventario físico.	Desarrollar el cronograma de toma física 2024	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	Incertidumbre frente a la razonabilidad de los saldos de la cuenta de propiedad, planta y equipo, se evidencia saldos que no han sido ajustados ni depurados con base en el inventario físico.	Generar los reportes de toma física final, identificando los faltantes y sobrantes definitivos	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	Incertidumbre frente a la razonabilidad de los saldos de la cuenta de propiedad, planta y equipo, se evidencia saldos que no han sido ajustados ni depurados con base en el inventario físico.	Efectuar las respectivas compensaciones de sobrantes y faltantes generando informe final	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	Se evidencian novedades de inconsistencia en el registro y parametrización contable de Bienes de consumo controlado (BCCC)	Realizar referenciación con otra entidad sobre la configuración, manejo y control de los bienes de consumo controlado en Dinámica	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	Se evidencian novedades de inconsistencia en el registro y parametria:ci.n contable de Bienes de consumo controlado (BCCC	Realia:ar Mesa de trabajo para evaluar los conceptos entregados en la referenciaci.n y definir el proceso a seguir	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	Se evidencian novedades de inconsistencia en el registro y parametria:ci.n contable de Bienes de consumo controlado (BCCC	Realia:ar cambios en la parametria:ci.n en Din6mica Gerencial, de acuerdo a lo revisado en la acci.n an terior	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	Se evidencian novedades de inconsistencia en el registro y parametria:ci.n contable de Bienes de consumo controlado (BCCC	Verificar la informaci.n subida al sistema de informaci.n y reali:ar los respectivos ajustes contables o dem6s	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	No se cuenta con el concepto de la Contadura General de la Naci.n (CGNC, sobre el procedimiento administrativo y contable que se debe reali:ar a los sobrantes y faltantes de propiedad, planta y equipo y el An6lisis de la resoluci.n emitida por la CGN 418 del 6 de diciembre del 2028	Solicitar concepto contable acerca de los sobrantes y los faltantes a la CGN y el concepto de acuerdo a lo definido desde la Resoluci.n 418 del 6 diciembre del 2028	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	No se cuenta con el concepto de la Contadura General de la Naci.n (CGNC, sobre el procedimiento administrativo y contable que se debe reali:ar a los sobrantes y faltantes de propiedad, planta y equipo y el An6lisis de la resoluci.n emitida por la CGN 418 del 6 de diciembre del 2028	Realia:ar Mesa de Trabajo para la evaluaci.n de los conceptos remitido por la CGN en articulaci.n con financiera	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	No se cuenta con el concepto de la Contadura General de la Naci.n (CGNC, sobre el procedimiento administrativo y contable que se debe reali:ar a los sobrantes y faltantes de propiedad, planta y equipo y el An6lisis de la resoluci.n emitida por la CGN 418 del 6 de diciembre del 2028	Actualia:ar el manual de polticas contables en cuanto a sobrantesEfaltantes y repuestos en articulaci.n con la direcci.n financiera	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	No se cuenta con el concepto de la Contadura General de la Naci.n (CGNC, sobre el procedimiento administrativo y contable que se debe reali:ar a los sobrantes y faltantes de propiedad, planta y equipo y el An6lisis de la resoluci.n emitida por la CGN 418 del 6 de diciembre del 2028	Clasificar los sobrantes y faltantes de la toma fsica 2028 de acuerdo a lo definido en la poltica contable ac tualia:ada	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	No se cuenta con el concepto de la Contadura General de la Naci.n (CGNC, sobre el procedimiento administrativo y contable que se debe reali:ar a los sobrantes y faltantes de propiedad, planta y equipo y el An6lisis de la resoluci.n emitida por la CGN 418 del 6 de diciembre del 2028	Generar informe relacionando los ajustes reali:ados a los sobrantes y faltantes finales	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	No se han reali:ado procesos de baja de bienes Propiedad planta y equipo.	Definir los lotes de bajas de activos propiedad planta y equipo	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE A DITORIA CIERRE 2028	No se han reali:ado procesos de baja de bienes Propiedad planta y equipo.	Articular con la direcci.n de contrataci.n la aprobaci.n del contrato con el martillo de la entidad bancaria	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	No se han realizado procesos de baja de bienes Propiedad planta y equipo.	Emitir acta de entrega de los activos Fijos al martillo y emitir las resoluciones de bajas ya aprobadas	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	No se han realizado procesos de baja de bienes Propiedad planta y equipo.	Proceder con la baja en los sistemas de información de los estados financieros	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM58_2024 DICTAMEN REVISORIA FISCAL E INFORME DE AUDITORIA CIERRE 2028	No se han realizado procesos de baja de bienes Propiedad planta y equipo.	Presentar al área financiera el soporte de baja de dichos activos	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gesti.n de Talento Humano	1. Realizar mesa de trabajo con la Oficina de Sistemas de Información TIC, para revisar los conceptos pendientes por parametrizar, generando prioridades 2. Elabora la lista de los conceptos pendientes por parametrizar, asignando responsable de su ejecución . 8. Realizar conciliaciones, con periodicidad mensual, para la adecuada provisión de prestaciones sociales.	Identificar los temas pendientes de soporte y/o desarrollo	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gesti.n de Talento Humano	1. Realizar mesa de trabajo con la Oficina de Sistemas de Información TIC, para revisar los conceptos pendientes por parametrizar, generando prioridades 2. Elabora la lista de los conceptos pendientes por parametrizar, asignando responsable de su ejecución . 8. Realizar conciliaciones, con periodicidad mensual, para la adecuada provisión de prestaciones sociales.	Consolidar los conceptos y temas pendientes de soporte como funcionalidad del módulo.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gesti.n de Talento Humano	1. Realizar mesa de trabajo con la Oficina de Sistemas de Información TIC, para revisar los conceptos pendientes por parametrizar, generando prioridades 2. Elabora la lista de los conceptos pendientes por parametrizar, asignando responsable de su ejecución . 8. Realizar conciliaciones, con periodicidad mensual, para la adecuada provisión de prestaciones sociales.	Realizar mesa de trabajo para definir fechas y responsables de atender las acciones.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gesti.n de Talento Humano	1. Realizar mesa de trabajo con la Oficina de Sistemas de Información TIC, para revisar los conceptos pendientes por parametrizar, generando prioridades 2. Elabora la lista de los conceptos pendientes por parametrizar, asignando responsable de su ejecución . 8. Realizar conciliaciones, con periodicidad mensual, para la adecuada provisión de prestaciones sociales.	Ejecutar los desarrollos y/o soporte a los temas identificados.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gesti.n de Talento Humano	Considerar la implementación de capacitación para preparar a funcionarios actuales para roles y áreas necesarias, transfiriendo conocimientos críticos antes de que los funcionarios pre pensionados se retiren.	Socializar la necesidad de capacitación en la línea de n.mina y TICS	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gestí.n de Talento Humano	Considerar la implementaci.n de capacitaci.n para preparar a funcionarios actuales para roles y áreas necesarias, transfiriendo conocimientos críticos antes de que los funcionarios pre pensionados se retiren.	Definir los servidores públicos que requieren capacitación en la funcionalidad del módulo	Gestí.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gestí.n de Talento Humano	Considerar la implementaci.n de capacitaci.n para preparar a funcionarios actuales para roles y áreas necesarias, transfiriendo conocimientos críticos antes de que los funcionarios pre pensionados se retiren.	Realizar la capacitación identificada por la línea de mínima y TIC de acuerdo a la necesidad en las liquidaciones en el módulo de mínima.	Gestí.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gestí.n de Talento Humano	Considerar la implementaci.n de capacitaci.n para preparar a funcionarios actuales para roles y áreas necesarias, transfiriendo conocimientos críticos antes de que los funcionarios pre pensionados se retiren.	Retroalimentar a los servidores públicos que requieran capacitación en nuevos procesos de acuerdo a las recientes actualizaciones del sistema de información.	Gestí.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gestí.n de Talento Humano	En mesa de trabajado realizada con la oficina de TICS se solicit. dar prioridad a la parametrización de la autoliquidación e interfaz de la seguridad social y parafiscales y a la emisión de la presente respuesta se acordaron tiempos para la actualización de la directiva por parte del proveedor del sistema de información para validar su funcionalidad.	Identificar los conceptos que agrupan la autoliquidación mensual	Gestí.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gestí.n de Talento Humano	En mesa de trabajado realizada con la oficina de TICS se solicit. dar prioridad a la parametrización de la autoliquidación e interfaz de la seguridad social y parafiscales y a la emisión de la presente respuesta se acordaron tiempos para la actualización de la directiva por parte del proveedor del sistema de información para validar su funcionalidad.	Consolidar los conceptos para la liquidación automática en el módulo	Gestí.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gestí.n de Talento Humano	En mesa de trabajado realizada con la oficina de TICS se solicit. dar prioridad a la parametrización de la autoliquidación e interfaz de la seguridad social y parafiscales y a la emisión de la presente respuesta se acordaron tiempos para la actualización de la directiva por parte del proveedor del sistema de información para validar su funcionalidad.	Parametrizar y formular conceptos para la autoliquidación mensual en el módulo de mínima.	Gestí.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gestí.n de Talento Humano	En mesa de trabajado realizada con la oficina de TICS se solicit. dar prioridad a la parametrización de la autoliquidación e interfaz de la seguridad social y parafiscales y a la emisión de la presente respuesta se acordaron tiempos para la actualización de la directiva por parte del proveedor del sistema de información para validar su funcionalidad.	Liquidar la autoliquidación en el módulo de mínima	Gestí.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gestí.n de Talento Humano	La formulación y parametrización para el cálculo de las cesantas retroactivas se encuentra en etapa de planeación y entrará en implementación una vez se logre el 1002 de la liquidación de las cesantas del régimen de Ley 50.	Identificar los conceptos que agrupan la liquidación de cesantas tanto Ley 50 como régimen retroactivo.	Gestí.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gestí.n de Talento Humano	La formulación y parametrización para el cálculo de las cesantas retroactivas se encuentra en etapa de planeación y entrará en implementación una vez se logre el 1002 de la liquidación de las cesantas del régimen de Ley 50.	Consolidar los conceptos para la liquidación automática en el módulo de mínima de las cesantas Ley 50 y retroactivas.	Gestí.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	La formulaci.n y parametri:aci.n para el c6lculo de las cesantas retroactivas se encuentra en etapa de planeaci.n y entrar6 en implementaci.n una ve: se logrG el 1002 de la liquidaci.n de las cesantas del rGgimen de Ley 50.	Parametri:ar y formular conceptos para la liquidaci.n mensual en el m.dulo de n.mina de las cesantas Ley 50 y retroactivas.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	La formulaci.n y parametri:aci.n para el c6lculo de las cesantas retroactivas se encuentra en etapa de planeaci.n y entrar6 en implementaci.n una ve: se logrG el 1002 de la liquidaci.n de las cesantas del rGgimen de Ley 50.	Liquidar las cesantas Ley 50 y retroactivas en el m.dulo de n.mina de manera autom6tica.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	Evaluar la posibilidad de digitali:ar las carpetas de histo ria laboral, con todos los documentos, asignando uso restringido y personal autori:adoA esto permite un acceso r6pido a los datos, ahorro de espacio fsico y de c ostos asociados con el mantenimiento de archivos en papel.	Proyectar comunicado a la Direcci.n administrativa planteando la necesidad	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	Evaluar la posibilidad de digitali:ar las carpetas de histo ria laboral, con todos los documentos, asignando uso restringido y personal autori:adoA esto permite un acceso r6pido a los datos, ahorro de espacio fsico y de c ostos asociados con el mantenimiento de archivos en papel.	Identificar las historias laborales a digitali:ar dando prioridad a las de los servidores p6blicos activos, de acuerdo a respuesta recibida de la Direcci.n administrativa.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	Evaluar la posibilidad de digitali:ar las carpetas de histo ria laboral, con todos los documentos, asignando uso restringido y personal autori:adoA esto permite un acceso r6pido a los datos, ahorro de espacio fsico y de c ostos asociados con el mantenimiento de archivos en papel.	Consolidar las historias laborales de los servidores p6blicos.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	Evaluar la posibilidad de digitali:ar las carpetas de histo ria laboral, con todos los documentos, asignando uso restringido y personal autori:adoA esto permite un acceso r6pido a los datos, ahorro de espacio fsico y de c ostos asociados con el mantenimiento de archivos en papel.	Realiz:ar inventario de las las historias laborales de los servidores p6blicos.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	Recoger, organi:ar y administrar eficientemente los archivos, por parte de Gest.i.n documental, teniendo en cuenta las regulaciones y requisitos legales para la retenci.n y eliminaci.n de documentos, si aplica.	Identificar el archivo que no es soporte de gesti.n actual.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	Recoger, organi:ar y administrar eficientemente los archivos, por parte de Gest.i.n documental, teniendo en cuenta las regulaciones y requisitos legales para la retenci.n y eliminaci.n de documentos, si aplica.	Consolidar en matri: de inventario documental	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	Recoger, organi:ar y administrar eficientemente los archivos, por parte de Gest.i.n documental, teniendo en cuenta las regulaciones y requisitos legales para la retenci.n y eliminaci.n de documentos, si aplica.	Remitir a gesti.n documental	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM55_2024 Auditora de Revisoria Fiscal a los subprocesos Gest.i.n de Talento Humano	Recoger, organi:ar y administrar eficientemente los archivos, por parte de Gest.i.n documental, teniendo en cuenta las regulaciones y requisitos legales para la retenci.n y eliminaci.n de documentos, si aplica.	bicar archivo fsico en espacio asignado	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	La se-ali:aci.n externa de almacenamiento no esta renovada	Presentaci.n del dise-o de la se-alGtica de los cuartos de centrales de residuos del hospital sim.n bolvar	Gesti.n de Comunicaciones	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	La se-ali:aci.n externa de almacenamiento no esta renovada	Solicitud de rubro para la impresi.n de la se-alGtica de los cuartos de centrales de residuos del hospital sim.n bolvar	Gesti.n de Comunicaciones	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	La se-ali:aci.n externa de almacenamiento no esta renovada	Instalacion de la se-alGtica de los cuartos de centrales de residuos del hospital sim.n bolvar	Gesti.n de Comunicaciones	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Totalidad de almacenamientos de residuos se encuentran deteriorados.	Realizar ronda de inspecci.n de infraestructura para identificar los halla:gos en el cuartos de residuos temporales y principales	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Totalidad de almacenamientos de residuos se encuentran deteriorados.	Programar las actividades de mantenimiento respectivas de acuerdo con los halla:gos identificados	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Totalidad de almacenamientos de residuos se encuentran deteriorados.	Ejecutar las actividades de mantenimiento	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Totalidad de almacenamientos de residuos se encuentran deteriorados.	Realizar acta de entrega a satisfacci.n de las intervenciones reali:adas	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Evacuar los activos abandonados para recuperar el 6rea, para la destinaci.n y ejecuci.n de proyectos ambien tales.	Realizar recorrido y evidenciar elementos de baja para planear correspondiente traslado	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Evacuar los activos abandonados para recuperar el 6rea, para la destinaci.n y ejecuci.n de proyectos ambien tales.	Fijar lugar de traslado de los elementos	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Evacuar los activos abandonados para recuperar el 6rea, para la destinaci.n y ejecuci.n de proyectos ambien tales.	Fijar fecha de traslado de los elementos	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Evacuar los activos abandonados para recuperar el 6rea, para la destinaci.n y ejecuci.n de proyectos ambien tales.	Trasladar los elementos a la unidad y area asignada	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Piso del ascensor en mal estado	Realizar ronda de inspecci.n de infraestructura para identificar los halla:gos en los ascensores del Hospital Sim.n Bolivar	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE**  
**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Piso del ascensor en mal estado	Programar las actividades de mantenimiento respectivas de acuerdo con los hallazgos identificados	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Piso del ascensor en mal estado	Ejecutar las actividades de mantenimiento correspondientes	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	Piso del ascensor en mal estado	Realizar acta de entrega a satisfacción de las intervenciones realizadas	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	La señalización externa de almacenamiento no esta renovada	Solicitud para la elaboración de la señalética de los cuartos de centrales de residuos del hospital simn bolvar	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL SIMN BOLIVAR Y NIO 2024	La señalización externa de almacenamiento no esta renovada	Aprobación final del diseño de la señalética de los cuartos de centrales de residuos del hospital simn bolvar	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	EN EYEC CIN	502
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 INFORME FINANCIERO REVISORIA FISCAL Y LIO 2024 E COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El m.dulo de costos de DGH no se ha implementado</li> <li>✓ El proceso de distribución de costos y gastos es manual</li> <li>✓ Falta evidencia o la hoja de trabajo que muestre el procedimiento seguido para la distribución de los costos o los cambios realizados manualmente.</li> <li>✓ Es fundamental que se desarrolle el proyecto de implementación del m.dulo de costos en DGH</li> <li>✓ El m.dulo contable de DGH solo permite el registro en una cuenta contable</li> </ul>	Realizar mesa de trabajo con el área de TICS para verificar el estado del m.dulo de costos y definir las acciones a realizar por cada una de las áreas para la implementación del m.dulo de costos en DGH	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 INFORME FINANCIERO REVISORIA FISCAL Y LIO 2024 E COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El m.dulo de costos de DGH no se ha implementado</li> <li>✓ El proceso de distribución de costos y gastos es manual</li> <li>✓ Falta evidencia o la hoja de trabajo que muestre el procedimiento seguido para la distribución de los costos o los cambios realizados manualmente.</li> <li>✓ Es fundamental que se desarrolle el proyecto de implementación del m.dulo de costos en DGH</li> <li>✓ El m.dulo contable de DGH solo permite el registro en una cuenta contable</li> </ul>	Solicitar al área de las TICS los permisos en el m.dulo de inventarios para la consulta de los consumos por área y dependencias con el fin de verificar la afectación de las cuentas de costos	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 INFORME FINANCIERO REVISORIA FISCAL Y LIO 2024 E COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El m.dulo de costos de DGH no se ha implementado</li> <li>✓ El proceso de distribuci.n de costos y gastos es m anual</li> <li>✓ Falta evidencia o la hoja de trabajo que muestre el procedimiento seguido para la distribuci.n de los costos o los cambios reali:ados manualmente.</li> <li>✓ Es fundamental que se desarrolle el proyecto de implementaci.n del m.dulo de costos en DGH</li> <li>✓ El m.dulo contable de DGH solo permite el registro en una cuenta contable</li> </ul>	Realiz:ar las conciliaciones de informaci.n de ingresos gastos y costos entre contabilidad y costos segHn lo indicado en la resoluci.n DDCE000001 DE 2028	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 INFORME FINANCIERO REVISORIA FISCAL Y LIO 2024 E COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El m.dulo de costos de DGH no se ha implementado</li> <li>✓ El proceso de distribuci.n de costos y gastos es m anual</li> <li>✓ Falta evidencia o la hoja de trabajo que muestre el procedimiento seguido para la distribuci.n de los costos o los cambios reali:ados manualmente.</li> <li>✓ Es fundamental que se desarrolle el proyecto de implementaci.n del m.dulo de costos en DGH</li> <li>✓ El m.dulo contable de DGH solo permite el registro en una cuenta contable</li> </ul>	Solicitar a directores, supervisores y lderes de procesos el censo de personal de manera mensual para garanti:ar el correcto registro por cuenta contable y centros de costos	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 INFORME FINANCIERO REVISORIA FISCAL Y LIO 2024 E COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El m.dulo de costos de DGH no se ha implementado</li> <li>✓ El proceso de distribuci.n de costos y gastos es m anual</li> <li>✓ Falta evidencia o la hoja de trabajo que muestre el procedimiento seguido para la distribuci.n de los costos o los cambios reali:ados manualmente.</li> <li>✓ Es fundamental que se desarrolle el proyecto de implementaci.n del m.dulo de costos en DGH</li> <li>✓ El m.dulo contable de DGH solo permite el registro en una cuenta contable</li> </ul>	Realiz:ar capacitaci.n a los supervisores de contrato y referentes de las breas de facturaci.n, almacGn, farmacia, admisiones, cartera y contabilidad en lo relacionado al m.dulo de centros de costos	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM68_2024 INFORME FINANCIERO REVISORIA FISCAL Y LIO 2024 E COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El m.dulo de costos de DGH no se ha implementado</li> <li>✓ El proceso de distribuci.n de costos y gastos es m anual</li> <li>✓ Falta evidencia o la hoja de trabajo que muestre el procedimiento seguido para la distribuci.n de los costos o los cambios reali:ados manualmente.</li> <li>✓ Es fundamental que se desarrolle el proyecto de implementaci.n del m.dulo de costos en DGH</li> <li>✓ El m.dulo contable de DGH solo permite el registro en una cuenta contable</li> </ul>	Actualiz:ar los formatos y procedimientos para distribuci. n de costos por centros de costos y unidades de negocios.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM76_2024 REVISORIA FISCAL INFORME TICS	Se ha identificado que, a pesar de contar con un sistema de informaci.n ERP implementado hace un a-o, persisten falencias significativas en cada uno de sus m.dulos. Estas deficiencias comprometen la capacidad del sistema para apoyar efectivamente el cumplimiento de los objetivos de la entidad. La revisi.n y evaluaci.n de los procesos y procedimientos asociados a las tecnologas de la informaci.n y comunicaciones (TICSC revelan que es necesario solventar estas falencias para garanti:ar que el ERP contribuya adecuadamente al logro de las metas organi:acionales.	Proyectar plan de trabajo para la mejora del sistema de informaci.n Din6mica Gerencial.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE**  
**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM76_2024 REVISORIA FISCAL INFORME TICS	Se ha identificado que, a pesar de contar con un sistema de informaci.n ERP implementado hace un a-o, persisten falencias significativas en cada uno de sus m.dulos. Estas deficiencias comprometen la capacidad del sistema para apoyar efectivamente el cumplimiento de los objetivos de la entidad. La revisi.n y evaluaci.n de los procesos y procedimientos asociados a las tecnologas de la informaci.n y comunicaciones (TICSC revelan que es necesario solventar estas falencias para garanti:ar que el ERP contribuya adecuadamente al logro de las metas organi:acionales.	Ejecutar el plan de trabajo de acuerdo a las fechas establecidas.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM76_2024 REVISORIA FISCAL INFORME TICS	Se ha identificado que, a pesar de contar con un sistema de informaci.n ERP implementado hace un a-o, persisten falencias significativas en cada uno de sus m.dulos. Estas deficiencias comprometen la capacidad del sistema para apoyar efectivamente el cumplimiento de los objetivos de la entidad. La revisi.n y evaluaci.n de los procesos y procedimientos asociados a las tecnologas de la informaci.n y comunicaciones (TICSC revelan que es necesario solventar estas falencias para garanti:ar que el ERP contribuya adecuadamente al logro de las metas organi:acionales.	Monitorear y evaluar la ejecuci.n del plan de traba jo	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM76_2024 REVISORIA FISCAL INFORME TICS	Se ha identificado que, a pesar de contar con un sistema de informaci.n ERP implementado hace un a-o, persisten falencias significativas en cada uno de sus m.dulos. Estas deficiencias comprometen la capacidad del sistema para apoyar efectivamente el cumplimiento de los objetivos de la entidad. La revisi.n y evaluaci.n de los procesos y procedimientos asociados a las tecnologas de la informaci.n y comunicaciones (TICSC revelan que es necesario solventar estas falencias para garanti:ar que el ERP contribuya adecuadamente al logro de las metas organi:acionales.	Implementar ajustes y mejoras continuas basados en la evaluaci.n.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM10_2024 INFORME REVISORIA FISCAL PROVISIN RIESGO Y RIDICO Y LIO 2024	<p>CONCILIACION OF. Y RIDICA vs CONTABILIDAD</p> <p>Procesos Activos y Terminados: No recibimos un soporte de la oficina juridica que respalde el valor de la provisi.n contabili:ada, considerando que los procesos con riesgo probable, 44 con fallo desfavorable, suman \$10.488.670 y una estimaci.n de riesgo segHn calificaci.n juridica solamente de \$8.281.151.</p> <p>Conciliaci.n de Procesos Terminados SegHn reporte de la oficina juridica, la Subred cuenta con 281 procesos terminados con pretensiones por \$82.142.281, de los cuales est6n pendiente de liquidaci.n 182 por \$28.128.222, con liquidaci.n hay 41 por \$4.551.811. La conciliaci.n de estos 22 procesos entre contabilidad y juridica, sin embargo, en su elaboraci.n no se tuvo en cuenta los saldos de estos procesos que hay en las cuentas de provisi.n que no se reclasificaron al momento de causar el pasivo, generando una diferencia o sobre estimaci.n del gasto por \$1.418.721.</p>	Analizar, depurar y conciliar los procesos, para establecer la razonabilidad de la informaci.n contable.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM10_2024 INFORME REVISORIA FISCAL PROVISIN RIESGO Y RIDICO Y LIO 2024	<p>CONCILIACION OF. Y RIDICA vs CONTABILIDAD</p> <p>Procesos Activos y Terminados: No recibimos un soporte de la oficina juridica que respalde el valor de la provisi.n contabili:ada, considerando que los procesos con riesgo probable, 44 con fallo desfavorable, suman \$10.488.670 y una estimaci.n de riesgo segHn calificaci.n juridica solamente de \$8.281.151.</p> <p>Conciliaci.n de Procesos Terminados SegHn reporte de la oficina juridica, la Subred cuenta con 281 procesos terminados con pretensiones por \$82.142.281, de los cuales est6n pendiente de liquidaci.n 182 por \$28.128.222, con liquidaci.n hay 41 por \$4.551.811. La conciliaci.n de estos 22 procesos entre contabilidad y juridica, sin embargo, en su elaboraci.n no se tuvo en cuenta los saldos de estos procesos que hay en las cuentas de provisi.n que no se reclasificaron al momento de causar el pasivo, generando una diferencia o sobre estimaci.n del gasto por \$1.418.721.</p>	Incluir un inventario de los procesos, vigentes y terminados de la oficina juridica y reportarlo mensualmente, para asegurar que la informaci.n a conciliar con contabilidad sea confiable	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM10_2024 INFORME REVISORIA FISCAL PROVISIN RIESGO Y RIDICO Y LIO 2024	<p>CONCILIACION OF. Y RIDICA vs CONTABILIDAD</p> <p>Procesos Activos y Terminados: No recibimos un soporte de la oficina jurdica que respalde el valor de la provisi.n contabili:ada, considerando que los procesos con riesgo probable, 44 con fallo desfavorable, suman \$10.488.670 y una estimaci.n de riesgo segHn calificaci.n jurdica solamente de \$8.281.151.</p> <p>Conciliaci.n de Procesos Terminados SegHn reporte de la oficina jurdica, la Subred cuenta con 281 procesos terminados con pretensiones por \$82.142.281, de los cuales est6n pendiente de liquidaci.n 182 por \$28.128.222, con liquidaci.n hay 41 por \$4.551.811. La conciliaci.n de estos 22 procesos entre contabilidad y jurdica, sin embargo, en su elaboraci.n no se tuvo en cuenta los saldos de estos procesos que hay en las cuentas de provisi.n que no se reclasificaron al momento de causar el pasivo, generando una diferencia o sobre estimaci.n del gasto por \$1.418.721.</p>	Certificar mensual de los procesos iniciados por la entidad y los procesos penales que segHn lineamientos de SIPROY WEB no se califican en el contingente.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM10_2024 INFORME REVISORIA FISCAL PROVISIN RIESGO Y RIDICO Y LIO 2024	<p>PROCESOS Y DICIALES (Litigios y Demandasc</p> <p>Del total de procesos, 44 con pretensiones por \$5.551.876 presentan fallo desfavorable y los abogados estiman un riesgo jurdico de \$1.417.266, el 272 del monto de las pretensiones.</p> <p>En nulidad y restablecimiento del derecho hay dos procesos con fallo desfavorable que no est6n provisionados. E Hay 17 procesos con pretensiones por \$11.125.261 que no tienen identificado el nivel de riesgo y se registran como sin obligaci.n E En sin obligaci.n hay 8 procesos con fallo desfavorable en 1 instancia por \$787.166 y una estimaci.n de provisi.n por \$207.606</p> <p>El aplicativo en algunos tipos de procesos cuando existen varios demandantes, genera la divisi.n de la cuanta y/o dependiendo del modo de calificaci.n que reali:a el apoderado encargado de los procesos, hace que la provisi.n generada para contabilidad calculada por SIPROYWEB cambie, pero solo se puede conciliar trimestralmente con contabilidadA es decir, que el aplicativo calcula la provisi.n dependiendo de la informaci.WWWWWW</p>	Realizar mesa de trabajo con los profesionales y la actual:iaci.n de los procesos en el aplicativo SIPR OY WEB.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM10_2024 INFORME REVISORIA FISCAL PROVISIN RIESGO Y RIDICO Y LIO 2024	<p>PROCESOS Y DICIALES (Litigios y Demandas)</p> <p>Del total de procesos, 44 con pretensiones por \$5.551.876 presentan fallo desfavorable y los abogados estiman un riesgo juridico de \$1.417.266, el 272 del monto de las pretensiones.</p> <p>En nulidad y restablecimiento del derecho hay dos procesos con fallo desfavorable que no están provisionados.</p> <p>E Hay 17 procesos con pretensiones por \$11.125.261 que no tienen identificado el nivel de riesgo y se registran como sin obligaci.n</p> <p>E En sin obligaci.n hay 8 procesos con fallo desfavorable en 1 instancia por \$787.166 y una estimaci.n de provisi.n por \$207.606</p> <p>El aplicativo en algunos tipos de procesos cuando existen varios demandantes, genera la divisi.n de la cuanta y/o dependiendo del modo de calificaci.n que realiza el apoderado encargado de los procesos, hace que la provisi.n generada para contabilidad calculada por SIPROYWEB cambie, pero solo se puede conciliar trimestralmente con contabilidadA es decir, que el aplicativo calcula la provisi.n dependiendo de la informaci. WWWWWW</p>	<p>Retroalimentar el proceso a través de capacitaciones a los apoderados que ejercen la defensa jurídica de la entidad.</p>	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM10_2024 INFORME REVISORIA FISCAL PROVISIN RIESGO Y RIDICO Y LIO 2024	<p>PROCESOS Y DICIALES (Litigios y Demandas)</p> <p>Del total de procesos, 44 con pretensiones por \$5.551.876 presentan fallo desfavorable y los abogados estiman un riesgo juridico de \$1.417.266, el 272 del monto de las pretensiones.</p> <p>En nulidad y restablecimiento del derecho hay dos procesos con fallo desfavorable que no están provisionados.</p> <p>E Hay 17 procesos con pretensiones por \$11.125.261 que no tienen identificado el nivel de riesgo y se registran como sin obligaci.n</p> <p>E En sin obligaci.n hay 8 procesos con fallo desfavorable en 1 instancia por \$787.166 y una estimaci.n de provisi.n por \$207.606</p> <p>El aplicativo en algunos tipos de procesos cuando existen varios demandantes, genera la divisi.n de la cuanta y/o dependiendo del modo de calificaci.n que realiza el apoderado encargado de los procesos, hace que la provisi.n generada para contabilidad calculada por SIPROYWEB cambie, pero solo se puede conciliar trimestralmente con contabilidadA es decir, que el aplicativo calcula la provisi.n dependiendo de la informaci.idad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por</p>	<p>Revisar Directrices de la Secretaria Yurdica frente a la calificaci.n de los procesos acorde con los lineamientos para su calificaci.n dada por el aplicativo</p>	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	PM10_2024 INFORME REVISORIA FISCAL PROVISIN RIESGO Y RIDICO Y LIO 2024	<p>PROCESOS Y DICIALES (Litigios y Demandas)</p> <p>Del total de procesos, 44 con pretensiones por \$5.551.876 presentan fallo desfavorable y los abogados estiman un riesgo juridico de \$1.417.266, el 272 del monto de las pretensiones.</p> <p>En nulidad y restablecimiento del derecho hay dos procesos con fallo desfavorable que no est6n provisionados.</p> <p>E Hay 17 procesos con pretensiones por \$11.125.261 que no tienen identificado el nivel de riesgo y se registran como sin obligaci.n</p> <p>E En sin obligaci.n hay 8 procesos con fallo desfavorable en 1 instancia por \$787.166 y una estimaci.n de provisi.n por \$207.606</p> <p>El aplicativo en algunos tipos de procesos cuando existen varios demandantes, genera la divisi.n de la cuanta y/o dependiendo del modo de calificaci.n que reali:a el apoderado encargado de los procesos, hace que la provisi.n generada para contabilidad calculada por SIPROYWEB cambie, pero solo se puede conciliar trimestralmente con contabilidadA es decir, que el aplicativo calcula la provisi.n dependiendo de la informaci.idad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por</p>	<p>Elevar a consulta al administrador del sistema del SIPROYWEB de la Secretara Yurdica de la Alcaldia Mayor de Bogot6 Distrito Capital por ser los responsables del aplicativo.</p>	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7715E24 INFORME DE RECOMENDACIONES A DITORIA EN SAL D E HOSPITAL DE CHAPINERO	<p>El servicio farmacGutico no garanti:a la revisi.n trimestrales a los carros de paros existentes en la Instituci.n, debido a que la Hltima acta de auditoria soportada, corresponde al mes de diciembre de 2028, la profesional del servicio farmacGutico desconoce el documento institucional que indica la periodicidad de revisi.n de los carros de paros, ( Protocolo manejo de carro de paro identificado con c.digo MIEGENEPT02C sin embargo fue suministrado un formato donde registra la planificaci.n de las auditoras programadas para los meses de julio, octubre y diciembre de 2024, pero a la fecha no hay cumplimiento al cronograma.</p>	<p>Establecer mesa de trabajo para revisi.n del protocolo de manejo de carro de paro y entrega de cronograma al equipo de regencia de Farmacia de revisi.n de carros de paro del servicio de urgencias del Hospital de Chapinero</p>	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7715E24 INFORME DE RECOMENDACIONES A DITORIA EN SAL D E HOSPITAL DE CHAPINERO	<p>El servicio farmacGutico no garanti:a la revisi.n trimestrales a los carros de paros existentes en la Instituci.n, debido a que la Hltima acta de auditoria soportada, corresponde al mes de diciembre de 2028, la profesional del servicio farmacGutico desconoce el documento institucional que indica la periodicidad de revisi.n de los carros de paros, ( Protocolo manejo de carro de paro identificado con c.digo MIEGENEPT02C sin embargo fue suministrado un formato donde registra la planificaci.n de las auditoras programadas para los meses de julio, octubre y diciembre de 2024, pero a la fecha no hay cumplimiento al cronograma.</p>	<p>Generar un mecanismo de alerta para hacer recordatorio de la auditoria al carro de paro del servicio de urgencias. Alerta de recordaci.n para la Enfermera del servicio y el servicio farmacGutico</p>	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7715E24 INFORME DE RECOMENDACIONES A DITORIA EN SAL D E HOSPITAL DE CHAPINERO	El servicio farmacGutico no garanti:a la revisi.n trimestrales a los carros de paros existentes en la Instituci.n, debido a que la Hltima acta de auditoria soportada, corresponde al mes de diciembre de 2028, la profesional del servicio farmacGutico desconoce el documento institucional que indica la periodicidad de revisi.n de los carros de paros, ( Protocolo manejo de carro de paro identificado con c.digo MIEGENEPT02C sin embargo fue suministrado un formato donde registra la planificaci.n de las auditoras programadas para los meses de julio, octubre y diciembre de 2024, pero a la fecha no hay cumplimiento al cronograma.	Implementar las auditorias programadas a los carros de paro del servicio de urgencias del Hospital de Chapinero	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7715E24 INFORME DE RECOMENDACIONES A DITORIA EN SAL D E HOSPITAL DE CHAPINERO	El servicio farmacGutico no garanti:a la revisi.n trimestrales a los carros de paros existentes en la Instituci.n, debido a que la Hltima acta de auditoria soportada, corresponde al mes de diciembre de 2028, la profesional del servicio farmacGutico desconoce el documento institucional que indica la periodicidad de revisi.n de los carros de paros, ( Protocolo manejo de carro de paro identificado con c.digo MIEGENEPT02C sin embargo fue suministrado un formato donde registra la planificaci.n de las auditoras programadas para los meses de julio, octubre y diciembre de 2024, pero a la fecha no hay cumplimiento al cronograma.	Hacer seguimiento a la implementaci.n del cronograma de auditoras a los carros de paro del servicio de urgencias	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7715E24 INFORME DE RECOMENDACIONES A DITORIA EN SAL D E HOSPITAL DE CHAPINERO	El servicio farmacGutico no garanti:a la revisi.n trimestrales a los carros de paros existentes en la Instituci.n, debido a que la Hltima acta de auditoria soportada, corresponde al mes de diciembre de 2028, la profesional del servicio farmacGutico desconoce el documento institucional que indica la periodicidad de revisi.n de los carros de paros, ( Protocolo manejo de carro de paro identificado con c.digo MIEGENEPT02C sin embargo fue suministrado un formato donde registra la planificaci.n de las auditoras programadas para los meses de julio, octubre y diciembre de 2024, pero a la fecha no hay cumplimiento al cronograma.	Retroalimentar los resultados del seguimiento y generar acciones de acuerdo a las desviaciones encontradas	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7716E24 A DITORIA LEGAL E CONTRATACION A SEP DEL 2024	En seis (6C de los treinta (80C contratos revisados durante el muestreo, se constat. que las p.li:as cargadas en la plataforma no reflejan el cargue de las p.li:as derivadas de otros efectuados durante la ejecuci.n del contrato. Esta falta de actuali:aci.n puede afectar el cumplimiento de las garantas contractuales y representa un riesgo para la entidad en caso de eventualidades contractuales. Los contratos con esta observaci.n son: 1. Contrato No. 084E2022 O DATA M ALITY SOL TIONS S.A.S 2. Contrato No. 087E2024 O TECNICA ELECTROMEDICA SA. 8. Contrato No. 248E2022 O CONSORCIO CSE S BA 4. Contrato No. 046E2022 O TODOSISTEMAS SOL CIONES DE TECNOLOGIA DE INFORMACIN 5. Contrato No. 028E2028 O COGAS LTDA. 6. Contrato No. 128E2022 O STRATEGY S.A.S	Desarrollar una reuni.n interna en la direcci.n de contrataci.n para revisar la recomendaci.n emitida y definir las acciones a implementar	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7716E24 A DITORIA LEGAL E CONTRATACION A SEP DEL 2024	En seis (6C de los treinta (80C contratos revisados durante el muestreo, se constat. que las p.li:as cargadas en la plataforma no reflejan el cargue de las p.li:as derivadas de otros efectuados durante la ejecuci.n del contrato. Esta falta de actuali:aci.n puede afectar el cumplimiento de las garantas contractuales y representa un riesgo para la entidad en caso de eventualidades contractuales. Los contratos con esta observaci.n son: 1. Contrato No. 084E2022 O DATA M ALITY SOL TIONS S.A.S 2. Contrato No. 087E2024 O TECNICA ELECTROMEDICA SA. 8. Contrato No. 248E2022 O CONSORCIO CSE S BA 4. Contrato No. 046E2022 O TODOSISTEMAS SOL CIONES DE TECNOLOGIA DE INFORMACIN 5. Contrato No. 028E2028 O COGAS LTDA. 6. Contrato No. 128E2022 O STRATEGY S.A.S	Designar profesional del 6rea para reali:ar la revisi.n y cargue de informaci.n de las p.li:as	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7716E24 A DITORIA LEGAL E CONTRATACION A SEP DEL 2024	En seis (6C de los treinta (80C contratos revisados durante el muestreo, se constat. que las p.li:as cargadas en la plataforma no reflejan el cargue de las p.li:as derivadas de otros efectuados durante la ejecuci.n del contrato. Esta falta de actuali:aci.n puede afectar el cumplimiento de las garantas contractuales y representa un riesgo para la entidad en caso de eventualidades contractuales. Los contratos con esta observaci.n son: 1. Contrato No. 084E2022 O DATA M ALITY SOL TIONS S.A.S 2. Contrato No. 087E2024 O TECNICA ELECTROMEDICA SA. 8. Contrato No. 248E2022 O CONSORCIO CSE S BA 4. Contrato No. 046E2022 O TODOSISTEMAS SOL CIONES DE TECNOLOGIA DE INFORMACIN 5. Contrato No. 028E2028 O COGAS LTDA. 6. Contrato No. 128E2022 O STRATEGY S.A.S	Definir el punto de control que verifica que la informaci.n de las p.li:as este adecuadamente tramitada y carga da	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7716E24 A DITORIA LEGAL E CONTRATACION A SEP DEL 2024	En seis (6) de los treinta (80) contratos revisados durante el muestreo, se constat. que las p.l.i.as cargadas en la plataforma no reflejan el cargue de las p.l.i.as derivadas de otros efectuados durante la ejecución del contrato. Esta falta de actualización puede afectar el cumplimiento de las garantías contractuales y representa un riesgo para la entidad en caso de eventualidades contractuales. Los contratos con esta observación son: 1. Contrato No. 084E2022 O DATA M ALITY SOL TIONS S.A.S 2. Contrato No. 087E2024 O TECNICA ELECTROMEDICA SA. 8. Contrato No. 248E2022 O CONSORCIO CSE S BA 4. Contrato No. 046E2022 O TODOSISTEMAS SOL CIONES DE TECNOLOGIA DE INFORMACION 5. Contrato No. 028E2028 O COGAS LTDA. 6. Contrato No. 128E2022 O STRATEGY S.A.S	Validar las acciones implementadas y continuarlas o plantear mejoras	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM17_2024 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES RME7814E24 A DITORIA EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION	Se observo que en la Sede EmaHs el Rack de Comunicaciones no esta debidamente peinado	Programar la revisión del estado del centro cableado	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM17_2024 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES RME7814E24 A DITORIA EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION	Se observo que en la Sede EmaHs el Rack de Comunicaciones no esta debidamente peinado	Realizar el peinado del rack de comunicaciones ubicado en la sede EMA S	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	PM17_2024 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES RME7814E24 A DITORIA EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION	Se observo que en la Sede EmaHs el Rack de Comunicaciones no esta debidamente peinado	Verificar el estado final del centro cableado rack de comunicaciones ubicado en la sede EMA S	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7722E24 A DITORIA ADMINISTRATIVA GAFT 2024	De acuerdo con la verificación del Instructivo Inventario Físico de Bienes Devolutivos en Propiedad Planta y Equipo c.digo APEATEIE08E01 versión 01 del 08 de septiembre del 2017, se identific. que, se encuentra desactualizado, toda vez: que, no se encuentra alineado con la Plantilla Instructivo c.digo ESEGCEFE04 versión 05 del 06 de febrero del 2028, donde no se relacionan las columnas Documentos y/o registros asociados y Punto de control	Actualizar el instructivo Inventario Físico de Bienes Devolutivos en Propiedad Planta y Equipo de acuerdo a la normativa vigente	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7722E24 A DITORIA ADMINISTRATIVA GAFT 2024	De acuerdo con la verificación del Instructivo Inventario Físico de Bienes Devolutivos en Propiedad Planta y Equipo c.digo APEATEIE08E01 versión 01 del 08 de septiembre del 2017, se identific. que, se encuentra desactualizado, toda vez: que, no se encuentra alineado con la Plantilla Instructivo c.digo ESEGCEFE04 versión 05 del 06 de febrero del 2028, donde no se relacionan las columnas Documentos y/o registros asociados y Punto de control	Socializar la actualización del instructivo Inventario Físico de Bienes Devolutivos en Propiedad Planta y Equipo	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7722E24 A DITORIA ADMINISTRATIVA GAFT 2024	De acuerdo con la verificaci.n del Instructivo Inventario Fsico de Bienes Devolutivos en Propiedad Planta y Equipo c.digo APEATEIE08E01 versi.n 01 del 08 de septiembre del 2017, se identific. que, se encuentra desactuali:ado, toda ve: que, no se encuentra alineado con la Plantilla Instructivo c.digo ESEGCEFE04 versi.n 05 del 06 de febrero del 2028, donde no se relacionan las columnas Documentos y/o registros asociados y Punto de control	Realizar seguimiento a la implementaci.n del instructivo de Inventarios de Bienes Devolutivos de Propiedad Planta y Equipo	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7722E24 A DITORIA ADMINISTRATIVA GAFT 2024	De acuerdo con la verificaci.n del Instructivo Inventario Fsico de Bienes Devolutivos en Propiedad Planta y Equipo c.digo APEATEIE08E01 versi.n 01 del 08 de septiembre del 2017, se identific. que, se encuentra desactuali:ado, toda ve: que, no se encuentra alineado con la Plantilla Instructivo c.digo ESEGCEFE04 versi.n 05 del 06 de febrero del 2028, donde no se relacionan las columnas Documentos y/o registros asociados y Punto de control	Generar acciones de acuerdo a las desviaciones identificadas	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	752
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Cartera E Giros de abono de facturaci.n: Al corte de septiembre de 2024, los giros de abonos de facturaci.n no identificados ascienden a \$48.682.742.647. Durante la revisi.n de la informaci.n proporcionada y la consulta en el aplicativo Almera, no se encontr. evidencia de un manual o procedimiento especifico para la gesti.n y registro adecuado de los anticipos girados por las Entidades Responsables de Pago (ERPC. Esta situaci.n puede generar inconsistencias en el control de los recursos, afectar la conciliaci.n contable y aumentar el riesgo de errores en el manejo de los abonos y anticipos recibidos.	Elaborar manual de aplicaci.n de pagos de acuerdo con soportes enviados por las ERP	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Cartera E Giros de abono de facturaci.n: Al corte de septiembre de 2024, los giros de abonos de facturaci.n no identificados ascienden a \$48.682.742.647. Durante la revisi.n de la informaci.n proporcionada y la consulta en el aplicativo Almera, no se encontr. evidencia de un manual o procedimiento especifico para la gesti.n y registro adecuado de los anticipos girados por las Entidades Responsables de Pago (ERPC. Esta situaci.n puede generar inconsistencias en el control de los recursos, afectar la conciliaci.n contable y aumentar el riesgo de errores en el manejo de los abonos y anticipos recibidos.	Realizar el instructivo para legali:aci.n y aplicaci.n de pagos en el sistema de informaci.n	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cartera E Giros de abono de facturaci.n: Al corte de septiembre de 2024, los giros de abonos de facturaci.n no identificados ascienden a \$48.682.742.647. Durante la revisi.n de la informaci.n proporcionada y la consulta en el aplicativo Almera, no se encontr. evidencia de un manual o procedimiento específico para la gesti.n y registro adecuado de los anticipos girados por las Entidades Responsables de Pago (ERPC. Esta situaci.n puede generar inconsistencias en el control de los recursos, afectar la conciliaci.n contable y aumentar el riesgo de errores en el manejo de los abonos y anticipos recibidos.</p>	<p>Aplicar en cumplimiento al Decreto 1015 de 2018A en caso de no haber soportes</p>	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cartera E Giros de abono de facturaci.n: Al corte de septiembre de 2024, los giros de abonos de facturaci.n no identificados ascienden a \$48.682.742.647. Durante la revisi.n de la informaci.n proporcionada y la consulta en el aplicativo Almera, no se encontr. evidencia de un manual o procedimiento específico para la gesti.n y registro adecuado de los anticipos girados por las Entidades Responsables de Pago (ERPC. Esta situaci.n puede generar inconsistencias en el control de los recursos, afectar la conciliaci.n contable y aumentar el riesgo de errores en el manejo de los abonos y anticipos recibidos.</p>	<p>Realizar conciliaci.n de los giros y/o pagos pendientes por aplicar de forma mensual</p>	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cartera E Giros de abono de facturaci.n: Al corte de septiembre de 2024, los giros de abonos de facturaci.n no identificados ascienden a \$48.682.742.647. Durante la revisi.n de la informaci.n proporcionada y la consulta en el aplicativo Almera, no se encontr. evidencia de un manual o procedimiento específico para la gesti.n y registro adecuado de los anticipos girados por las Entidades Responsables de Pago (ERPC. Esta situaci.n puede generar inconsistencias en el control de los recursos, afectar la conciliaci.n contable y aumentar el riesgo de errores en el manejo de los abonos y anticipos recibidos.</p>	<p>Ajustar la informacion registrada en las conciliaciones de los giros y/o pagos</p>	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cartera E Giros de abono de facturaci.n (AntigüedadC: Del total de los giros de abono de facturaci.n que a corte de septiembre de 2024 ascienden a \$48.682.742.647, se identific. la existencia de anticipos desde diciembre de 2022, esta antigüedad significativa de los giros no identificados incrementa el riesgo de conciliaci.n con las diferentes Entidades Responsables de Pago ya que est6 situaci.n limita la capacidad de aplicar estos abonos al descargue de facturas. Esto puede generar inconsistencias contables, afectar la presentaci.n ra:onable de los estados financieros y comprometer el flujo de caja de la entidad, impactando negativamente su sostenibilidad financiera y su capacidad para cumplir con obligaciones operativas.</p>	<p>Circularizar solicitando soportes de pago a las diferentes entidades.</p>	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Cartera E Giros de abono de facturaci.n (AntigüedadC: Del total de los giros de abono de facturaci.n que a corte de septiembre de 2024 ascienden a \$48.682.742.647, se identific. la existencia de anticipos desde diciembre de 2022, esta antigüedad significativa de los giros no identificados incrementa el riesgo de conciliaci.n con las diferentes Entidades Responsables de Pago ya que est6 situaci.n limita la capacidad de aplicar estos abonos al descargue de facturas. Esto puede generar inconsistencias contables, afectar la presentaci.n ra:onable de los estados financieros y comprometer el flujo de caja de la entidad, impactando negativamente su sostenibilidad financiera y su capacidad para cumplir con obligaciones operativas.	Realizar la aplicaci.n de giros y anticipos superiores a 10 das en el sistema de informaci.n, gestionando la consecuci.n de pagos con las diferentes ERP y en caso que no se tengan reali:ar aplicaci.n por Decreto 1015 d e 2018	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Cartera E Giros de abono de facturaci.n (AntigüedadC: Del total de los giros de abono de facturaci.n que a corte de septiembre de 2024 ascienden a \$48.682.742.647, se identific. la existencia de anticipos desde diciembre de 2022, esta antigüedad significativa de los giros no identificados incrementa el riesgo de conciliaci.n con las diferentes Entidades Responsables de Pago ya que est6 situaci.n limita la capacidad de aplicar estos abonos al descargue de facturas. Esto puede generar inconsistencias contables, afectar la presentaci.n ra:onable de los estados financieros y comprometer el flujo de caja de la entidad, impactando negativamente su sostenibilidad financiera y su capacidad para cumplir con obligaciones operativas.	Aplicar de pagos en el sistema de informaci.n de acuerdo con soportes entregados por las diferentes ERP	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Cartera E Giros de abono de facturaci.n (AntigüedadC: Del total de los giros de abono de facturaci.n que a corte de septiembre de 2024 ascienden a \$48.682.742.647, se identific. la existencia de anticipos desde diciembre de 2022, esta antigüedad significativa de los giros no identificados incrementa el riesgo de conciliaci.n con las diferentes Entidades Responsables de Pago ya que est6 situaci.n limita la capacidad de aplicar estos abonos al descargue de facturas. Esto puede generar inconsistencias contables, afectar la presentaci.n ra:onable de los estados financieros y comprometer el flujo de caja de la entidad, impactando negativamente su sostenibilidad financiera y su capacidad para cumplir con obligaciones operativas.	Aplicar pagos en el sistema de informaci.n de acuerdo con lo contemplado en el Decreto 1015 para los giros superiores a 10 das de los cuales no se tenga soporte de pago entregado por la entidad.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Cartera E Giros de abono de facturaci.n (AntigüedadC: Del total de los giros de abono de facturaci.n que a corte de septiembre de 2024 ascienden a \$48.682.742.647, se identific. la existencia de anticipos desde diciembre de 2022, esta antigüedad significativa de los giros no identificados incrementa el riesgo de conciliaci.n con las diferentes Entidades Responsables de Pago ya que est6 situaci.n limita la capacidad de aplicar estos abonos al descargue de facturas. Esto puede generar inconsistencias contables, afectar la presentaci.n ra:onable de los estados financieros y comprometer el flujo de caja de la entidad, impactando negativamente su sostenibilidad financiera y su capacidad para cumplir con obligaciones operativas.	Informar a las ERP de la aplicaci.n por norma y las facturas afectadas.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Antigüedad cuentas por pagar: Las cuentas por pagar a corte de septiembre de 2024, ascienden a \$188.616.287.088A de los cuales el 622 es decir \$82.166.517.884 presentan antigüedad superior a 10 das.	Formular en cada vigencia un flujo de caja que incluya costo y gasto con edad de las cuentas por pagar	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Antigüedad cuentas por pagar: Las cuentas por pagar a corte de septiembre de 2024, ascienden a \$188.616.287.088A de los cuales el 622 es decir \$82.166.517.884 presentan antigüedad superior a 10 das.	Priori:ar el pago de las cuentas por pagar mayor a 10 dias	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Antigüedad cuentas por pagar: Las cuentas por pagar a corte de septiembre de 2024, ascienden a \$188.616.287.088A de los cuales el 622 es decir \$82.166.517.884 presentan antigüedad superior a 10 das.	Real:i:ar el seguimiento mensual al flujo de caja fo rmulado	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Antigüedad cuentas por pagar: Las cuentas por pagar a corte de septiembre de 2024, ascienden a \$188.616.287.088A de los cuales el 622 es decir \$82.166.517.884 presentan antigüedad superior a 10 das.	Reformular el flujo de caja acorde con el aumento o disminucion de ingresos de la Subred	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	CrGditos Yudiciales: Al corte de septiembre de 2024, los crGditos judiciales ascienden a \$2.815.108.854, correspondientes a sentencias ejecutoriadas. Durante los procesos de revisi.n, se verific. que no se han reconocido intereses por mora ni la indexaci.n del saldo correspondiente.	Suministrar las actas de condonaci.n de intereses suscritas entre la S BRED NORTE y los beneficiarios de las sentencias correspondientes a la cuenta crGditos judiciales atribuibles a la cuenta 2460 y el expediente en el cual la S BRED NORTE orden. el pago a los beneficiarios.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Litigios y Demandas: Durante la auditora fue suministrado (4C conciliaciones del Reporte SiprojWeb y Contabilidad, sin embargo, no es posible identificar la informaci.n documentada con respecto a la informaci.n del SiprojWeb, toda ve: que no fue suministrado el anexo del reporte.	Programar reuniones de conciliaci.n de las partidas a depurar entre Yuridica y Contabilidad	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Litigios y Demandas: Durante la auditora fue suministrado (4C conciliaciones del Reporte SiprojWeb y Contabilidad, sin embargo, no es posible identificar la informaci.n documentada con respecto a la informaci.n del SiprojWeb, toda ve: que no fue suministrado el anexo del reporte.	Soportar y presentar en la conciliacion los documentos relacionadas y anexarlos al acta correspondiente	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Litigios y Demandas: Durante la auditora fue suministrado (4C conciliaciones del Reporte SiprojWeb y Contabilidad, sin embargo, no es posible identificar la informaci.n documentada con respecto a la informaci.n del SiprojWeb, toda ve: que no fue suministrado el anexo del reporte.	Realizar el seguimiento mensual a las actividades de depuracion convenios finalizados	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Litigios y Demandas: Durante la auditora fue suministrado (4C conciliaciones del Reporte SiprojWeb y Contabilidad, sin embargo, no es posible identificar la informaci.n documentada con respecto a la informaci.n del SiprojWeb, toda ve: que no fue suministrado el anexo del reporte.	Ajustar la informacion registrada en el plan de depuracion contable de acuerdo a los seguimientos mensuales	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Depuraci.n Contable: El rubro de otras cuentas por pagar a corte de septiembre, asciende a \$4.758.828.176. Del total, el 482 (equivalente a \$2.274.880.572C est6 en proceso de depuraci.n contable, compuesto por:  i. 884.687.070 correspondiente a Reserva de Glosa (CONTABILIDADC ii. 806.881.711 Correspondiente a cuentas por pagar (Prestamos de MedicamentosC (AREA DE ALMACEN Y FARMACIAC iii. 1.024.181.725 Correspondiente a saldos iniciales por concepto de Prestamos de Medicamentos proveedores y entidades privadas (AREA DE ALMACEN Y FARMACIAC	Programar reuniones de conciliaci.n de las partidas a depurar con los responsables del proceso	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Depuraci.n Contable: El rubro de otras cuentas por pagar a corte de septiembre, asciende a \$4.758.828.176. Del total, el 482 (equivalente a \$2.274.880.572C est6 en proceso de depuraci.n contable, compuesto por:  i. 884.687.070 correspondiente a Reserva de Glosa (CONTABILIDADC ii. 806.881.711 Correspondiente a cuentas por pagar (Prestamos de MedicamentosC (AREA DE ALMACEN Y FARMACIAC iii. 1.024.181.725 Correspondiente a saldos iniciales por concepto de Prestamos de Medicamentos proveedores y entidades privadas (AREA DE ALMACEN Y FARMACIAC	Soportar y presentar al comitG para aprobacion las partidas objeto de depuracion	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Depuraci.n Contable: El rubro de otras cuentas por pagar a corte de septiembre, asciende a \$4.758.828.176. Del total, el 482 (equivalente a \$2.274.880.572C est6 en proceso de depuraci.n contable, compuesto por:  i. 884.687.070 correspondiente a Reserva de Glosa (CONTABILIDADC ii. 806.881.711 Correspondiente a cuentas por pagar (Prestamos de MedicamentosC (AREA DE ALMACEN Y FARMACIAC iii. 1.024.181.725 Correspondiente a saldos iniciales por concepto de Prestamos de Medicamentos proveedores y entidades privadas (AREA DE ALMACEN Y FARMACIAC	Realizar el seguimiento mensual a las actividades de depuracion incluidas en el plan de depuracion de la Subred	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Depuraci.n Contable: El rubro de otras cuentas por pagar a corte de septiembre, asciende a \$4.758.828.176. Del total, el 482 (equivalente a \$2.274.880.572C est6 en proceso de depuraci.n contable, compuesto por:  i. 884.687.070 correspondiente a Reserva de Glosa (CONTABILIDADC ii. 806.881.711 Correspondiente a cuentas por pagar (Prestamos de MedicamentosC (AREA DE ALMACEN Y FARMACIAC iii. 1.024.181.725 Correspondiente a saldos iniciales por concepto de Prestamos de Medicamentos proveedores y entidades privadas (AREA DE ALMACEN Y FARMACIAC	Ajustar la informacion registrada en el plande depuracion contable de acuerdo a los seguimientos mensuales	Gesti.n Financiera	ATRASADA	852
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Durante la auditoria fue suministrado el archi denominado CRONOGRAMA_PLAN DEP RACION AY STADO 2024 SEP, en el cual se relaciona la depuraci.n contable del rubo dep.sitos en instituciones financieras, se observa que se identifica proceso de depuraci.n contable por valor de \$45.202.641 correspondientes a las siguientes cuentas contables: Ver tabla informe RME7761E24. As mismo se identifica la gesti.n efectuada por cuanto se Se solicita concepto juridico por falta de competencia de los convenios CVEDOTACION S BA, CVE2556E2014E FORTALECIMIENTO, CVE2288E2012 HSB, CVE1460E2018 FFDS SS ENGATIVA. Tesorera reali:a comunicaci.n a la SDS el da 10 de octubre, en espera de respuesta	Programar reuniones de conciliaci.n con el supervisor del convenio	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Durante la auditoria fue suministrado el archi denominado CRONOGRAMA_PLAN DEP RACION AY STADO 2024 SEP, en el cual se relaciona la depuraci.n contable del rubo dep.sitos en instituciones financieras, se observa que se identifica proceso de depuraci.n contable por valor de \$45.202.641 correspondientes a las siguientes cuentas contables: Ver tabla informe RME7761E24. As mismo se identifica la gesti.n efectuada por cuanto se Se solicita concepto jurdico por falta de competencia de los convenios CVEDOTACION S BA, CVE2556E2014E FORTALECIMIENTO, CVE2288E2012 HSB, CVE1460E2018 FFDS SS ENGATIVA. Tesorera reali:a comunicaci.n a la SDS el da 10 de octubre, en espera de respuesta	Soportar y presentar al comitG para aprobacion la cancelacion de cuentas bancarias de los convenios finali:ados	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Durante la auditoria fue suministrado el archi denominado CRONOGRAMA_PLAN DEP RACION AY STADO 2024 SEP, en el cual se relaciona la depuraci.n contable del rubo dep.sitos en instituciones financieras, se observa que se identifica proceso de depuraci.n contable por valor de \$45.202.641 correspondientes a las siguientes cuentas contables: Ver tabla informe RME7761E24. As mismo se identifica la gesti.n efectuada por cuanto se Se solicita concepto jurdico por falta de competencia de los convenios CVEDOTACION S BA, CVE2556E2014E FORTALECIMIENTO, CVE2288E2012 HSB, CVE1460E2018 FFDS SS ENGATIVA. Tesorera reali:a comunicaci.n a la SDS el da 10 de octubre, en espera de respuesta	Realiz:ar el seguimiento mensual a las actividades de depuracion convenios finali:ados	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Durante la auditoria fue suministrado el archi denominado CRONOGRAMA_PLAN DEP RACION AY STADO 2024 SEP, en el cual se relaciona la depuraci.n contable del rubo dep.sitos en instituciones financieras, se observa que se identifica proceso de depuraci.n contable por valor de \$45.202.641 correspondientes a las siguientes cuentas contables: Ver tabla informe RME7761E24. As mismo se identifica la gesti.n efectuada por cuanto se Se solicita concepto jurdico por falta de competencia de los convenios CVEDOTACION S BA, CVE2556E2014E FORTALECIMIENTO, CVE2288E2012 HSB, CVE1460E2018 FFDS SS ENGATIVA. Tesorera reali:a comunicaci.n a la SDS el da 10 de octubre, en espera de respuesta	Ajustar la informacion registrada en el plande depuracion contable de acuerdo a los seguimientos mensuales	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Los dep.sitos en instituciones financieras a corte de septiembre presentan saldo por valor \$25.122.881.601, durante la auditora fueron suministrados (42C conciliaciones bancarias con su respectivo Extracto y Libro Auxiliar. En el desarrollo de nuestros procedimientos, se identificaron 6 transferencias de recursos provenientes de las cuentas específicas aperturadas para la ejecución de los convenios suscritos por la Subred Norte, por un valor total de \$5.155.000.000. Estos recursos fueron trasladados a la cuenta No. 482800008611 del Banco Davivienda, correspondiente a recursos propios de la entidad. Esta situación contraviene lo estipulado en los términos de los convenios, los cuales requieren la apertura de una cuenta bancaria exclusiva para el manejo de los recursos asignados a cada convenio. El uso de la cuenta principal para estos pagos y la posterior transferencia de fondos no cumple con los lineamientos establecidos y podrá generar riesgos en la trazabilidad y control de los recursos.	Formular en cada vigencia un flujo de caja mensual que incluya costos y gastos asociados con edad de las cuentas por pagar (incluidos convenios)	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Los dep.sitos en instituciones financieras a corte de septiembre presentan saldo por valor \$25.122.881.601, durante la auditora fueron suministrados (42C conciliaciones bancarias con su respectivo Extracto y Libro Auxiliar. En el desarrollo de nuestros procedimientos, se identificaron 6 transferencias de recursos provenientes de las cuentas específicas aperturadas para la ejecución de los convenios suscritos por la Subred Norte, por un valor total de \$5.155.000.000. Estos recursos fueron trasladados a la cuenta No. 482800008611 del Banco Davivienda, correspondiente a recursos propios de la entidad. Esta situación contraviene lo estipulado en los términos de los convenios, los cuales requieren la apertura de una cuenta bancaria exclusiva para el manejo de los recursos asignados a cada convenio. El uso de la cuenta principal para estos pagos y la posterior transferencia de fondos no cumple con los lineamientos establecidos y podrá generar riesgos en la trazabilidad y control de los recursos.	Realizar pagos de cuentas de los convenios	Gestión Financiera	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Los dep.sitos en instituciones financieras a corte de septiembre presentan saldo por valor \$25.122.881.601, durante la auditora fueron suministrados (42C conciliaciones bancarias con su respectivo Extracto y Libro Auxiliar.</p> <p>En el desarrollo de nuestros procedimientos, se identificaron 6 transferencias de recursos provenientes de las cuentas específicas aperturadas para la ejecución de los convenios suscritos por la Subred Norte, por un valor total de \$5.155.000.000. Estos recursos fueron trasladados a la cuenta No. 482800008611 del Banco Davivienda, correspondiente a recursos propios de la entidad. Esta situación contraviene lo estipulado en los términos de los convenios, los cuales requieren la apertura de una cuenta bancaria exclusiva para el manejo de los recursos asignados a cada convenio. El uso de la cuenta principal para estos pagos y la posterior transferencia de fondos no cumple con los lineamientos establecidos y podrá generar riesgos en la trazabilidad y control de los recursos.</p>	Realizar un monitoreo mensual del flujo de caja incluidos pagos asociados a convenios	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Los dep.sitos en instituciones financieras a corte de septiembre presentan saldo por valor \$25.122.881.601, durante la auditora fueron suministrados (42C conciliaciones bancarias con su respectivo Extracto y Libro Auxiliar.</p> <p>En el desarrollo de nuestros procedimientos, se identificaron 6 transferencias de recursos provenientes de las cuentas específicas aperturadas para la ejecución de los convenios suscritos por la Subred Norte, por un valor total de \$5.155.000.000. Estos recursos fueron trasladados a la cuenta No. 482800008611 del Banco Davivienda, correspondiente a recursos propios de la entidad. Esta situación contraviene lo estipulado en los términos de los convenios, los cuales requieren la apertura de una cuenta bancaria exclusiva para el manejo de los recursos asignados a cada convenio. El uso de la cuenta principal para estos pagos y la posterior transferencia de fondos no cumple con los lineamientos establecidos y podrá generar riesgos en la trazabilidad y control de los recursos.</p>	Reformular el flujo de caja acorde con el aumento o disminución de ingresos asociados a convenios suscritos por la Subred	Gestión Financiera	Cumplida	1002

[illegible]



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Conciliación Activos Fijos vs Contabilidad: Durante la auditora fue suministrado la conciliación de activos fijos y contabilidad, en el cual se identifica diferencia (Mayor Valor ContableC por valor de \$26.161.541.101A dicha diferencia se justifica en el acta, indicando: Corresponde a la legalización de los convenios, tramite a realizar por parte del área de activos, quien la realizó una vez: reciba el comunicado oficial emitido por la Dirección Administrativa para su respectivo registro y reporte, con los debidos soportes al área de contabilidad. Para conciliación del mes de septiembre de 2024, el área de Desarrollo Institucional indica que los convenios se encuentran en proceso de liquidación, por lo cual una vez finalizado el tramite por cada convenio será reportado al área de activos fijos. La cuenta 168510005 BIENES DE CONTROLADO: Es una cuenta que en este momento esta siendo utilizada por los almacenes, en razón a que efectúan el control de este saldo de inventario, por lo tanto, se refleja edad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificulta el análisis de las causas de las prácticas inseguras, afectando la efectividad del	Ajustar la parametrización del modulo de activos fijos y almacen, en cuanto a el ingreso de los BCC.	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Saneamiento contable: Durante la auditora fue indagado si posterior al saneamiento contable de cartera, dichos saldos son trasladados a cuentas de orden, informándonos lo siguiente: Se informa que el registro correspondiente a la depuración contable se efectuara una vez: se realice la entrega de las resoluciones correspondientes a dicho concepto, se encuentran en firma de Gerencia. A septiembre, se cuenta con la aprobación del Comité de Sostenibilidad del sistema contable del tercero 880040188 E INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO E CONVENIO DOCENTE. Sin embargo, no se ha registrado en las cuentas de orden, ya que la resolución correspondiente se encuentra en trámite. Es importante destacar que la Subred Norte posterior al saneamiento contable debe aplicar la norma vigente para efectuar el traslado de los saldos a las cuentas de orden, a fin de garantizar que dichos ajustes contables se reflejen de manera correcta y conforme a la normativa vigente.	Programar reuniones de conciliación de las partidas de cartera a depurar con los responsables del proceso	Gestión Financiera	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Saneamiento contable: Durante la auditora fue indagado si posterior al saneamiento contable de cartera, dichos saldos son trasladados a cuentas de orden, informándonos lo siguiente: Se informa que el registro correspondiente a la depuración contable se efectuara una vez: se realice la entrega de las resoluciones correspondientes a dicho concepto, se encuentran en firma de Gerencia. A septiembre, se cuenta con la aprobación del Comité de Sostenibilidad del sistema contable del tercero 880040188 E INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO E CONVENIO DOCENTE. Sin embargo, no se ha registrado en las cuentas de orden, ya que la resolución correspondiente se encuentra en trámite. Es importante destacar que la Subred Norte posterior al saneamiento contable debe aplicar la norma vigente para efectuar el traslado de los saldos a las cuentas de orden, a fin de garantizar que dichos ajustes contables se reflejen de manera correcta y conforme a la normativa vigente.	Soportar y presentar al comité para aprobación las partidas de cartera objeto de depuración	Gestión Financiera	CUMPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Saneamiento contable: Durante la auditora fue indagado si posterior al saneamiento contable de cartera, dichos saldos son trasladados a cuentas de orden, informándonos lo siguiente: Se informa que el registro correspondiente a la depuración contable se efectuara una vez: se realice la entrega de las resoluciones correspondientes a dicho concepto, se encuentran en firma de Gerencia. A septiembre, se cuenta con la aprobación del Comité de Sostenibilidad del sistema contable del tercero 880040188 E INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO E CONVENIO DOCENTE. Sin embargo, no se ha registrado en las cuentas de orden, ya que la resolución correspondiente se encuentra en trámite. Es importante destacar que la Subred Norte posterior al saneamiento contable debe aplicar la norma vigente para efectuar el traslado de los saldos a las cuentas de orden, a fin de garantizar que dichos ajustes contables se reflejen de manera correcta y conforme a la normativa vigente.	Realizar el seguimiento mensual a las actividades de depuración de cartera incluidas en el plan de depuración de la Subred	Gestión Financiera	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Saneamiento contable: Durante la auditora fue indagado si posterior al saneamiento contable de cartera, dichos saldos son trasladados a cuentas de orden, informándonos lo siguiente: Se informa que el registro correspondiente a la depuración contable se efectuara una vez se realice la entrega de las resoluciones correspondientes a dicho concepto, se encuentran en firma de Gerencia. A septiembre, se cuenta con la aprobación del Comité de Sostenibilidad del sistema contable del tercero 880040188 E INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO E CONVENIO DOCENTE. Sin embargo, no se ha registrado en las cuentas de orden, ya que la resolución correspondiente se encuentra en trámite. Es importante destacar que la Subred Norte posterior al saneamiento contable debe aplicar la norma vigente para efectuar el traslado de los saldos a las cuentas de orden, a fin de garantizar que dichos ajustes contables se reflejen de manera correcta y conforme a la normativa vigente.	Ajustar la información registrada en el plan de depuración contable de acuerdo a los seguimientos mensuales	Gestión Financiera	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Depuración Contable: Durante la auditora, se recibió el archivo CRONOGRAMA_PLAN DEPURACIÓN ESTADO 2024 SEP, en el que se detalla las siguientes depuraciones contables:  a. Rubro 1884 E Otras Cuentas por Cobrar, por un valor de \$1.177.265.186. Este monto representa el 612 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.701.480.208. b. Rubros 188501027 E 188501028 Entidades en Liquidación por un valor de \$71.428.845.681. Este monto representa el 512 del total de los rubros, los cuales ascienden a \$157.081.575.268. c. Rubro 188510 E Otras Cuentas por Cobrar de difícil recaudo, por un valor de \$1.881.788.182. Este monto representa el 742 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.861.818.871. Por lo tanto, hasta que dicha conciliación no finalice, no es posible identificar el impacto en los estados financieros de la entidad.	Agotar administrativamente las acciones administrativas de reconocimiento de la masa de liquidación y gasto administrativo (Recursos y revocatoria directa)	Gestión Financiera	ATRASADA	22%

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Depuraci.n Contable: Durante la auditora, se recibi. el archivo CRONOGRAMA_PLAN DEP RACIN AY STADO 2024 SEP, en el que se detalla las siguientes depuraciones contables:</p> <p>a. Rubro 1884 E Otras Cuentas por Cobrar, por un valor de \$1.177.265.186. Este monto representa el 612 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.701.480.208.</p> <p>b. Rubros 188501027 E 188501028 Entidades en Liquidaci.n por un valor de \$71.428.845.681. Este monto representa el 512 del total de los rubros, los cuales ascienden a \$157.081.575.268.</p> <p>c. Rubro 188510 E Otras Cuentas por Cobrar de difcil recaudo, por un valor de \$1.881.788.182. Este monto representa el 742 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.861.818.871 Por lo tanto, hasta que dicha conciliaci.n no finalice, no es posible identificar el impacto en los estados financieros de la entidad.</p>	Generar informe de acciones administrativas desde la radicaci.n de la acreencia hasta la calificaci.n y graduaci.n de acreencia y gasto administrativo	Gesti.n Financiera	ATRASADA	22
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Depuraci.n Contable: Durante la auditora, se recibi. el archivo CRONOGRAMA_PLAN DEP RACIN AY STADO 2024 SEP, en el que se detalla las siguientes depuraciones contables:</p> <p>a. Rubro 1884 E Otras Cuentas por Cobrar, por un valor de \$1.177.265.186. Este monto representa el 612 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.701.480.208.</p> <p>b. Rubros 188501027 E 188501028 Entidades en Liquidaci.n por un valor de \$71.428.845.681. Este monto representa el 512 del total de los rubros, los cuales ascienden a \$157.081.575.268.</p> <p>c. Rubro 188510 E Otras Cuentas por Cobrar de difcil recaudo, por un valor de \$1.881.788.182. Este monto representa el 742 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.861.818.871 Por lo tanto, hasta que dicha conciliaci.n no finalice, no es posible identificar el impacto en los estados financieros de la entidad.</p>	Generar expediente tGcnico, solicitud de concepto tecnico, y presentacion ficha comitG de sostenibilidad	Gesti.n Financiera	ATRASADA	22

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Depuraci.n Contable: Durante la auditora, se recibi. el archivo CRONOGRAMA_PLAN DEP RACIN AY STADO 2024 SEP, en el que se detalla las siguientes depuraciones contables:</p> <p>a. Rubro 1884 E Otras Cuentas por Cobrar, por un valor de \$1.177.265.186. Este monto representa el 612 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.701.480.208.</p> <p>b. Rubros 188501027 E 188501028 Entidades en Liquidaci.n por un valor de \$71.428.845.681. Este monto representa el 512 del total de los rubros, los cuales ascienden a \$157.081.575.268.</p> <p>c. Rubro 188510 E Otras Cuentas por Cobrar de difcil recaudo, por un valor de \$1.881.788.182. Este monto representa el 742 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.861.818.871 Por lo tanto, hasta que dicha conciliaci.n no finalice, no es posible identificar el impacto en los estados financieros de la entidad.</p>	Verificar terminaci.n de la persona jurdica de sus patrimonios aut.nomos, el informe de desequilibrio financiero y finali:aci.n expediente tGcnico	Gesti.n Financiera	ATRASADA	22
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Depuraci.n Contable: Durante la auditora, se recibi. el archivo CRONOGRAMA_PLAN DEP RACIN AY STADO 2024 SEP, en el que se detalla las siguientes depuraciones contables:</p> <p>a. Rubro 1884 E Otras Cuentas por Cobrar, por un valor de \$1.177.265.186. Este monto representa el 612 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.701.480.208.</p> <p>b. Rubros 188501027 E 188501028 Entidades en Liquidaci.n por un valor de \$71.428.845.681. Este monto representa el 512 del total de los rubros, los cuales ascienden a \$157.081.575.268.</p> <p>c. Rubro 188510 E Otras Cuentas por Cobrar de difcil recaudo, por un valor de \$1.881.788.182. Este monto representa el 742 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.861.818.871 Por lo tanto, hasta que dicha conciliaci.n no finalice, no es posible identificar el impacto en los estados financieros de la entidad.</p>	Ajustar la informacion registrada en el plan de depuracion contable de acuerdo a los seguimientos mensuales	Gesti.n Financiera	ATRASADA	22

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Depuraci.n Contable: Durante la auditora, se recibi. el archivo CRONOGRAMA_PLAN DEP RACIN AY STADO 2024 SEP, en el que se detalla las siguientes depuraciones contables:</p> <p>a. Rubro 1884 E Otras Cuentas por Cobrar, por un valor de \$1.177.265.186. Este monto representa el 612 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.701.480.208.</p> <p>b. Rubros 188501027 E 188501028 Entidades en Liquidaci.n por un valor de \$71.428.845.681. Este monto representa el 512 del total de los rubros, los cuales ascienden a \$157.081.575.268.</p> <p>c. Rubro 188510 E Otras Cuentas por Cobrar de difícil recaudo, por un valor de \$1.881.788.182. Este monto representa el 742 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.861.818.871 Por lo tanto, hasta que dicha conciliaci.n no finalice, no es posible identificar el impacto en los estados financieros de la entidad.</p>	Realizar consecuci.n de los soportes documentales que dieron origen a los saldos, indagando con con las áreas generadoras del registro	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Depuraci.n Contable: Durante la auditora, se recibi. el archivo CRONOGRAMA_PLAN DEP RACIN AY STADO 2024 SEP, en el que se detalla las siguientes depuraciones contables:</p> <p>a. Rubro 1884 E Otras Cuentas por Cobrar, por un valor de \$1.177.265.186. Este monto representa el 612 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.701.480.208.</p> <p>b. Rubros 188501027 E 188501028 Entidades en Liquidaci.n por un valor de \$71.428.845.681. Este monto representa el 512 del total de los rubros, los cuales ascienden a \$157.081.575.268.</p> <p>c. Rubro 188510 E Otras Cuentas por Cobrar de difícil recaudo, por un valor de \$1.881.788.182. Este monto representa el 742 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.861.818.871 Por lo tanto, hasta que dicha conciliaci.n no finalice, no es posible identificar el impacto en los estados financieros de la entidad.</p>	Efectuar fichas de saneamiento, con los respectivos soportes documentales.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Depuraci.n Contable: Durante la auditora, se recibí. el archivo CRONOGRAMA_PLAN DEP RACIN AY STADO 2024 SEP, en el que se detalla las siguientes depuraciones contables:</p> <p>a. Rubro 1884 E Otras Cuentas por Cobrar, por un valor de \$1.177.265.186. Este monto representa el 612 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.701.480.208.</p> <p>b. Rubros 188501027 E 188501028 Entidades en Liquidaci.n por un valor de \$71.428.845.681. Este monto representa el 512 del total de los rubros, los cuales ascienden a \$157.081.575.268.</p> <p>c. Rubro 188510 E Otras Cuentas por Cobrar de difícil recaudo, por un valor de \$1.881.788.182. Este monto representa el 742 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.861.818.871 Por lo tanto, hasta que dicha conciliaci.n no finalice, no es posible identificar el impacto en los estados financieros de la entidad.</p>	Presentar ficha al comité de sostenibilidad	Gesti.n Financiera	ATRASADA	802
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Depuraci.n Contable: Durante la auditora, se recibí. el archivo CRONOGRAMA_PLAN DEP RACIN AY STADO 2024 SEP, en el que se detalla las siguientes depuraciones contables:</p> <p>a. Rubro 1884 E Otras Cuentas por Cobrar, por un valor de \$1.177.265.186. Este monto representa el 612 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.701.480.208.</p> <p>b. Rubros 188501027 E 188501028 Entidades en Liquidaci.n por un valor de \$71.428.845.681. Este monto representa el 512 del total de los rubros, los cuales ascienden a \$157.081.575.268.</p> <p>c. Rubro 188510 E Otras Cuentas por Cobrar de difícil recaudo, por un valor de \$1.881.788.182. Este monto representa el 742 del saldo total de dicho rubro a corte de septiembre, que asciende a \$1.861.818.871 Por lo tanto, hasta que dicha conciliaci.n no finalice, no es posible identificar el impacto en los estados financieros de la entidad.</p>	Ajustar la información registrada en el plan de depuración contable de acuerdo a los seguimientos mensuales	Gesti.n Financiera	C M PLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Integridad: Durante la auditora, fue suministrado el archivo P NTO 1. PPE VARDEN E SEPTIEMBRE 2024 RF, el cual reporta un valor en libros de \$210.181.125.441. Este valor fue comparado con el saldo del balance al corte de septiembre, que asciende a \$518.610.811.882, identificándose una diferencia de \$228.558.886.811.	Realizar mesa de trabajo entre contabilidad, sistemas y activos fijos para definir las cuentas que afectan cada uno de los grupos contables	Gesti.n Financiera	C M PLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Integridad: Durante la auditora, fue suministrado el archivo P NTO 1. PPE VARDEN E SEPTIEMBRE 2024 RF, el cual reporta un valor en libros de \$210.181.125.441. Este valor fue comparado con el saldo del balance al corte de septiembre, que asciende a \$518.610.811.882, identificándose una diferencia de \$228.558.886.811.	Ajustar la parametrización del módulo de activos fijos, en cuanto a la depreciación de cada uno de los grupos contables	Gesti.n Financiera	ATRASADA	152

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Integridad: Durante la auditora, fue suministrado el archivo P NTO 1. PPE VARDEN E SEPTIEMBRE 2024 RF, el cual reporta un valor en libros de \$210.181.125.441. Este valor fue comparado con el saldo del balance al corte de septiembre, que asciende a \$518.610.811.882, identificándose una diferencia de \$228.558.886.811.	Monitorear la parametrización del módulo de activos fijos, con el fin de evitar las depreciaciones en cada uno de los grupos contables.	Gestión Financiera	ATRASADA	102
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Durante la auditora fueron suministrados los documentos legales (Registro nico Tributario y Registro de Informaci.n Tributaria, tras su revisi.n, se identificaron las siguientes observaciones:</p> <p>a. Registro de Informaci.n Tributaria</p> <p>i. El documento suministrado, se encuentra desactualizado con referencia a la informaci.n de los Revisores Fiscales.</p> <p>ii. No se observa la inclusi.n de la actividad econ.mica correspondiente a la percepci.n de ingresos por concepto de arrendamientos en la nidad de Engativá.</p> <p>b. Registro nico Tributario</p> <p>i. El documento suministrado, se encuentra desactualizado, en cuanto a la inclusi.n de los (1C miembros de Yunta Directiva</p> <p>ii. No se encuentra diligenciado el rengl.n 88Entidades de Vigilancia y Control</p>	Programar revisiones mensuales del Registro nico Tributario con la informaci.n actualizada de la Sub red	Gestión Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Durante la auditora fueron suministrados los documentos legales (Registro nico Tributario y Registro de Informaci.n Tributaria, tras su revisi.n, se identificaron las siguientes observaciones:</p> <p>a. Registro de Informaci.n Tributaria</p> <p>i. El documento suministrado, se encuentra desactualizado con referencia a la informaci.n de los Revisores Fiscales.</p> <p>ii. No se observa la inclusi.n de la actividad econ.mica correspondiente a la percepci.n de ingresos por concepto de arrendamientos en la nidad de Engativá.</p> <p>b. Registro nico Tributario</p> <p>i. El documento suministrado, se encuentra desactualizado, en cuanto a la inclusi.n de los (1C miembros de Yunta Directiva</p> <p>ii. No se encuentra diligenciado el rengl.n 88Entidades de Vigilancia y Control</p>	Incluir informaci.n actual sobre miembros de Yunta Directiva en el R T	Gestión Financiera	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Durante la auditora fueron suministrados los documentos legales (Registro nico Tributario y Registro de Informaci.n Tributaria, tras su revisi.n, se identificaro n las siguientes observaciones:</p> <p>a. Registro de Informaci.n Tributaria</p> <p>i. El documento suministrado, se encuentra desactuali:ado con referencia a la informaci.n de los Revisores Fi scales.</p> <p>ii. No se observa la inclusi.n de la actividad econ.mica correspondiente a la percepci.n de ingresos por concepto de arrendamientos en la nidad de Engativ6.</p> <p>b. Registro nico Tributario</p> <p>i. El documento suministrado, se encuentra desactuali:ado, en cuanto a la inclusi.n de los (1C miembros de Yunta Directiva</p> <p>ii. No se encuentra diligenciado el rengl.n 88Entidades de Vigilancia y Control</p>	Incluir informacion actual sobre la actividad econ.mica secundaria en el R T	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Durante la auditora fueron suministrados los documentos legales (Registro nico Tributario y Registro de Informaci.n Tributaria, tras su revisi.n, se identificaro n las siguientes observaciones:</p> <p>a. Registro de Informaci.n Tributaria</p> <p>i. El documento suministrado, se encuentra desactuali:ado con referencia a la informaci.n de los Revisores Fi scales.</p> <p>ii. No se observa la inclusi.n de la actividad econ.mica correspondiente a la percepci.n de ingresos por concepto de arrendamientos en la nidad de Engativ6.</p> <p>b. Registro nico Tributario</p> <p>i. El documento suministrado, se encuentra desactuali:ado, en cuanto a la inclusi.n de los (1C miembros de Yunta Directiva</p> <p>ii. No se encuentra diligenciado el rengl.n 88Entidades de Vigilancia y Control</p>	Realizar un monitoreo mensual de la informacion registrada en el R T.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Durante la auditora fueron suministrados los documentos legales (Registro nico Tributario y Registro de Informaci.n Tributaria, tras su revisi.n, se identificaro n las siguientes observaciones:</p> <p>a. Registro de Informaci.n Tributaria i. El documento suministrado, se encuentra desactuali:ado con referencia a la informaci.n de los Revisores Fi scales. ii. No se observa la inclusi.n de la actividad econ.mica correspondiente a la percepci.n de ingresos por concepto de arrendamientos en la nidad de Engativ6.</p> <p>b. Registro nico Tributario i. El documento suministrado, se encuentra desactuali:ado, en cuanto a la inclusi.n de los (1C miembros de Yunta Directiva ii. No se encuentra diligenciado el rengl.n 88Entidades de Vigilancia y Control</p>	Ajustar la informacion registrada en el RT de acuerdo a los cambios institucionale detectados	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Depuraci.n contable: Durante la auditoria fue suministrado el archivo denominado CRONOGRAMA_PLAN DEP RACION AY STADO 2024 SEP, en el cual se relaciona la depuraci.n contable del rubro 1811ECuentas por cobrar servicios de salud por concepto de mayor valor facturado por valor de \$41.118.856.688, el cual representa el 272 del total del rubro el cual asciende a \$152.780.201.182.	Identificar por entidad mayor valor facturado (Entidad, Monto y motivoC	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Depuraci.n contable: Durante la auditoria fue suministrado el archivo denominado CRONOGRAMA_PLAN DEP RACION AY STADO 2024 SEP, en el cual se relaciona la depuraci.n contable del rubro 1811ECuentas por cobrar servicios de salud por concepto de mayor valor facturado por valor de \$41.118.856.688, el cual representa el 272 del total del rubro el cual asciende a \$152.780.201.182.	Establecer fechas de conciliaci.n por periodos de radicaci.n	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Depuraci.n contable: Durante la auditoria fue suministrado el archivo denominado CRONOGRAMA_PLAN DEP RACION AY STADO 2024 SEP, en el cual se relaciona la depuraci.n contable del rubro 1811ECuentas por cobrar servicios de salud por concepto de mayor valor facturado por valor de \$41.118.856.688, el cual representa el 272 del total del rubro el cual asciende a \$152.780.201.182.	Dar respuesta a cada entidad, conforme a glosas o conciliaci.n, aceptar la misma.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Depuraci.n contable: Durante la auditoria fue suministrado el archivo denominado CRONOGRAMA_PLAN DEP RACION AY STADO 2024 SEP, en el cual se relaciona la depuraci.n contable del rubro 1811ECuentas por cobrar servicios de salud por concepto de mayor valor facturado por valor de \$41.118.856.688, el cual representa el 272 del total del rubro el cual asciende a \$152.780.201.182.	Reportar mensualmente avance a comitG.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Acompa-amiento Toma Fsica: Por parte de Revisora Fiscal, se efectHo el acompa-amiento a las nidades: Hospital Sim.n Bolvar y Hospital de Engativ6, identificando las siguientes situaciones:  a. El conteo de propiedad, planta y equipo en las unidades corresponda Hnicamente al conteo de activos fijos de mayor cuanta. b. No se contaba con un orden definido para el conteo.	Realii:ar cronograma de verificaci.n de inventarios y reali:ar sociali:aci.n con las diferentes dependencias de la Entidad.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Acompa-amiento Toma Fsica: Por parte de Revisora Fiscal, se efectHo el acompa-amiento a las nidades: Hospital Sim.n Bolvar y Hospital de Engativ6, identificando las siguientes situaciones:  a. El conteo de propiedad, planta y equipo en las unidades corresponda Hnicamente al conteo de activos fijos de mayor cuanta. b. No se contaba con un orden definido para el conteo.	Realii:ar toma fsica de inventario de bienes devolutivos y elementos de consumo controlado de la Entidad.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Acompa-amiento Toma Fsica: Por parte de Revisora Fiscal, se efectHo el acompa-amiento a las nidades: Hospital Sim.n Bolvar y Hospital de Engativ6, identificando las siguientes situaciones:  a. El conteo de propiedad, planta y equipo en las unidades corresponda Hnicamente al conteo de activos fijos de mayor cuanta. b. No se contaba con un orden definido para el conteo.	Cru:ar la informaci.n, validando la informaci.n fsica vs e l registro en el sistema de informaci.n y reali:ando los cambios en el sistema de acuerdo a las novedades encontradas.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Acompa-amiento Toma Fsica: Por parte de Revisora Fiscal, se efectHo el acompa-amiento a las nidades: Hospital Sim.n Bolvar y Hospital de Engativ6, identificando las siguientes situaciones:  a. El conteo de propiedad, planta y equipo en las unidades corresponda Hnicamente al conteo de activos fijos de mayor cuanta. b. No se contaba con un orden definido para el conteo.	Realii:ar el informe final despuGs de haber terminado con la verificaci.n fsica del inventario, ajustes y firmas de l os involucrados.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	En el listado de adquisiciones y bajas de activos se identifican altas de PPYE a nombre de la Subred Norte por un valor de \$12.581.401.401. no se obtuvo evidencia documentada sobre dicho reconocimiento.	Actualii:ar el procedimiento de ingresos de bienes a la instituci.n	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	En el listado de adquisiciones y bajas de activos se identifican altas de PPYE a nombre de la Subred Norte por un valor de \$12.581.401.401. no se obtuvo evidencia documentada sobre dicho reconocimiento.	Revisar los ingresos que presentan las diferencias y cru:ar contra los soportes documentales de cada uno con el fin de identificar los posibles errores.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	En el listado de adquisiciones y bajas de activos se identifican altas de PPYE a nombre de la Subred Norte por un valor de \$12.581.401.401. no se obtuvo evidencia documentada sobre dicho reconocimiento.	Realii:ar los ingresos de los bienes de la entidad registrando la informaci.n correcta.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	En el listado de adquisiciones y bajas de activos se identifican altas de PPYE a nombre de la Subred Norte por un valor de \$12.581.401.401. no se obtuvo evidencia documentada sobre dicho reconocimiento.	Monitorear mensualmente los ingresos realizados con el fin de identificar posibles errores.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Informe Contralora PAD 2024 E Cod 168. Durante la auditora fue suministrado el informe de Contralora PAD 2024 ECod 168, en el cual se identifica la siguiente observaci.n administrativa: 8.2.1.1. Observaci.n administrativa por la falta de gesti.n para depurar y/o sanear los saldos de las cuentas de ahorro de convenios finalizados a 81/12/2028 que continHan reflej6ndose en los estados financieros. Analizados los Estados Financier os, en la cuenta contable Dep.sitos en Instituciones Financieras, se evidencia que la Subred Norte E.S.E., tiene 42 cuentas de ahorro por un valor total de \$88.722.822.846. Al verificar los registros contables y las conciliaciones bancarias, se constat. que 18 de estas cuentas, con un valor de \$10.727.841.780 y que est6n destinadas al manejo de los recursos provenientes de convenios suscritos con el FFDS, finalizaron su ejecuci.n en vigencias anteriores al 2028, e incluso en la vigencia actual.  Ahora bien, a corte de Septiembre de las 18 cuentas mencionadas en el informe de Contralo	Establecer fechas de conciliaci.n mensual con supervisores de convenios	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Informe Contralora PAD 2024 E Cod 168. Durante la auditora fue suministrado el informe de Contralora PAD 2024 ECod 168, en el cual se identifica la siguiente observaci.n administrativa: 8.2.1.1. Observaci.n administrativa por la falta de gesti.n para depurar y/o sanear los saldos de las cuentas de ahorro de convenios finali:ados a 81/12/2028 que continHan reflej6ndose en los estados financieros. Anali:ados los Estados Financier os, en la cuenta contable Dep.sitos en Instituciones Financieras, se evidencia que la Subred Norte E.S.E., tiene 42 cuentas de ahorro por un valor total de \$88.722.822.846. Al verificar los registros contables y las conciliaciones bancarias, se constat. que 18 de estas cuentas, con un valor de \$10.727.841.780 y que est6n destinadas al manejo de los recursos provenientes de convenios suscritos con el FFDS, finali:aron su ejecuci.n en vigencias anteriores al 2028, e incluso en la vigencia actual.</p> <p>Ahora bien, a corte de Septiembre de las 18 cuentas mencionadas en el informe de Contralo</p> <p>XXX  XXX  XXX  XXX  XXX  XXX  XXX</p>	Realiz:ar conciliaci.n mensual con el supervisor del convenio	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Informe Contralora PAD 2024 E Cod 168. Durante la auditora fue suministrado el informe de Contralora PAD 2024 ECod 168, en el cual se identifica la siguiente observaci.n administrativa: 8.2.1.1. Observaci.n administrativa por la falta de gesti.n para depurar y/o sanear los saldos de las cuentas de ahorro de convenios finali:ados a 81/12/2028 que continHan reflej6ndose en los estados financieros. Anali:ados los Estados Financier os, en la cuenta contable Dep.sitos en Instituciones Financieras, se evidencia que la Subred Norte E.S.E., tiene 42 cuentas de ahorro por un valor total de \$88.722.822.846. Al verificar los registros contables y las conciliaciones bancarias, se constat. que 18 de estas cuentas, con un valor de \$10.727.841.780 y que est6n destinadas al manejo de los recursos provenientes de convenios suscritos con el FFDS, finali:aron su ejecuci.n en vigencias anteriores al 2028, e incluso en la vigencia actual.</p> <p>Ahora bien, a corte de Septiembre de las 18 cuentas mencionadas en el informe de Contraloidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma</p>	Realiz:ar un monitoreo trimestral para efectuar reporte a contabilidad de la depuraci.n de las cuentas bancar ias	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Informe Contralora PAD 2024 E Cod 168. Durante la auditora fue suministrado el informe de Contralora PAD 2024 ECod 168, en el cual se identifica la siguiente observaci.n administrativa: 8.2.1.1. Observaci.n administrativa por la falta de gesti.n para depurar y/o sanear los saldos de las cuentas de ahorro de convenios finalizados a 81/12/2028 que continHan reflejándose en los estados financieros. Analizados los Estados Financieros, en la cuenta contable Dep.sitos en Instituciones Financieras, se evidencia que la Subred Norte E.S.E., tiene 42 cuentas de ahorro por un valor total de \$88.722.822.846. Al verificar los registros contables y las conciliaciones bancarias, se constat. que 18 de estas cuentas, con un valor de \$10.727.841.780 y que est6n destinadas al manejo de los recursos provenientes de convenios suscritos con el FFDS, finalizaron su ejecuci.n en vigencias anteriores al 2028, e incluso en la vigencia actual.</p> <p>Ahora bien, a corte de Septiembre de las 18 cuentas mencionadas en el informe de Contraloidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma</p>	Ajustar la informacion registrada en el plande depuracion contable de acuerdo a los monitoreos trimestrales	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Certificados de Libertad: De los veintid.s (22C predios reportados por la entidad, se evidenci. que solo uno (1C de ellos figura con la titularidad del derecho real de dominio a nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Por su parte, quince (15C predios permanecen registrados a nombre de los hospitales que formaron parte de la fusi.n que dio origen a la Subred Norte, distribuidos as: Hospital de Engativ6, Hospital Sim.n Bolvar, Hospital de saquGn y Hospital de Suba. Adem6s, tres (8C predios se encuentran a nombre del Distrito, uno (1C a particulares, uno (1C a la Cooperativa Solidaria de Salud Norte y uno (1C al Fondo de Desarrollo Local de Engativ6.</p> <p>Se evidencia que, al momento de la auditora, la entidad no ha gestionado la actualizaci.n de los registros de propiedad para que los predios estGn identificados bajo la ra.:n social derivada de la fusi.n establecida por el Acuerdo 641 de 2016.</p>	Identificar si los predios son de propiedad de la Subred Norte y que aun registra a nombre de los antiguos hospitales	Gesti.n de Recursos Fscos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Certificados de Libertad: De los veintid.s (22C predios reportados por la entidad, se evidenci. que solo uno (1C de ellos figura con la titularidad del derecho real de dominio a nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Por su parte, quince (15C predios permanecen registrados a nombre de los hospitales que formaron parte de la fusi.n que dio origen a la Subred Norte, distribuidos as: Hospital de Engativ6, Hospital Sim.n Bolvar, Hospital de saquGn y Hospital de Suba. Adem6s, tres (8C predios se encuentran a nombre del Distrito, uno (1C a particulares, uno (1C a la Cooperativa Solidaria de Salud Norte y uno (1C al Fondo de Desarrollo Local de Engativ6.</p> <p>Se evidencia que, al momento de la auditora, la entidad no ha gestionado la actuali:aci.n de los registros de propiedad para que los predios estGn identificados bajo la ra::n social derivada de la fusi.n establecida por el Acuerdo 641 de 2016.</p>	Reunir la documentaci.n necesaria de cada predio para reali:ar tr6mite de actuali:aci.n de titularidad	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	202
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Certificados de Libertad: De los veintid.s (22C predios reportados por la entidad, se evidenci. que solo uno (1C de ellos figura con la titularidad del derecho real de dominio a nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Por su parte, quince (15C predios permanecen registrados a nombre de los hospitales que formaron parte de la fusi.n que dio origen a la Subred Norte, distribuidos as: Hospital de Engativ6, Hospital Sim.n Bolvar, Hospital de saquGn y Hospital de Suba. Adem6s, tres (8C predios se encuentran a nombre del Distrito, uno (1C a particulares, uno (1C a la Cooperativa Solidaria de Salud Norte y uno (1C al Fondo de Desarrollo Local de Engativ6.</p> <p>Se evidencia que, al momento de la auditora, la entidad no ha gestionado la actuali:aci.n de los registros de propiedad para que los predios estGn identificados bajo la ra::n social derivada de la fusi.n establecida por el Acuerdo 641 de 2016.</p>	Realiz:ar solicitud escrita para el cambio de nombre de predio propio ante Catastro Distrital	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	202
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Otros Activos: El rubro Otros Activos presenta un saldo de \$8.850.647.147 al corte de septiembre. Del total, el 882 (equivalente a \$8.852.468.844C est6 en proceso de depuraci.n contable, compuesto por:</p> <p>\$1.506.741.418: Dep.sitos en garanta y dep.sitos judiciales del Hospital Sim.n Bolvar.</p> <p>\$1.845.711.481: Contribuciones efectivas al Sistema General de Participaciones (Salud, Pensi.n y Riesgos LaboralesC. (AREA TALENTO H MANOC</p>	Programar reuniones de conciliaci.n de las partidas de Otros Activos y Talento Humanod incluidas en el Plan de Depuracion Contable de la Subred	Gesti.n Financiera	ATRASADA	102

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Otros Activos: El rubro Otros Activos presenta un saldo de \$8.850.647.147 al corte de septiembre. Del total, el 882 (equivalente a \$8.852.468.844C est6 en proceso de depuraci.n contable, compuesto por: \$1.506.741.418: Dep.sitos en garanta y dep.sitos judiciales del Hospital Sim.n Bolvar. \$1.845.711.481: Contribuciones efectivas al Sistema General de Participaciones (Salud, Pensi.n y Riesgos LaboralesC. (AREA TALENTO H MANOC	Soportar y presentar al comitG para aprobacion las partidas objeto de depuracion	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Otros Activos: El rubro Otros Activos presenta un saldo de \$8.850.647.147 al corte de septiembre. Del total, el 882 (equivalente a \$8.852.468.844C est6 en proceso de depuraci.n contable, compuesto por: \$1.506.741.418: Dep.sitos en garanta y dep.sitos judiciales del Hospital Sim.n Bolvar. \$1.845.711.481: Contribuciones efectivas al Sistema General de Participaciones (Salud, Pensi.n y Riesgos LaboralesC. (AREA TALENTO H MANOC	Realizar el seguimiento mensual a las actividades de depuracion incluidas en el plan de depuracion de la Subred	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Otros Activos: El rubro Otros Activos presenta un saldo de \$8.850.647.147 al corte de septiembre. Del total, el 882 (equivalente a \$8.852.468.844C est6 en proceso de depuraci.n contable, compuesto por: \$1.506.741.418: Dep.sitos en garanta y dep.sitos judiciales del Hospital Sim.n Bolvar. \$1.845.711.481: Contribuciones efectivas al Sistema General de Participaciones (Salud, Pensi.n y Riesgos LaboralesC. (AREA TALENTO H MANOC	Ajustar la informacion registrada en el plande depuracion contable de acuerdo a los seguimientos mensuales	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Cesantas Vigencia 2028: Durante la auditora fueron suministradas (5C PlanillasElInforme de pago de cesantas por valor de \$5.774.811.625, de lo cual, se identifican las siguientes situaciones: 1. En los PDF suministrados no se identifica la fecha de pago 2. El pasivo: 251102E Cesantas a cierre de 2028 refleja saldo por valor de \$5.752.582.276, lo que genera diferencia no material por valor de \$21.851.848.	Identificar las inconsistencias para mejorar la precisi.n de los c6lculos de las cesantas	Gesti.n del Talentto Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Cesantas Vigencia 2028: Durante la auditora fueron suministradas (5C PlanillasElInforme de pago de cesantas por valor de \$5.774.811.625, de lo cual, se identifican las siguientes situaciones: 1. En los PDF suministrados no se identifica la fecha de pago 2. El pasivo: 251102E Cesantas a cierre de 2028 refleja saldo por valor de \$5.752.582.276, lo que genera diferencia no material por valor de \$21.851.848.	Ajustar el sistema de informaci.n, de modo que los datos se mantengan actuali:ados y sin errores	Gesti.n del Talentto Humano	C MPLIDA	1002



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO								
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance	
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cesantas Vigencia 2028: Durante la auditora fueron suministradas (5C PlanillasElInforme de pago de cesantas por valor de \$5.774.811.625, de lo cual, se identifican las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En los PDF suministrados no se identifica la fecha de pago</li> <li>2. El pasivo: 251102E Cesantas a cierre de 2028 refleja saldo por valor de \$5.752.582.276, lo que genera diferencia no material por valor de \$21.851.848.</li> </ol>	Realizar auditoras periódicas para verificar si los montos de las cesantas calculados coinciden con la información registrada	Gestión del Talento Humano	Cumplida	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cesantas Vigencia 2028: Durante la auditora fueron suministradas (5C PlanillasElInforme de pago de cesantas por valor de \$5.774.811.625, de lo cual, se identifican las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En los PDF suministrados no se identifica la fecha de pago</li> <li>2. El pasivo: 251102E Cesantas a cierre de 2028 refleja saldo por valor de \$5.752.582.276, lo que genera diferencia no material por valor de \$21.851.848.</li> </ol>	Desarrollar acciones para evitar que las inconsistencias se repitan	Gestión del Talento Humano	Cumplida	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cartera sin Radicación: La entidad registra una cartera total de \$185.810.158.757 al corte de septiembre de 2024. No obstante, se identificó que \$60.552.718.022 de este monto corresponde a cartera sin radicar, lo cual representa el 452 del total de la cartera de prestación de servicios de salud. Esta situación evidencia una gestión inadecuada de la radicación de cuentas, lo que podría afectar negativamente el flujo de caja de la entidad y aumentar el riesgo de deterioro de la cartera, dificultando la recuperación de los recursos adeudados.</p>	Programar de manera mensual mesa de trabajo con áreas de sistemas, en cuanto a las causas y lentitud del sistema de información, problemas con las impresoras y escáner y problemas con los equipos de cómputo las cuales no son ágiles para el proceso de armado y radicación.	Gestión Financiera	ATRASADA	702	
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cartera sin Radicación: La entidad registra una cartera total de \$185.810.158.757 al corte de septiembre de 2024. No obstante, se identificó que \$60.552.718.022 de este monto corresponde a cartera sin radicar, lo cual representa el 452 del total de la cartera de prestación de servicios de salud. Esta situación evidencia una gestión inadecuada de la radicación de cuentas, lo que podría afectar negativamente el flujo de caja de la entidad y aumentar el riesgo de deterioro de la cartera, dificultando la recuperación de los recursos adeudados.</p>	Realizar notificación semanal por medio de correo electrónico de soportes pendientes a todas las áreas que intervengan en el proceso de armado de facturas. Como son (Autorización, asistencial, almacén)	Gestión Financiera	ATRASADA	502	
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cartera sin Radicación: La entidad registra una cartera total de \$185.810.158.757 al corte de septiembre de 2024. No obstante, se identificó que \$60.552.718.022 de este monto corresponde a cartera sin radicar, lo cual representa el 452 del total de la cartera de prestación de servicios de salud. Esta situación evidencia una gestión inadecuada de la radicación de cuentas, lo que podría afectar negativamente el flujo de caja de la entidad y aumentar el riesgo de deterioro de la cartera, dificultando la recuperación de los recursos adeudados.</p>	Implementar control diario por medio de drive en el proceso de armado y radicación por medio de generación de informes donde se refleje la productividad de cada contratista con el fin de optimizar el cargue y descargue para el armado y la validación de la estructura por cada EPS que permita tener radicación oportuna.	Gestión Financiera	Cumplida	1002	

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Cartera sin Radicaci.n: La entidad registra una cartera total de \$185.810.158.757 al corte de septiembre de 2024. No obstante, se identific. que \$60.552.718.022 de este monto corresponde a cartera sin radicar, lo cual representa el 452 del total de la cartera de prestaci.n de servicios de salud. Esta situaci.n evidencia una gesti.n inadecuada de la radicaci.n de cuentas, lo que podra afectar negativamente el flujo de caja de la entidad y aumentar el riesgo de deterioro de la cartera, dificultando la recuperaci.n de los recursos adeudados.</p>	Fortalecimiento en las reuniones con los apoyos de cada unidad para el seguimiento del informe de la facturaci.n pendiente por radicar con los compromisos y tiempos establecidos.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	602
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Antigüedad Cartera Sin Radicaci.n: Del saldo total de cartera sin radicar, que asciende a \$60.552.718.022, se identific. la existencia de facturas pendientes de radicaci.n desde enero de 2028. Esta acumulaci.n de cuentas por cobrar con una antigüedad significativa indica una gesti.n deficiente en el proceso de radicaci.n, lo que podra incrementar el riesgo de incobrabilidad. El retraso prolongado en la radicaci.n de facturas aumenta el riesgo de deterioro de la cartera y puede generar problemas de liquidez: para la entidad, afectando su operaci.n y cumplimiento financiero.</p>	Programar de manera mensual mesa de trabajo con 6rea de sistemas, en cuento a las cadas y lentitud del sistema de informaci.n, problemas con las impresoras y esc6ner y problemas con los equipos de computo las cuales no son 6gil para el proceso de armado y radicaci.n.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Antigüedad Cartera Sin Radicaci.n: Del saldo total de cartera sin radicar, que asciende a \$60.552.718.022, se identific. la existencia de facturas pendientes de radicaci.n desde enero de 2028. Esta acumulaci.n de cuentas por cobrar con una antigüedad significativa indica una gesti.n deficiente en el proceso de radicaci.n, lo que podra incrementar el riesgo de incobrabilidad. El retraso prolongado en la radicaci.n de facturas aumenta el riesgo de deterioro de la cartera y puede generar problemas de liquidez: para la entidad, afectando su operaci.n y cumplimiento financiero.</p>	Realiz:ar notificaci.n semanal por medio de correo electr.nico de soportes pendientes a todas las 6reas que intervengan en el proceso de armado de facturas. Como son (Autori:aci.n, asistencial, almacGnC	Gesti.n Financiera	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	<p>Antigüedad Cartera Sin Radicaci.n: Del saldo total de cartera sin radicar, que asciende a \$60.552.718.022, se identific. la existencia de facturas pendientes de radicaci.n desde enero de 2028. Esta acumulaci.n de cuentas por cobrar con una antigüedad significativa indica una gesti.n deficiente en el proceso de radicaci.n, lo que podra incrementar el riesgo de incobrabilidad. El retraso prolongado en la radicaci.n de facturas aumenta el riesgo de deterioro de la cartera y puede generar problemas de liquidez: para la entidad, afectando su operaci.n y cumplimiento financiero.</p>	Implementar control diario por medio de drive en el proceso de armado y radicaci.n por medio de generaci.n de informes donde se refleje la productividad de cada contratista con el fin de optimiz:ar el cargue y descargue para el armado y la validaci.n de la estructura por cada EPS que permita tener radicaci.n oportuna.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7761E24 A DITORIA FINANCIERA AL 80 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Antigüedad Cartera Sin Radicaci.n: Del saldo total de cartera sin radicar, que asciende a \$60.552.718.022, se identific. la existencia de facturas pendientes de radicaci.n desde enero de 2028. Esta acumulaci.n de cuentas por cobrar con una antigüedad significativa indica una gesti.n deficiente en el proceso de radicaci.n, lo que podra incrementar el riesgo de incobrabilidad. El retraso prolongado en la radicaci.n de facturas aumenta el riesgo de deterioro de la cartera y puede generar problemas de liquide: para la entidad, afectando su operaci.n y cumplimiento financiero.	Fortalecimiento en las reuniones con los apoyos de cada unidad para el seguimiento del informe de la facturaci.n pendiente por radicar con los compromisos y tiempos establecidos.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	602
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION	POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION: Durante el desarrollo de la auditoria se observ. procedimientos y politicas est6n pendientes por actuali:ar PAPEGIEME02E Manual de politicas de seguridad y privacidad de la Informaci.n, versi.n 8 a-o 2028	Realiz:ar un an6lisis exhaustivo de las politicas actuales para identificar cu6les necesitan revisi.n y actual i:aci.n.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION	POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION: Durante el desarrollo de la auditoria se observ. procedimientos y politicas est6n pendientes por actuali:ar PAPEGIEME02E Manual de politicas de seguridad y privacidad de la Informaci.n, versi.n 8 a-o 2028	Actuali:ar el manual de politicas de seguridad y privacidad de la informaci.n.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION	POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION: Durante el desarrollo de la auditoria se observ. procedimientos y politicas est6n pendientes por actuali:ar PAPEGIEME02E Manual de politicas de seguridad y privacidad de la Informaci.n, versi.n 8 a-o 2028	Sociali:ar la nueva versi.n del manual de politicas de seguridad y privacidad de la informaci.n.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION	POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION: Durante el desarrollo de la auditoria se observ. procedimientos y politicas est6n pendientes por actuali:ar PAPEGIEME02E Manual de politicas de seguridad y privacidad de la Informaci.n, versi.n 8 a-o 2028	Monitorear la implementaci.n del manual de politicas de seguridad y privacidad de la informaci.n.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: Durante el desarrollo de la auditora se observ. 18 servidores virtuales de que cuenta con un Sistema Operativo WindoSs Server 2008 R2, Microsoft WindoSs Server 2008 R2 Enterprise, Microsoft WindoSs NP Professional (82EbitC y Microsoft WindoSs Server 2012 Datacenter, estos sistemas se consideran obsoletos porque el fabricante del sistema operativo, Microsoft, ha dejado de proporcionar soporte y actuali:aciones para estas versiones desde hace varios a-os. Como resultado, no se generan actuali:aciones de seguridad gratuitas, contenido ni opciones de soporte, lo que aumenta la vulnerabilidad ante ataques de piratas inform6ticos.	Desarrollar un plan de trabajo de actuali:aci.n para migrar a sistemas operativos soportados y seguros.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: Durante el desarrollo de la auditora se observ. 18 servidores virtuales de que cuenta con un Sistema Operativo WindoSs Server 2008 R2, Microsoft WindoSs Server 2008 R2 Enterprise, Microsoft WindoSs NP Professional (82EbitC y Microsoft WindoSs Server 2012 Datacenter, estos sistemas se consideran obsoletos porque el fabricante del sistema operativo, Microsoft, ha dejado de proporcionar soporte y actuali:aciones para estas versiones desde hace varios a-os. Como resultado, no se generan actuali:aciones de seguridad gratuitas, contenido ni opciones de soporte, lo que aumenta la vulnerabilidad ante ataques de piratas inform6ticos.	Implementar la migraci.n de los servidores a WindoSs Server 2016, siguiendo el cronograma establecido.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: Durante el desarrollo de la auditora se observ. 18 servidores virtuales de que cuenta con un Sistema Operativo WindoSs Server 2008 R2, Microsoft WindoSs Server 2008 R2 Enterprise, Microsoft WindoSs NP Professional (82EbitC y Microsoft WindoSs Server 2012 Datacenter, estos sistemas se consideran obsoletos porque el fabricante del sistema operativo, Microsoft, ha dejado de proporcionar soporte y actuali:aciones para estas versiones desde hace varios a-os. Como resultado, no se generan actuali:aciones de seguridad gratuitas, contenido ni opciones de soporte, lo que aumenta la vulnerabilidad ante ataques de piratas inform6ticos.	Evaluar el rendimiento y la seguridad de los servidores migrados, asegurando que funcionen correctamente y estGn protegidos.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: Durante el desarrollo de la auditora se observ. 18 servidores virtuales de que cuenta con un Sistema Operativo WindoSs Server 2008 R2, Microsoft WindoSs Server 2008 R2 Enterprise, Microsoft WindoSs NP Professional (82EbitC y Microsoft WindoSs Server 2012 Datacenter, estos sistemas se consideran obsoletos porque el fabricante del sistema operativo, Microsoft, ha dejado de proporcionar soporte y actuali:aciones para estas versiones desde hace varios a-os. Como resultado, no se generan actuali:aciones de seguridad gratuitas, contenido ni opciones de soporte, lo que aumenta la vulnerabilidad ante ataques de piratas inform6ticos.	Ajustar la configuraci.n de los servidores segHn los resultados de la evaluaci.n y reali:ar correcciones si se identifican problemas.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: En la sede de Garces Navas, se ha observado que el cuarto del rack no cuenta con la ventilaci.n adecuada para proteger los activos. Durante la visita, se encontr. abierto debido a la alta temperatura, lo que provoc. latencias en la comunicaci.n que se hicieron evidentes.	Instalaci.n de dos rejillas de ventilaci.n, permitiendo de esta manera un mejor flujo de aire, tanto de entrada como salida. La primera de estas ser6 instalada en la parte inferior de la puerta de acceso al ambiente y la segunda ser6 instalada en la parte superior del muro ubicado junto al acceso principal de la unidad, generando un mayor grado de ventilaci.n natural.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Durante la visita presencial y revisi.n de equipos aleatorios, se pudo observar y evidenciar que la infraestructura de la red de Gaitana y saquGn presentan latencias de comunicaci.n (demora de respuestaC.	Realiz:ar un diagn.stico completo de la infraestructura de red	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Durante la visita presencial y revisi.n de equipos aleatorios, se pudo observar y evidenciar que la infraestructura de la red de Gaitana y saquGn presentan latencias de comunicaci.n (demora de respuestaC.	Implementar mejoras en la infraestructura de red.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Durante la visita presencial y revisi.n de equipos aleatorios, se pudo observar y evidenciar que la infraestructura de la red de Gaitana y saquGn presentan latencias de comunicaci.n (demora de respuestaC.	Monitori:ar el rendimiento de la red postEimplementaci.n	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Durante la visita presencial y revisi.n de equipos aleatorios, se pudo observar y evidenciar que la infraestructura de la red de Gaitana y saquGn presentan latencias de comunicaci.n (demora de respuestaC.	Ajustar la infraestructura segHn los resultados obtenidos.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	EVAL ACION Y MEYORA: Se promueve la participaci.n de los empleados en la mejora continua de la seguridad de la informaci.n mediante capacitaciones. Sin embargo, es necesario fortalecer las formaciones sobre el uso de escritorios limpios, ya que se identificaron dependencias administrativas con accesos directos a escritorios y sin protecci.n por contrase-a.	Desarrollar un programa de capacitaci.n sobre polticas de escritorios limpios y seguridad de la informaci.n.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	EVAL ACION Y MEYORA: Se promueve la participaci.n de los empleados en la mejora continua de la seguridad de la informaci.n mediante capacitaciones. Sin embargo, es necesario fortalecer las formaciones sobre el uso de escritorios limpios, ya que se identificaron dependencias administrativas con accesos directos a escritorios y sin protecci.n por contrase-a.	Ejecutar las sesiones de capacitaci.n en todas las unidades auditadas	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	EVAL ACION Y MEYORA: Se promueve la participaci.n de los empleados en la mejora continua de la seguridad de la informaci.n mediante capacitaciones. Sin embargo, es necesario fortalecer las formaciones sobre el uso de escritorios limpios, ya que se identificaron dependencias administrativas con accesos directos a escritorios y sin protecci.n por contrase-a.	Evaluar la efectividad de la capacitaci.n.	Gesti.n T ICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8800E24 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN	EVAL ACION Y MEYORA: Se promueve la participaci.n de los empleados en la mejora continua de la seguridad de la informaci.n mediante capacitaciones. Sin embargo, es necesario fortalecer las formaciones sobre el uso de escritorios limpios, ya que se identificaron dependencias administrativas con accesos directos a escritorios y sin protecci.n por contrase-a.	Realiz:ar ajustes en el programa de capacitaci.n segHn los resultados de la evaluaci.n.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8481E24 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E HOSPITAL DE ENGATIV CALLE 80	De igual manera se evidencio que el 6rea de trabajo sucio del servicio no cuenta con poceta (aparato con grifera cuello de cisne destinado para el lavado de materiales localizado de forma independiente o sobre mesonesC ni lavamanos como lo establece la norma.	Realiz:ar la planeaci.n de los recursos y ejecuci.n de intervenci.n	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8481E24 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E HOSPITAL DE ENGATIV CALLE 80	De igual manera se evidencio que el 6rea de trabajo sucio del servicio no cuenta con poceta (aparato con grifera cuello de cisne destinado para el lavado de materiales localiado de forma independiente o sobre mesonesC ni lavamanos como lo establece la norma.	Ejecutar las adecuaciones planeadas	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME8481E24 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E HOSPITAL DE ENGATIV CALLE 80	De igual manera se evidencio que el 6rea de trabajo sucio del servicio no cuenta con poceta (aparato con grifera cuello de cisne destinado para el lavado de materiales localiado de forma independiente o sobre mesonesC ni lavamanos como lo establece la norma.	Verificar el cumplimiento de las adecuaciones de ambiente trabajo sucio de acuerdo a la normatividad	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME8481E24 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E HOSPITAL DE ENGATIV CALLE 80	De igual manera se evidencio que el 6rea de trabajo sucio del servicio no cuenta con poceta (aparato con grifera cuello de cisne destinado para el lavado de materiales localiado de forma independiente o sobre mesonesC ni lavamanos como lo establece la norma.	Generar acciones correctivas en caso de no cumplimeinto de la norma	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME8481E24 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E HOSPITAL DE ENGATIV CALLE 80	Se evidenciaron distintivos de los servicios que oferta la instituci.n, expuestos al pHblico con humedad y en mal estado.	Sacar impresi.n de los distintivos de los servicios	Gesti.n de Comunicaciones	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8481E24 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E HOSPITAL DE ENGATIV CALLE 80	El servicio de Salas de Ciruga no cuenta con un 6rea de trabajo limpio con las especificaci.n que indica la Resoluci.n 8100 de 2011, como es el mes.n de trabajo, 6rea para el almacenamiento y alistamiento de medicamentos y lavamanos.	Realizar la planeaci.n de los recursos y la definici.n del espacio	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8481E24 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E HOSPITAL DE ENGATIV CALLE 80	El servicio de Salas de Ciruga no cuenta con un 6rea de trabajo limpio con las especificaci.n que indica la Resoluci.n 8100 de 2011, como es el mes.n de trabajo, 6rea para el almacenamiento y alistamiento de medicamentos y lavamanos.	Ejecutar las adecuaciones planeadas	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME8481E24 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E HOSPITAL DE ENGATIV CALLE 80	El servicio de Salas de Ciruga no cuenta con un 6rea de trabajo limpio con las especificaci.n que indica la Resoluci.n 8100 de 2011, como es el mes.n de trabajo, 6rea para el almacenamiento y alistamiento de medicamentos y lavamanos.	Verificar el cumplimiento de las adecuaciones de ambiente limpio de acuerdo a la normatividad	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME8481E24 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E HOSPITAL DE ENGATIV CALLE 80	El servicio de Salas de Ciruga no cuenta con un 6rea de trabajo limpio con las especificaci.n que indica la Resoluci.n 8100 de 2011, como es el mes.n de trabajo, 6rea para el almacenamiento y alistamiento de medicamentos y lavamanos.	Generar acciones correctivas en caso de no cumplimeinto de la norma	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8617E24 A DITORIA LEGALE CONTRATACIN OCT. 2024ES BRED NORTE	<p>RESPECTO DE LAS GARANTIAS DEL CONTRATO: En uno (1C de los treinta (80C contratos revisados durante el muestreo, se constat. que las p.li:as cargadas en la plataforma reflejan cargue, sin embargo, se encuentran recha:adas por la administraci.n debido a errores en el cargue por parte del proveedor.</p> <p>Contrato No. 084E2021 SERVIMETERS S.A.S. In. contrato: 21 jun. 2021A lt. otros al corte: Otros No. 12 del 80 oct. 2024 (Pr.rroga y adici.n al contratoC Pla:o: 81 ene. 2025A Vr. \$22.417.114 COP. Dos garantas solicitadas a travGs del contrato.</p> <p>_ C MPLIMIENTO DEL CONTRATO: 102 del monto del contrato y una duraci.n igual a la del pla:o m6ximo previsto al momento de la suscripci.n y cuatro (4C meses m6s.</p> <p>_ PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIJACIONES: Su cuanta no podr6 ser inferior al 102 del monto del contrato y su vigencia ser6 de tres (8C a-os m6s.</p> <p>En reuni.n de sociali:aci.n con la Direcci.n de Contrataci.n, se ha evidenciado, mediante correos electr.nicos, la insistencia y los requerimientos reali:ad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias e n la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables</p>	Elaborar un protocolo para verificaci.n de requisitos, seguimiento al cargue y oportuno cumplimiento por parte del proveedor.	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8617E24 A DITORIA LEGALE CONTRATACIN OCT. 2024ES BRED NORTE	<p>RESPECTO DE LAS GARANTIAS DEL CONTRATO: En uno (1C de los treinta (80C contratos revisados durante el muestreo, se constat. que las p.li:as cargadas en la plataforma reflejan cargue, sin embargo, se encuentran recha:adas por la administraci.n debido a errores en el cargue por parte del proveedor.</p> <p>Contrato No. 084E2021 SERVIMETERS S.A.S. In. contrato: 21 jun. 2021A lt. otros al corte: Otros No. 12 del 80 oct. 2024 (Pr.rroga y adici.n al contratoC Pla:o: 81 ene. 2025A Vr. \$22.417.114 COP. Dos garantas solicitadas a travGs del contrato.</p> <p>_ C MPLIMIENTO DEL CONTRATO: 102 del monto del contrato y una duraci.n igual a la del pla:o m6ximo previsto al momento de la suscripci.n y cuatro (4C meses m6s.</p> <p>_ PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIJACIONES: Su cuanta no podr6 ser inferior al 102 del monto del contrato y su vigencia ser6 de tres (8C a-os m6s.</p> <p>En reuni.n de sociali:aci.n con la Direcci.n de Contrataci.n, se ha evidenciado, mediante correos electr.nicos, la insistencia y los requerimientos reali:ad</p>	Generar informe trimestral relacionado a las p.li:as de los contratos.	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE**  
**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8617E24 A DITORIA LEGALE CONTRATACION OCT. 2024ES BRED NORTE	CONTRATACION RDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPSC: En el contrato suscrito con ngela Roco Avellaneda Da.; con fecha de vinculacion 01 de junio de 2024, se identific. que en el expediente fsico se encuentran anexados documentos personales pertenecientes a Edgar ArGvalo Gar.:n. Esta situacion genera una discrepancia en la gesti.n documental del archivo fsico y evidencia posibles fallas en el control y organizacion de los expedientes.	Designar al o los colaboradores del subproceso de prestacion de servicios encargados de la gesti.n documental	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8617E24 A DITORIA LEGALE CONTRATACION OCT. 2024ES BRED NORTE	CONTRATACION RDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPSC: En el contrato suscrito con ngela Roco Avellaneda Da.; con fecha de vinculacion 01 de junio de 2024, se identific. que en el expediente fsico se encuentran anexados documentos personales pertenecientes a Edgar ArGvalo Gar.:n. Esta situacion genera una discrepancia en la gesti.n documental del archivo fsico y evidencia posibles fallas en el control y organizacion de los expedientes.	Revisar la lista de chequeo de los documentos y las posibles herramientas tecnologicas que se puedan implementar.	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8617E24 A DITORIA LEGALE CONTRATACION OCT. 2024ES BRED NORTE	CONTRATACION RDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPSC: En el contrato suscrito con ngela Roco Avellaneda Da.; con fecha de vinculacion 01 de junio de 2024, se identific. que en el expediente fsico se encuentran anexados documentos personales pertenecientes a Edgar ArGvalo Gar.:n. Esta situacion genera una discrepancia en la gesti.n documental del archivo fsico y evidencia posibles fallas en el control y organizacion de los expedientes.	Capacitar al personal interno de la dieccion en la relacionado a la gesti.n documental.	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8617E24 A DITORIA LEGALE CONTRATACION OCT. 2024ES BRED NORTE	CONTRATACION RDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPSC: En el contrato suscrito con ngela Roco Avellaneda Da.; con fecha de vinculacion 01 de junio de 2024, se identific. que en el expediente fsico se encuentran anexados documentos personales pertenecientes a Edgar ArGvalo Gar.:n. Esta situacion genera una discrepancia en la gesti.n documental del archivo fsico y evidencia posibles fallas en el control y organizacion de los expedientes.	Realizar un test para validar el conocimiento del personal de la direccion en la relacionado a la gesti.n documental.	Gesti.n Contractual	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8641E24 A DITORIA LEGALE PROCESOS Y RIDICOSES BRED NORTE	DERECHOS DE PETICION: En dos (2C de los quince (15C derechos de peticion revisados, la entidad solicit. una prorroga por un termino adicional de quince (15C das, argumentando la cantidad de informacion y documentos requeridos, con el proposito de emitir una respuesta de fondo. Sin embargo, esta actuacion contraviene lo dispuesto en el articulo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que las peticiones relacionadas con documentos deben ser resueltas en un plazo máximo de diez (10C das y que la prorroga del termino para contestar debe solicitarse dentro del termino de respuesta original indicado por la misma ley. Al respecto se ala esta revisora fiscal que las prerrogas fueron solicitadas con posterioridad al cumplimiento del termino de los diez (10C das.	Controlar diariamente el cumplimiento de los plazos establecidos por la norma, de las respuestas a los derechos de peticion emitidas por la Oficina Asesora Yuridica, informando a los abogados tres das antes de la fecha de vencimiento para que envíen respuesta.	Gesti.n Yuridica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8641E24 A DITORIA LEGALE PROCESOS Y RIDICOSES BRED NORTE	DERECHOS DE PETICIN: En dos (2C de los quince (15C derechos de petici.n revisados, la entidad solicit. una pr.rroga por un tGrmino adicional de quince (15C das, argumentando la cantidad de informaci.n y documentos requeridos, con el prop.sito de emitir una respuesta de fondo. Sin embargo, esta actuaci.n contraviene lo dispuesto en el artculo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que las peticiones relacionadas con documentos deben ser resueltas en un pla:o m6ximo de die: (10C das y que la pr.rroga del tGrmino para contestar debe solicitarse dentro del tGrmino de respuesta original indicado por la misma leyA al respecto se-ala esta revisora fiscal que las pr.rrogas fueron solicitadas con posterioridad al cumplimiento del tGrmino de los die: (10C das.	Enviar informe mensual con matri: de cumplimiento de los tiempos de las respuestas a los derechos de petici.n	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8641E24 A DITORIA LEGALE PROCESOS Y RIDICOSES BRED NORTE	DERECHOS DE PETICIN: En dos (2C de los quince (15C derechos de petici.n revisados, la entidad solicit. una pr.rroga por un tGrmino adicional de quince (15C das, argumentando la cantidad de informaci.n y documentos requeridos, con el prop.sito de emitir una respuesta de fondo. Sin embargo, esta actuaci.n contraviene lo dispuesto en el artculo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que las peticiones relacionadas con documentos deben ser resueltas en un pla:o m6ximo de die: (10C das y que la pr.rroga del tGrmino para contestar debe solicitarse dentro del tGrmino de respuesta original indicado por la misma leyA al respecto se-ala esta revisora fiscal que las pr.rrogas fueron solicitadas con posterioridad al cumplimiento del tGrmino de los die: (10C das.	Capacitar al personal administrativo acerca de la Ley 1755 de 2015 que regula el derecho de petici.n, los tiempos de respuesta para cada tipo de petici.n y los tiempos en los cuales es oportuno el envo de la informaci.n a la Oficina Yurdica.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8641E24 A DITORIA LEGALE PROCESOS Y RIDICOSES BRED NORTE	DERECHOS DE PETICIN: En dos (2C de los quince (15C derechos de petici.n revisados, la entidad solicit. una pr.rroga por un tGrmino adicional de quince (15C das, argumentando la cantidad de informaci.n y documentos requeridos, con el prop.sito de emitir una respuesta de fondo. Sin embargo, esta actuaci.n contraviene lo dispuesto en el artculo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que las peticiones relacionadas con documentos deben ser resueltas en un pla:o m6ximo de die: (10C das y que la pr.rroga del tGrmino para contestar debe solicitarse dentro del tGrmino de respuesta original indicado por la misma leyA al respecto se-ala esta revisora fiscal que las pr.rrogas fueron solicitadas con posterioridad al cumplimiento del tGrmino de los die: (10C das.	Evaluar en mesas de trabajo mensual con los abogados de la Oficina Yurdica los tiempos de respuesta a solicitud de informaci.n y documentos efectuadas a otras Greas y retroalimentar	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8641E24 A DITORIA LEGALE PROCESOS Y RIDICOSES BRED NORTE	<p>T TELAS: De la muestra de treinta (80C acciones de tutela anali:adas, se evidenci. que en cuatro (4C casos la respuesta emitida por la entidad fue extempor6nea, incumpliendo los tGrminos establecidos por el ju:gado en el auto admisorio de las respectivas tutelas.</p> <p>2024E01675A Daniel Eduardo Campo Cueto: Not. auto admisorio: lunes, 21 de octubre 2024, Fec. de respuesta: jueves, 81 de octubre 2024. TGrmino para responder: dos (2C das.</p> <p>2024E00240A Laura Alejandra Moreno Muinterro: Not. auto admisorio: jueves, 24 de octubre 2024, Fec. de respuesta: jueves, 81 de octubre 2024. TGrmino para responder: dos (2C das.</p> <p>2024E01708A Ana Basilia Naranjo Ardila: Not. auto admisorio: viernes, 11 de octubre 2024, Fec. de respuesta: viernes, 18 de octubre 2024. TGrmino para responder: un (1C da.</p> <p>2024E00220A Lisandro Arbey Vargas: Not. auto admisorio: viernes, 11 de octubre 2024, Fec. de respuesta: martes, 15 de octubre 2024. TGrmino para responder: cuatro (4C horas.</p>	Controlar diariamente el cumplimiento de los pla:os establecidos por la norma, de las respuestas de tutelas, informando a los abogados tres das antes de la fecha de vencimiento para que enven respuesta.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8641E24 A DITORIA LEGALE PROCESOS Y RIDICOSES BRED NORTE	<p>T TELAS: De la muestra de treinta (80C acciones de tutela anali:adas, se evidenci. que en cuatro (4C casos la respuesta emitida por la entidad fue extempor6nea, incumpliendo los tGrminos establecidos por el ju:gado en el auto admisorio de las respectivas tutelas.</p> <p>2024E01675A Daniel Eduardo Campo Cueto: Not. auto admisorio: lunes, 21 de octubre 2024, Fec. de respuesta: jueves, 81 de octubre 2024. TGrmino para responder: dos (2C das.</p> <p>2024E00240A Laura Alejandra Moreno Muinterro: Not. auto admisorio: jueves, 24 de octubre 2024, Fec. de respuesta: jueves, 81 de octubre 2024. TGrmino para responder: dos (2C das.</p> <p>2024E01708A Ana Basilia Naranjo Ardila: Not. auto admisorio: viernes, 11 de octubre 2024, Fec. de respuesta: viernes, 18 de octubre 2024. TGrmino para responder: un (1C da.</p> <p>2024E00220A Lisandro Arbey Vargas: Not. auto admisorio: viernes, 11 de octubre 2024, Fec. de respuesta: martes, 15 de octubre 2024. TGrmino para responder: cuatro (4C horas.</p>	Enviar informe mensual con matri: de cumplimiento de los tiempos de las respuestas a tutelas	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8641E24 A DITORIA LEGALE PROCESOS Y RIDICOSES BRED NORTE	T TELAS: De la muestra de treinta (80C acciones de tutela anali:adas, se evidenci. que en cuatro (4C casos la respuesta emitida por la entidad fue extempor6nea, incumpliendo los tGrminos establecidos por el ju:gado en el auto admisorio de las respectivas tutelas. 2024E01675A Daniel Eduardo Campo Cueto: Not. auto admisorio: lunes, 21 de octubre 2024, Fec. de respuesta: jueves, 81 de octubre 2024. TGrmino para responder: dos (2C das. 2024E00240A Laura Alejandra Moreno Muinter: Not. auto admisorio: jueves, 24 de octubre 2024, Fec. de respuesta: jueves, 81 de octubre 2024. TGrmino para responder: dos (2C das. 2024E01708A Ana Basilia Naranjo Ardila: Not. auto admisorio: viernes, 11 de octubre 2024, Fec. de respuesta: viernes, 18 de octubre 2024. TGrmino para responder: un (1C da. 2024E00220A Lisandro Arbey Vargas: Not. auto admisorio: viernes, 11 de octubre 2024, Fec. de respuesta: martes, 15 de octubre 2024. TGrmino para responder: cuatro (4C horas.	Capacitar al personal administrativo acerca de tutelas, los tiempos de respuesta para cada tipo y los tiempos en los cuales es oportuno el envo de la informaci.n a la Oficina Yurdica.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8641E24 A DITORIA LEGALE PROCESOS Y RIDICOSES BRED NORTE	T TELAS: De la muestra de treinta (80C acciones de tutela anali:adas, se evidenci. que en cuatro (4C casos la respuesta emitida por la entidad fue extempor6nea, incumpliendo los tGrminos establecidos por el ju:gado en el auto admisorio de las respectivas tutelas. 2024E01675A Daniel Eduardo Campo Cueto: Not. auto admisorio: lunes, 21 de octubre 2024, Fec. de respuesta: jueves, 81 de octubre 2024. TGrmino para responder: dos (2C das. 2024E00240A Laura Alejandra Moreno Muinter: Not. auto admisorio: jueves, 24 de octubre 2024, Fec. de respuesta: jueves, 81 de octubre 2024. TGrmino para responder: dos (2C das. 2024E01708A Ana Basilia Naranjo Ardila: Not. auto admisorio: viernes, 11 de octubre 2024, Fec. de respuesta: viernes, 18 de octubre 2024. TGrmino para responder: un (1C da. 2024E00220A Lisandro Arbey Vargas: Not. auto admisorio: viernes, 11 de octubre 2024, Fec. de respuesta: martes, 15 de octubre 2024. TGrmino para responder: cuatro (4C horas.	Evaluar en mesas de trabajo mensual con los abogados de la Oficina Yurdica los tiempos de respuesta a solicitud de informaci.n y documentos efectuadas a otras Greas y retroalimentar	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8561E24EA DITORIA PTEE 2024E S BREDNORTE	Conforme a la verificaci.n reali:ada e indagaci.nA se evidenci. que la entidad no cuenta con una persona designada para el Programa de Transparencia y Utica Empresarial.	Revisar hoja de vida de funcionarios candidatos con el perfil adecuado y la autoridad necesaria para coordinar, implementar y supervisar las acciones previstas en el programa.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8561E24EA DITORIA PTEE 2024E S BREDNORTE	Conforme a la verificaci.n reali:ada e indagaci.nA se evidenci. que la entidad no cuenta con una persona designada para el Programa de Transparencia y Utica Empresarial.	Designar al funcionario que actuara como oficial de cumplimiento o encargado de coordinar, implementar y supervisar las acciones previstas en el programa	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8561E24EA DITORIA PTEE 2024E S BREDNORTE	Conforme a la verificaci.n reali:ada e indagaci.nA se evidenci. que la entidad no cuenta con una persona designada para el Programa de Transparencia y Utica Empresarial.	Actuali:aci.n de documento denominado Programa de Transparencia y Utica Empresarial con el cargo del oficial de cumplimiento o encargado.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO								
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance	
Externa	Revisora Fiscal	RME8561E24EA DITORIA PTEE 2024E S BREDNORTE	Conforme a la verificaci.n reali:ada e indagaci.nA se evidenci. que la entidad no cuenta con una persona designada para el Programa de Transparencia y Utica Empresarial.	Presentar para aprobaci.n por la Yunta Directiva del Programa de Transparencia y Utica Empresarial	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME8561E24EA DITORIA PTEE 2024E S BREDNORTE	DISEaO Y APROBACIN: El Programa de Transparencia y Utica Empresarial E PTEE se encuentra aprobado por el ComitG de Gesti.n y Desempe-o de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. bajo el Acta No. 85 del 5 de agosto del 2028, sin embargo, no se encuentra aprobado por la Yunta Directiva.	Actuali:ar el documento denominado Programa de Transparencia y Utica Empresarial	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME8561E24EA DITORIA PTEE 2024E S BREDNORTE	DISEaO Y APROBACIN: El Programa de Transparencia y Utica Empresarial E PTEE se encuentra aprobado por el ComitG de Gesti.n y Desempe-o de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. bajo el Acta No. 85 del 5 de agosto del 2028, sin embargo, no se encuentra aprobado por la Yunta Directiva.	Presentar y sociali:ar el Programa de Transparencia y Utica Empresarial a la Yunta Directiva	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME8561E24EA DITORIA PTEE 2024E S BREDNORTE	DISEaO Y APROBACIN: El Programa de Transparencia y Utica Empresarial E PTEE se encuentra aprobado por el ComitG de Gesti.n y Desempe-o de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. bajo el Acta No. 85 del 5 de agosto del 2028, sin embargo, no se encuentra aprobado por la Yunta Directiva.	Aprobar el Programa de Transparencia y Utica Empresarial por la Yunta Directiva	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME8561E24EA DITORIA PTEE 2024E S BREDNORTE	DISEaO Y APROBACIN: El Programa de Transparencia y Utica Empresarial E PTEE se encuentra aprobado por el ComitG de Gesti.n y Desempe-o de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. bajo el Acta No. 85 del 5 de agosto del 2028, sin embargo, no se encuentra aprobado por la Yunta Directiva.	Publicar el Programa de Transparencia y Utica Empresarial	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME0280E25 A DITORIA AMBIENTAL CSE S BA E S BRED NORTE E.S.E	Se evidenci. durante el recorrido falta de rejillas de protecci.n de desagüe, en el servicio de urgencias ambiente para descontaminaci.n de pacientes y en 6reas de lavatrapero.	Determinar los recursos necesarios (materiales, mano de obra, tiempoC para la instalaci.n de rejillas.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME0280E25 A DITORIA AMBIENTAL CSE S BA E S BRED NORTE E.S.E	Se evidenci. durante el recorrido falta de rejillas de protecci.n de desagüe, en el servicio de urgencias ambiente para descontaminaci.n de pacientes y en 6reas de lavatrapero.	Llevar a cabo la adquisici.n e instalaci.n de las rejillas en las 6reas identificadas que cumplan con las especificaciones necesarias para su funcionamiento y seguridad.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME0280E25 A DITORIA AMBIENTAL CSE S BA E S BRED NORTE E.S.E	Se evidenci. durante el recorrido falta de rejillas de protecci.n de desagüe, en el servicio de urgencias ambiente para descontaminaci.n de pacientes y en 6reas de lavatrapero.	Realiz:ar el seguimiento de las 6reas donde se instalaron las rejillas para verificar que estGn operativas y seguras.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME0280E25 A DITORIA AMBIENTAL CSE S BA E S BRED NORTE E.S.E	Se evidenci. durante el recorrido falta de rejillas de protecci.n de desagüe, en el servicio de urgencias ambiente para descontaminaci.n de pacientes y en 6reas de lavatrapero.	En caso de encontrar problemas durante la verificaci.n, se reali:aran las correcciones correspondientes	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME0280E25 A DITORIA AMBIENTAL CSE S BA E S BRED NORTE E.S.E	El 6rea de almacenamiento central no garanti:a la protecci.n requerida que impida el acceso de vectores, debido a que la malla de protecci.n existente est6 deteriorada, adicional, el 6rea de dep.sito de materiales de escombros no cuenta con instalaci.n de una puerta que garantice la permanente protecci.n del 6rea.	Realiz:ar una inspecci.n detallada del 6rea de almacenamiento central y del 6rea de dep.sito de escombros para identificar las fallas en la malla de protecci.n y la falta de una puerta en el 6rea de escombros.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0280E25 A DITORIA AMBIENTAL CSE S BA E S BRED NORTE E.S.E	El 6rea de almacenamiento central no garanti:a la protecci.n requerida que impida el acceso de vectores, debido a que la malla de protecci.n existente est6 deteriorada, adicional, el 6rea de dep.sito de materiales de escombros no cuenta con instalaci.n de una puerta que garantice la permanente protecci.n del 6rea.	Reparar o reemplaz:ar el anejo de protecci.n que se encuentra en el 6rea de almacenamiento de la central de residuos, asegurando que cubra adecuadamente todas las :onas y garantice el acceso restringido del 6rea frente a vectores y otros riesgos dando cumplimiento a lo que establece la Resoluci.n 511 de 2024	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0280E25 A DITORIA AMBIENTAL CSE S BA E S BRED NORTE E.S.E	El 6rea de almacenamiento central no garanti:a la protecci.n requerida que impida el acceso de vectores, debido a que la malla de protecci.n existente est6 deteriorada, adicional, el 6rea de dep.sito de materiales de escombros no cuenta con instalaci.n de una puerta que garantice la permanente protecci.n del 6rea.	Realiz:ar el seguimiento a las 6reas intervenidas para asegurarse que las actividades se realizaron de manera correcta y no presenta da-os que puedan permitir el acceso de vectores.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0280E25 A DITORIA AMBIENTAL CSE S BA E S BRED NORTE E.S.E	El 6rea de almacenamiento central no garanti:a la protecci.n requerida que impida el acceso de vectores, debido a que la malla de protecci.n existente est6 deteriorada, adicional, el 6rea de dep.sito de materiales de escombros no cuenta con instalaci.n de una puerta que garantice la permanente protecci.n del 6rea.	Tomar acciones correctivas para subsanarlas de inmediato, si durante la verificaci.n se detectan f allas	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El servicio de im6genes diagnostica tiene contratado a tres (8C mGdicos especialistas que por sus mHltiples actividades no garanti:an oportunidad en la lectura de las radiografias tomadas, como se pudo evidenciar en la muestra anali:ada de ocho (8C pacientes menores de edad que ingresaron al servicio de urgencias entre el 1 y el 10 de noviembre de 2024 donde el mGdico del servicio les solicito a siete pacientes radiografia de t.rax, a un paciente radiografia de senos paranasales y a uno radiografias de huesos largos, evidenciando en las historias clnicas fecha y hora de solicitud, hora de toma de radiografia por el tecn.logico, fecha y hora de la lectura por el medico especialista en radiologa y finalmente el tiempo transcurrido en horas y minutos de la lectura del estudio que van entre 1 da a 8 das de respuesta, incumpliendo lo que establece el documento Institucional Instructivo de lineamientos administrativos de Atenci.n en Im6genes Diagnosticas C.digo: MIESCIEIE116 de vigencia 2024. En el Items Promesa idad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en	Realiz:ar reuni.n con la direcci.n de complementario s para an6lisis de los requerimientos de perfiles y reorgani:aci. n del servicio	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El servicio de imágenes diagnóstica tiene contratado a tres (8C médicos especialistas que por sus múltiples actividades no garantizan oportunidad en la lectura de las radiografías tomadas, como se pudo evidenciar en la muestra analizada de ocho (8C pacientes menores de edad que ingresaron al servicio de urgencias entre el 1 y el 10 de noviembre de 2024 donde el médico del servicio les solicitó a siete pacientes radiografía de t.rax, a un paciente radiografía de senos paranasales y a uno radiografías de huesos largos, evidenciando en las historias clínicas fecha y hora de solicitud, hora de toma de radiografía por el tecnólogo, fecha y hora de la lectura por el médico especialista en radiología y finalmente el tiempo transcurrido en horas y minutos de la lectura del estudio que van entre 1 día a 8 días de respuesta, incumpliendo lo que establece el documento Institucional Instructivo de lineamientos administrativos de Atención en Imágenes Diagnósticas Código: MIESCIE116 de vigencia 2024. En el ítem Promesa de Atención del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en	Realizar los requerimientos para la consecución del perfil de médico radiólogos según la necesidad del servicio y ajustes en la programación del personal de la sede	Gestión de Servicios Complementarios	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El servicio de imágenes diagnóstica tiene contratado a tres (8C médicos especialistas que por sus múltiples actividades no garantizan oportunidad en la lectura de las radiografías tomadas, como se pudo evidenciar en la muestra analizada de ocho (8C pacientes menores de edad que ingresaron al servicio de urgencias entre el 1 y el 10 de noviembre de 2024 donde el médico del servicio les solicitó a siete pacientes radiografía de t.rax, a un paciente radiografía de senos paranasales y a uno radiografías de huesos largos, evidenciando en las historias clínicas fecha y hora de solicitud, hora de toma de radiografía por el tecnólogo, fecha y hora de la lectura por el médico especialista en radiología y finalmente el tiempo transcurrido en horas y minutos de la lectura del estudio que van entre 1 día a 8 días de respuesta, incumpliendo lo que establece el documento Institucional Instructivo de lineamientos administrativos de Atención en Imágenes Diagnósticas Código: MIESCIE116 de vigencia 2024. En el ítem Promesa de Atención del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en www www www	Verificar la oportunidad en los tiempos de lectura de estudios www www www	Gestión de Servicios Complementarios	Cumplida	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El servicio de im6genes diagnostica tiene contratado a tres (8C mGdicos especialistas que por sus mHltiples actividades no garantizan oportunidad en la lectura de las radiografías tomadas, como se pudo evidenciar en la muestra analizada de ocho (8C pacientes menores de edad que ingresaron al servicio de urgencias entre el 1 y el 10 de noviembre de 2024 donde el mGdico del servicio les solicito a siete pacientes radiografía de t.rax, a un paciente radiografía de senos paranasales y a uno radiografías de huesos largos, evidenciando en las historias clínicas fecha y hora de solicitud, hora de toma de radiografía por el tecnólogo, fecha y hora de la lectura por el médico especialista en radiología y finalmente el tiempo transcurrido en horas y minutos de la lectura del estudio que van entre 1 día a 8 días de respuesta, incumpliendo lo que establece el documento Institucional Instructivo de lineamientos administrativos de Atención en Imágenes Diagnósticas Código: MIESCIEI116 de vigencia 2024. En el ítem Promesa XX XX XX	Retroalimentar los resultados para la toma de correctivos con la dirección de complementarios	Gestión de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El servicio de imágenes diagnósticas del Hospital Centro de Estudios Especializados cuenta con la atención permanente y continua del tecnólogo en radiología, pero no del médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas como lo establece la Resolución 8100 de 2011, evidenciado en el cuadro de turno del mes de noviembre donde solo relacionan la atención de los profesionales, hasta las 8:00 pm y no se cubre la atención nocturna del servicio.	Realizar reunión con la dirección de complementarios para análisis de los requerimientos necesarios para dar respuesta a la oportunidad de mejora	Gestión de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El servicio de imágenes diagnósticas del Hospital Centro de Estudios Especializados cuenta con la atención permanente y continua del tecnólogo en radiología, pero no del médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas como lo establece la Resolución 8100 de 2011, evidenciado en el cuadro de turno del mes de noviembre donde solo relacionan la atención de los profesionales, hasta las 8:00 pm y no se cubre la atención nocturna del servicio.	Realizar los requerimientos para la consecución del perfil de médico radiólogos según la necesidad del servicio	Gestión de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El servicio de imágenes diagnósticas del Hospital Centro de Estudios Especializados cuenta con la atención permanente y continua del tecnólogo en radiología, pero no del médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas como lo establece la Resolución 8100 de 2011, evidenciado en el cuadro de turno del mes de noviembre donde solo relacionan la atención de los profesionales, hasta las 8:00 pm y no se cubre la atención nocturna del servicio.	Realizar seguimiento a la consecución y contratación de este perfil	Gestión de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El servicio de imágenes diagnósticas del Hospital Centro de Estudios Especializados cuenta con la atención permanente y continua del tecnólogo en radiología, pero no del médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas como lo establece la Resolución 8100 de 2011, evidenciado en el cuadro de turno del mes de noviembre donde solo relacionan la atención de los profesionales, hasta las 8:00 pm y no se cubre la atención nocturna del servicio.	Retroalimentar los resultados a la dirección de complementarios para la toma de correctivos	Gestión de Servicios Complementarios	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El ambiente para descontaminación de pacientes del servicio de urgencias adulto, no cumple con las especificaciones como lo establece la norma de habilitación en el concepto de ambiente: lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo, debido a que este cuenta con una malla sobre el piso que no garantiza los procesos de lavado, limpieza y desinfección.	Identificar los puntos específicos que no se ajustan a la norma de habilitación y establecer un ambiente adecuado para el proceso de descontaminación	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El ambiente para descontaminación de pacientes del servicio de urgencias adulto, no cumple con las especificaciones como lo establece la norma de habilitación en el concepto de ambiente: lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo, debido a que este cuenta con una malla sobre el piso que no garantiza los procesos de lavado, limpieza y desinfección.	Ejecutar las modificaciones necesarias en el ambiente. Piso: Reemplazar la malla por un material adecuado para que facilite el lavado, limpieza y desinfección. Paredes y techos: Instalar la barrera física fija y asegurar que el área cumpla con los requisitos establecidos en la norma de habilitación.	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	702
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El ambiente para descontaminación de pacientes del servicio de urgencias adulto, no cumple con las especificaciones como lo establece la norma de habilitación en el concepto de ambiente: lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo, debido a que este cuenta con una malla sobre el piso que no garantiza los procesos de lavado, limpieza y desinfección.	Realizar la inspección del ambiente modificado para validar que el espacio ahora cumpla con las especificaciones normativas.	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	702
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	El ambiente para descontaminación de pacientes del servicio de urgencias adulto, no cumple con las especificaciones como lo establece la norma de habilitación en el concepto de ambiente: lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo, debido a que este cuenta con una malla sobre el piso que no garantiza los procesos de lavado, limpieza y desinfección.	Realizar los ajustes necesarios de acuerdo a las desviaciones identificadas	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	702
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	Se evidencia que el aviso en fachada de la Entidad dice Hospital de Suba y la renovación de aviso de publicidad exterior de fecha 81 de julio de 2028 emitida por la secretaria de ambiente relaciona nombre del establecimiento: Nidad de Servicios de Salud Suba, adicional, durante el recorrido por la Institución en el tablero de publicación de los distintivos de los servicios habilitados se relaciona el nombre de Nidad de Servicios de Salud Suba, sin embargo revisado el Registro Especial de prestadores (REPS) encontramos que la Institución está habilitada con el nombre de NIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO.	Hacer inventario de los avisos de fachadas del Hospital Suba que necesiten cambio para su identificación.	Gestión de Comunicaciones	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	Se evidencia que el aviso en fachada de la Entidad dice Hospital de Suba y la renovaci.n de aviso de publicidad exterior de fecha 81 de julio de 2028 emitida por la secretaria de ambiente relaciona nombre del establecimiento: nidad de Servicios de Salud Suba, adicional, durante el recorrido por la Instituci.n en el tablero de publicaci.n de los distintivos de los servicios habilitados se relaciona el nombre de nidad de Servicios de Salud Suba, sin embargo revisado el Registro Especial de prestadores (REPSO encontramos que la Instituci.n est6 habilitada con el nombre de NIDAD DE SERVICIOS DE SAL D CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIJADO.	Revisar y definir con la Direcci.n de Calidad, el nombre con el que est6 registrado el Hospital Suba en el REPS.	Gesti.n de Comunicaciones	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	Se evidencia que el aviso en fachada de la Entidad dice Hospital de Suba y la renovaci.n de aviso de publicidad exterior de fecha 81 de julio de 2028 emitida por la secretaria de ambiente relaciona nombre del establecimiento: nidad de Servicios de Salud Suba, adicional, durante el recorrido por la Instituci.n en el tablero de publicaci.n de los distintivos de los servicios habilitados se relaciona el nombre de nidad de Servicios de Salud Suba, sin embargo revisado el Registro Especial de prestadores (REPSO encontramos que la Instituci.n est6 habilitada con el nombre de NIDAD DE SERVICIOS DE SAL D CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIJADO.	Dise-ar el aviso con los logos y colores institucionales par a la identificaci.n de la sede.	Gesti.n de Comunicaciones	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	Se evidencia que el aviso en fachada de la Entidad dice Hospital de Suba y la renovaci.n de aviso de publicidad exterior de fecha 81 de julio de 2028 emitida por la secretaria de ambiente relaciona nombre del establecimiento: nidad de Servicios de Salud Suba, adicional, durante el recorrido por la Instituci.n en el tablero de publicaci.n de los distintivos de los servicios habilitados se relaciona el nombre de nidad de Servicios de Salud Suba, sin embargo revisado el Registro Especial de prestadores (REPSO encontramos que la Instituci.n est6 habilitada con el nombre de NIDAD DE SERVICIOS DE SAL D CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIJADO.	Solicitar el presupuesto y contrataci.n para la impresi.n e instalaci.n de aviso de fachada de la sede.	Gesti.n de Comunicaciones	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0824E25 ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO O CSE S BA	Se evidencia que el aviso en fachada de la Entidad dice Hospital de Suba y la renovaci.n de aviso de publicidad exterior de fecha 81 de julio de 2028 emitida por la secretaria de ambiente relaciona nombre del establecimiento: nidad de Servicios de Salud Suba, adicional, durante el recorrido por la Instituci.n en el tablero de publicaci.n de los distintivos de los servicios habilitados se relaciona el nombre de nidad de Servicios de Salud Suba, sin embargo revisado el Registro Especial de prestadores (REPSO encontramos que la Instituci.n est6 habilitada con el nombre de NIDAD DE SERVICIOS DE SAL D CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIJADO.	Instalar aviso de fachada conforme con las especificaciones dadas por la Oficina Asesora de Comunicaci.n de la Subred.	Gesti.n de Comunicaciones	ATRASADA	202

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME0810E25EA DITORIA S BSISTEMA DE ADMINISTRACIN DEL RIESGO ACT ARIAL SECTOR SAL D 2024	De acuerdo con la indagaci.n reali:ada, se evidenci. que la entidad para el a-o 2024, la entidad no reali:. la actuali:aci.n peri.dica de las polticas, para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presentan en el sectorA sin embargo, se da a conocer que esto se encuentra dentro del plan de acci.n para la vigencia 2025	Actuali:ar el manual de Gest.i.n y Administraci.n del Riesgo	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0810E25EA DITORIA S BSISTEMA DE ADMINISTRACIN DEL RIESGO ACT ARIAL SECTOR SAL D 2024	En la presente auditora, se evidenci. que la entidad no ha impartido capacitaci.n frente al sistema de Riesgo Actuarial.	Dise-ar un plan de capacitaci.n sobre riesgo actuar ial	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0810E25EA DITORIA S BSISTEMA DE ADMINISTRACIN DEL RIESGO ACT ARIAL SECTOR SAL D 2024	En la presente auditora, se evidenci. que la entidad no ha impartido capacitaci.n frente al sistema de Riesgo Actuarial.	Ejecutar el plan dise-ado de capacitaci.n sobre riesgo actuarial	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0810E25EA DITORIA S BSISTEMA DE ADMINISTRACIN DEL RIESGO ACT ARIAL SECTOR SAL D 2024	En la presente auditora, se evidenci. que la entidad no ha impartido capacitaci.n frente al sistema de Riesgo Actuarial.	Monitorear la cobertura del plan de capacitaci.n sobre riesgo actuarial	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0810E25EA DITORIA S BSISTEMA DE ADMINISTRACIN DEL RIESGO ACT ARIAL SECTOR SAL D 2024	En la presente auditora, se evidenci. que la entidad no ha impartido capacitaci.n frente al sistema de Riesgo Actuarial.	Realiz:ar ajustes al plan de capacitaci.n sobre riesgo actuarial de acuerdo con los resultados de seguimiento obtenidos	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0810E25EA DITORIA S BSISTEMA DE ADMINISTRACIN DEL RIESGO ACT ARIAL SECTOR SAL D 2024	A corte del 2024, se identific. que la entidad no contempla los lineamientos mencionados a continuaci.n:  E Modelo para calcular perdidas que contempla la probabilidad de ocurrencia del evento. E Modelo para calcular perdidas que contemplan los asociados con cada distribuci.n de perdida que defina la perdida de severidad. E Modelo para calcular perdidas que contemplen el nivel de exposici.n del riesgo.	Dise-ar de un Modelo de perdidas conforme a exigencias de la normatividad	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0810E25EA DITORIA S BSISTEMA DE ADMINISTRACIN DEL RIESGO ACT ARIAL SECTOR SAL D 2024	A corte del 2024, se identific. que la entidad no contempla los lineamientos mencionados a continuaci.n:  E Modelo para calcular perdidas que contempla la probabilidad de ocurrencia del evento. E Modelo para calcular perdidas que contemplan los asociados con cada distribuci.n de perdida que defina la perdida de severidad. E Modelo para calcular perdidas que contemplen el nivel de exposici.n del riesgo.	Aplicar el modelo dise-ado	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME0810E25EA DITORIA S BSISTEMA DE ADMINISTRACIN DEL RIESGO ACT ARIAL SECTOR SAL D 2024	A corte del 2024, se identific. que la entidad no contempla los lineamientos mencionados a continuaci.n:  E Modelo para calcular perdidas que contempla la probabilidad de ocurrencia del evento. E Modelo para calcular perdidas que contemplan los asociados con cada distribuci.n de perdida que defina la perdida de severidad. E Modelo para calcular perdidas que contemplen el nivel de exposici.n del riesgo.	Monitorear los resultados del modelo de perdidas aplicado	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME0810E25EA DITORIA S BSISTEMA DE ADMINISTRACIN DEL RIESGO ACT ARIAL SECTOR SAL D 2024	A corte del 2024, se identific. que la entidad no contempla los lineamientos mencionados a continuaci.n:  E Modelo para calcular perdidas que contempla la probabilidad de ocurrencia del evento. E Modelo para calcular perdidas que contemplan los asociados con cada distribuci.n de perdida que defina la perdida de severidad. E Modelo para calcular perdidas que contemplen el nivel de exposici.n del riesgo.	Realizar ajustes al modelo de acuerdo con los resultados de seguimiento obtenidos	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1150E25 A DITORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR FORTALECIMIENTO DE ASPECTOS AMBIENTALES E S BRED NORTE	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E VERTIMIENTO  1. Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica Hospital Sim.n Bolvar de fecha diciembre de 2024, se evidencio incumplimiento en los siguientes par6metros, por lo que se requiere establecer un palan de acci.n que mitigue el impacto ambiental frente a los par6metros alterados.ocumento de identificaci.n del paciente	Se programar6n capacitaciones en manejo de residuos	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1150E25 A DITORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR FORTALECIMIENTO DE ASPECTOS AMBIENTALES E S BRED NORTE	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E VERTIMIENTO  1. Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica Hospital Sim.n Bolvar de fecha diciembre de 2024, se evidencio incumplimiento en los siguientes par6metros, por lo que se requiere establecer un palan de acci.n que mitigue el impacto ambiental frente a los par6metros alterados.ocumento de identificaci.n del paciente	Se ejecutaran capacitaciones en las diferentes 6reas tanto a colaboradores como SSGG	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1150E25 A DITORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR FORTALECIMIENTO DE ASPECTOS AMBIENTALES E S BRED NORTE	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E VERTIMIENTO  1. Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica Hospital Sim.n Bolvar de fecha diciembre de 2024, se evidencio incumplimiento en los siguientes par6metros, por lo que se requiere establecer un palan de acci.n que mitigue el impacto ambiental frente a los par6metros alterados.ocumento de identificaci.n del paciente	Se reali:ar6 medici.n de adherencia verificandon el cumplimiento en segregaci.n de residuos	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1150E25 A DITORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR FORTALECIMIENTO DE ASPECTOS AMBIENTALES E S BRED NORTE	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E VERTIMIENTO  1. Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica Hospital Sim.n Bolvar de fecha diciembre de 2024, se evidencio incumplimiento en los siguientes par6metros, por lo que se requiere establecer un palan de acci.n que mitigue el impacto ambiental frente a los par6metros alterados.ocumento de identificaci.n del paciente	Se progarmara nueva caracteri:aci.n de vertimientos en la sede	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1150E25 A DITORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR FORTALECIMIENTO DE ASPECTOS AMBIENTALES E S BRED NORTE	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E GESTIN INTEGRAL DE RESID OS</p> <p>1. Se evidencio falta de mantenimiento en el piso de ingreso y en la puerta de acceso al área de almacenamiento de los residuos no aprovechables, áreas que deben contar con pisos de material resistente y protegidos del ingreso de roedores.</p> <p>2. Pese a que la Institución no acopia ni dispone de un área de almacenamiento de llantas usadas, el día de la auditoria se evidencio una de estas en las zonas comunes del Hospital.</p>	Realizar ronda de inspección de infraestructura para identificar el alcance de las actividades	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1150E25 A DITORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR FORTALECIMIENTO DE ASPECTOS AMBIENTALES E S BRED NORTE	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E GESTIN INTEGRAL DE RESID OS</p> <p>1. Se evidencio falta de mantenimiento en el piso de ingreso y en la puerta de acceso al área de almacenamiento de los residuos no aprovechables, áreas que deben contar con pisos de material resistente y protegidos del ingreso de roedores.</p> <p>2. Pese a que la Institución no acopia ni dispone de un área de almacenamiento de llantas usadas, el día de la auditoria se evidencio una de estas en las zonas comunes del Hospital.</p>	Programar actividades de mantenimiento correctivo de la infraestructura	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1150E25 A DITORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR FORTALECIMIENTO DE ASPECTOS AMBIENTALES E S BRED NORTE	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E GESTIN INTEGRAL DE RESID OS</p> <p>1. Se evidencio falta de mantenimiento en el piso de ingreso y en la puerta de acceso al área de almacenamiento de los residuos no aprovechables, áreas que deben contar con pisos de material resistente y protegidos del ingreso de roedores.</p> <p>2. Pese a que la Institución no acopia ni dispone de un área de almacenamiento de llantas usadas, el día de la auditoria se evidencio una de estas en las zonas comunes del Hospital.</p>	Realizar las actividades de mantenimiento	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1150E25 A DITORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR FORTALECIMIENTO DE ASPECTOS AMBIENTALES E S BRED NORTE	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E GESTIN INTEGRAL DE RESID OS</p> <p>1. Se evidencio falta de mantenimiento en el piso de ingreso y en la puerta de acceso al área de almacenamiento de los residuos no aprovechables, áreas que deben contar con pisos de material resistente y protegidos del ingreso de roedores.</p> <p>2. Pese a que la Institución no acopia ni dispone de un área de almacenamiento de llantas usadas, el día de la auditoria se evidencio una de estas en las zonas comunes del Hospital.</p>	Verificar los resultados y tomar correctivos a las desviaciones detectadas	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1086E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATUGICO O MIPG 2025	De acuerdo con lo establecido en el apartado 8.6 Seguimiento y evaluaci.n del Documento Polticas Institucionales y MIPG c.digo ESEGEEOE01 versi.n 2 del 28 de abril del 2024, de manera semestral se deben reali:ar la sociali:aci.n de los resultados de la evaluaci.n de las Polticas Institucionales y MIPG ante el ComitG Institucional de Gest.i.n y Desempe-o. No obstante, en la revisi.n de las actas correspondientes a la vigencia 2024, se identific. que solo se reali:. dicha sociali:aci.n una (1 C ve: en el a-o.	Establecer dentro del Plan de Acci.n del ComitG Institucional de Gest.i.n y Desempe-o los seguimientos correspondientes al I semestre y II semestre de la vigencia.	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1086E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATUGICO O MIPG 2025	De acuerdo con lo establecido en el apartado 8.6 Seguimiento y evaluaci.n del Documento Polticas Institucionales y MIPG c.digo ESEGEEOE01 versi.n 2 del 28 de abril del 2024, de manera semestral se deben reali:ar la sociali:aci.n de los resultados de la evaluaci.n de las Polticas Institucionales y MIPG ante el ComitG Institucional de Gest.i.n y Desempe-o. No obstante, en la revisi.n de las actas correspondientes a la vigencia 2024, se identific. que solo se reali:. dicha sociali:aci.n una (1 C ve: en el a-o.	Presentar ante el ComitG Institucional de Gest.i.n y Desempe-o el Plan de Acci.n vigencia 2025 para su aprobaci.n.	Desarrollo Institucional	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1086E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATUGICO O MIPG 2025	De acuerdo con lo establecido en el apartado 8.6 Seguimiento y evaluaci.n del Documento Polticas Institucionales y MIPG c.digo ESEGEEOE01 versi.n 2 del 28 de abril del 2024, de manera semestral se deben reali:ar la sociali:aci.n de los resultados de la evaluaci.n de las Polticas Institucionales y MIPG ante el ComitG Institucional de Gest.i.n y Desempe-o. No obstante, en la revisi.n de las actas correspondientes a la vigencia 2024, se identific. que solo se reali:. dicha sociali:aci.n una (1 C ve: en el a-o.	Realiz:ar seguimiento al Plan de acci.n del ComitG Institucional de Gest.i.n y Desempe-o de manera cuatrimestral de acuerdo a instructivo.	Desarrollo Institucional	EN EYEC CIN	752
Externa	Revisora Fiscal	RME1086E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATUGICO O MIPG 2025	De acuerdo con lo establecido en el apartado 8.6 Seguimiento y evaluaci.n del Documento Polticas Institucionales y MIPG c.digo ESEGEEOE01 versi.n 2 del 28 de abril del 2024, de manera semestral se deben reali:ar la sociali:aci.n de los resultados de la evaluaci.n de las Polticas Institucionales y MIPG ante el ComitG Institucional de Gest.i.n y Desempe-o. No obstante, en la revisi.n de las actas correspondientes a la vigencia 2024, se identific. que solo se reali:. dicha sociali:aci.n una (1 C ve: en el a-o.	Realiz:ar seguimiento a las polticas institucionales y a la s polticas MIPG y presentar los resultados en ComitG Institucional de Gest.i.n y Desempe-o de acuerdo al plan de acci.n establecido.	Desarrollo Institucional	EN EYEC CIN	752

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1687E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTIN RGENCIAS 2025ES BRED NORTE	<p>Se reali.: una prueba con el fin de evaluar el Instructivo de traslados secundarios c.digo MIEG EIE14 versi.n 6 del 7 de octubre del 2024, de la cual, se seleccion. una muestra de die: (10C de los sesenta y cinco (65C traslados correspondientes al mes de enero y cuyos destinos fueron urgencias del Hospital de Chapinero, lo que corresponde a un 15,42 del total de la poblaci.n. De acuerdo con la informaci.n verificada, se identific. lo siguiente:</p> <p>E Para el usuario con C.C. 20605082 no se evidenci. el Formato declaraci.n de no aceptaci.n de traslado MIEGSE FE27.</p> <p>E Para el usuario con C.C. 6758027 no se evidenci. el Formato Lista de chequeo en traslado secundario de pacientes MIEG EFE82</p>	Establecer cronograma de capacitaci.n y sociali:aci.n de la documentaci.n asignada al proceso	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1687E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTIN RGENCIAS 2025ES BRED NORTE	<p>Se reali.: una prueba con el fin de evaluar el Instructivo de traslados secundarios c.digo MIEG EIE14 versi.n 6 del 7 de octubre del 2024, de la cual, se seleccion. una muestra de die: (10C de los sesenta y cinco (65C traslados correspondientes al mes de enero y cuyos destinos fueron urgencias del Hospital de Chapinero, lo que corresponde a un 15,42 del total de la poblaci.n. De acuerdo con la informaci.n verificada, se identific. lo siguiente:</p> <p>E Para el usuario con C.C. 20605082 no se evidenci. el Formato declaraci.n de no aceptaci.n de traslado MIEGSE FE27.</p> <p>E Para el usuario con C.C. 6758027 no se evidenci. el Formato Lista de chequeo en traslado secundario de pacientes MIEG EFE82</p>	Sociali:aci.n segHn cronograma de la documentaci.n institucional del proceso de traslados secundarios con pre test y pos test.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1687E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTIN RGENCIAS 2025ES BRED NORTE	<p>Se reali.: una prueba con el fin de evaluar el Instructivo de traslados secundarios c.digo MIEG EIE14 versi.n 6 del 7 de octubre del 2024, de la cual, se seleccion. una muestra de die: (10C de los sesenta y cinco (65C traslados correspondientes al mes de enero y cuyos destinos fueron urgencias del Hospital de Chapinero, lo que corresponde a un 15,42 del total de la poblaci.n. De acuerdo con la informaci.n verificada, se identific. lo siguiente:</p> <p>E Para el usuario con C.C. 20605082 no se evidenci. el Formato declaraci.n de no aceptaci.n de traslado MIEGSE FE27.</p> <p>E Para el usuario con C.C. 6758027 no se evidenci. el Formato Lista de chequeo en traslado secundario de pacientes MIEG EFE82</p>	Realiz:ar revisi.n en campo del cumplimiento de adherencia a los procesos prioritarios en cada una de las m.viles acorde a lista de chequeo (diligenciamiento de historia clnica completa, lista de chequeo de traslados secundarios, proceso de limpie:a y desinfecci.n, diligenciamiento inventarios insumos y equipos biomGdicos.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1687E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTION RGENCIAS 2025ES BRED NORTE	Se reali.: una prueba con el fin de evaluar el Instructivo de traslados secundarios c.digo MIEG EIE14 versi.n 6 del 7 de octubre del 2024, de la cual, se seleccion. una muestra de die: (10C de los sesenta y cinco (65C traslados correspondientes al mes de enero y cuyos destinos fueron urgencias del Hospital de Chapinero, lo que corresponde a un 15,42 del total de la poblaci.n. De acuerdo con la informaci.n verificada, se identific. lo siguiente:  E Para el usuario con C.C. 20605082 no se evidenci. el Formato declaraci.n de no aceptaci.n de traslado MIEGSE FE27. E Para el usuario con C.C. 6758027 no se evidenci. el Formato Lista de chequeo en traslado secundario de pacientes MIEG EFE82	SegHn las desviaciones y halla:gos encontradas en la auditorias se reali:ar6 retroalimentaci.n al colaborador segHn el caso.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1687E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTION RGENCIAS 2025ES BRED NORTE	En seguimiento al Procedimiento Normali:aci.n Documental c.digo ESEGCEPE04 versi.n 5, se evalu. que los documentos del proceso de Gest.i.n de rgencias estGn actuali:ados mnimo cada tres (8C a-os, de los cuales, se evidenciaron cinco (5C documentos desactuali:ados	Programar reuni.n de revisi.n de los documentos	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1687E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTION RGENCIAS 2025ES BRED NORTE	En seguimiento al Procedimiento Normali:aci.n Documental c.digo ESEGCEPE04 versi.n 5, se evalu. que los documentos del proceso de Gest.i.n de rgencias estGn actuali:ados mnimo cada tres (8C a-os, de los cuales, se evidenciaron cinco (5C documentos desactuali:ados	Realiz:ar depuraci.n de documentos vigentes, y actuali:aci.n de los que se llegaran a requerir.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1687E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTION RGENCIAS 2025ES BRED NORTE	En seguimiento al Procedimiento Normali:aci.n Documental c.digo ESEGCEPE04 versi.n 5, se evalu. que los documentos del proceso de Gest.i.n de rgencias estGn actuali:ados mnimo cada tres (8C a-os, de los cuales, se evidenciaron cinco (5C documentos desactuali:ados	Verificar que los documentos estGn depurados y actuali:ados en ALMERA	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1687E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTION RGENCIAS 2025ES BRED NORTE	En seguimiento al Procedimiento Normali:aci.n Documental c.digo ESEGCEPE04 versi.n 5, se evalu. que los documentos del proceso de Gest.i.n de rgencias estGn actuali:ados mnimo cada tres (8C a-os, de los cuales, se evidenciaron cinco (5C documentos desactuali:ados	Tomar correctivos ante desviaciones	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1656E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	SO EFICIENTE DE ENERGIA: Se observ. en el 6rea de almacenamiento central cableado expuesto, y en el 6rea administrativa, tomas de corriente desprendidas.	Elaborar un plan de acci.n para reparar el cableado expuesto en el 6rea de almacenamiento central y las tomas de corriente desprendidas en el 6rea administrativa.	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1656E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	SO EFICIENTE DE ENERGIA: Se observ. en el 6rea de almacenamiento central cableado expuesto, y en el 6rea administrativa, tomas de corriente desprendidas.	Proceder con la reparaci.n del cableado expuesto y de las tomas de corriente da-adas de acuerdo con el plan definido.	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1656E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	SO EFICIENTE DE ENERGIA: Se observ. en el 6rea de almacenamiento central cableado expuesto, y en el 6rea administrativa, tomas de corriente desprendidas.	Realiz:ar inspecciones peri.dicas para verificar que el cableado estG correctamente instalado y cubierto, y que las tomas de corriente estGn bien fijadas y en funcionamiento.	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO								
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance	
Externa	Revisora Fiscal	RME1656E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	SO EFICIENTE DE ENERGIA: Se observ. en el 6rea de almacenamiento central cableado expuesto, y en el 6rea administrativa, tomas de corriente desprendidas.	Si se detectan problemas durante las verificaciones, como un nuevo cableado expuesto o fallos en las tomas de corriente, se deben tomar medidas correctivas adicionales	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME1656E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	SO EFICIENTE DE AG A: Tras anali:ar los resultados de las pruebas microbiol.gicas reali:adas por el laboratorio IMPEGNO en el mes de octubre de 2024 al tanque de agua del hospital, se observa en el informe que los recuentos de coliformes totales no cumplen con los est6ndares establecidos, lo que indica posibles fallas en el sistema de tratamiento o contaminaci.n del suministro	Presentar el an6lisis microbiol.gico anali:ado por el laboratorio autori:ado en el que se evidencie cumplimiento de los par6metros establecidos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME1656E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	GESTION INTEGRAL DE RESID OS: Se evidenci. en el almacenamiento central de la nidad, especficamente en el 6rea de residuos no aprovechables, la presencia de contenedores verdes. Sin embargo, de acuerdo con el nuevo c.digo de colores y el Plan de Gesti.n Institucional, estos deberan ser negros. Adem6s, la malla de protecci.n de la puerta se encuentra rota, lo que facilita el ingreso de roedores y/o vectores.	Se reali.: cambio inmediato del contenedor verde por un contenedor negro. Dise-ar un plan de acci.n para reparar la malla de protecci.n de la puerta del 6rea de residuos no aprovechables para prevenir el acceso de roedores y vectores.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME1656E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	GESTION INTEGRAL DE RESID OS: Se evidenci. en el almacenamiento central de la nidad, especficamente en el 6rea de residuos no aprovechables, la presencia de contenedores verdes. Sin embargo, de acuerdo con el nuevo c.digo de colores y el Plan de Gesti.n Institucional, estos deberan ser negros. Adem6s, la malla de protecci.n de la puerta se encuentra rota, lo que facilita el ingreso de roedores y/o vectores.	Reparar la malla de protecci.n de la puerta del 6rea de residuos para evitar la entrada de roedores y vectores.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME1656E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	GESTION INTEGRAL DE RESID OS: Se evidenci. en el almacenamiento central de la nidad, especficamente en el 6rea de residuos no aprovechables, la presencia de contenedores verdes. Sin embargo, de acuerdo con el nuevo c.digo de colores y el Plan de Gesti.n Institucional, estos deberan ser negros. Adem6s, la malla de protecci.n de la puerta se encuentra rota, lo que facilita el ingreso de roedores y/o vectores.	Evaluar si las reparaciones reali:adas en la malla de protecci.n son efectivas y si el problema de acceso de roedores ha sido resuelto.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02	
Externa	Revisora Fiscal	RME1656E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	GESTION INTEGRAL DE RESID OS: Se evidenci. en el almacenamiento central de la nidad, especficamente en el 6rea de residuos no aprovechables, la presencia de contenedores verdes. Sin embargo, de acuerdo con el nuevo c.digo de colores y el Plan de Gesti.n Institucional, estos deberan ser negros. Adem6s, la malla de protecci.n de la puerta se encuentra rota, lo que facilita el ingreso de roedores y/o vectores.	Si se detectan problemas durante la verificaci.n (por ejemplo, contenedores mal clasificados o nuevos da-os en la mallaC, tomar medidas adicionales, como reali:ar m6s capacitaciones al personal o reparar nuevamente la malla si es necesario.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02	
Externa	Revisora Fiscal	RMO1658E25 A DITORIA EN SAL D Y AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	EST NDAR DE INFRAESTR CT RA: En el patio de la instituci.n se observ. espacio sin protecci.n de puerta, con acumulaci.n de elementos pertenecientes a activos fijos, lo que representa un evidente foco de vectores e insectos. Adem6s, se identific. cerca al 6rea, ventanal sin vidrio con acceso a las 6reas de atenci.n de pacien tes.	Evaluar y dise-ar espacios adecuados para la correcta organi:aci.n de los activos fijos en la instituci.n .	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO1658E25 A DITORIA EN SAL D Y AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	EST NDAR DE INFRAESTR CT RA: En el patio de la instituci.n se observ. espacio sin protecci.n de puerta, con acumulaci.n de elementos pertenecientes a activos fijos, lo que representa un evidente foco de vectores e insectos. Adem6s, se identific. cerca al 6rea, ventanal sin vidrio con acceso a las 6reas de atenci.n de pacien tes.	Organi:ar y establecer los espacios asignados para los activos fijos	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO1658E25 A DITORIA EN SAL D Y AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	EST NDAR DE INFRAESTR CT RA: En el patio de la instituci.n se observ. espacio sin protecci.n de puerta, con acumulaci.n de elementos pertenecientes a activos fijos, lo que representa un evidente foco de vectores e insectos. Adem6s, se identific. cerca al 6rea, ventanal sin vidrio con acceso a las 6reas de atenci.n de pacien tes.	Evaluar si el sistema de almacenamiento implementado est6 reduciendo la acumulaci.n desordenada y si los procesos est6n siendo seguidos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO1658E25 A DITORIA EN SAL D Y AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	EST NDAR DE INFRAESTR CT RA: En el patio de la instituci.n se observ. espacio sin protecci.n de puerta, con acumulaci.n de elementos pertenecientes a activos fijos, lo que representa un evidente foco de vectores e insectos. Adem6s, se identific. cerca al 6rea, ventanal sin vidrio con acceso a las 6reas de atenci.n de pacien tes.	Si se detectan 6reas de mejora, ajustar los procedimientos de gesti.n y almacenamiento de los activos fijos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO1658E25 A DITORIA EN SAL D Y AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	EST NDAR DE INFRAESTR CT RA: Se evidenci. durante el recorrido por las 6reas y servicios de la Instituci.n que, lo s techos, paredes y pisos presentan humedad y deterioro, lo que representa un incumplimiento del est6ndar de infraestructura establecido en la Resoluci.n 8100. Esta condici.n puede afectar la seguridad, salubridad y adecuada prestaci.n de los servicios de salud, por lo que se recomienda tomar las medidas correctivas necesarias para garanti:ar el cumplimiento normativo.	Realiz:ar un diagn.stico exhaustivo de la infraestructura, identificando las 6reas afectadas por humedad y deterioro. Planificar una inspecci.n tGcnica detallada pa ra conocer el alcance del problema.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO1658E25 A DITORIA EN SAL D Y AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	EST NDAR DE INFRAESTR CT RA: Se evidenci. durante el recorrido por las 6reas y servicios de la Instituci.n que, lo s techos, paredes y pisos presentan humedad y deterioro, lo que representa un incumplimiento del est6ndar de infraestructura establecido en la Resoluci.n 8100. Esta condici.n puede afectar la seguridad, salubridad y adecuada prestaci.n de los servicios de salud, por lo que se recomienda tomar las medidas correctivas necesarias para garanti:ar el cumplimiento normativo.	Llevar a cabo la inspecci.n fsica de los techos, paredes y pisos en las diferentes 6reas. Registrar el tipo de da-o, grado de humedad y posibles causas (como filtraciones o deficiencias en la ventilaci.nC.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO1658E25 A DITORIA EN SAL D Y AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	EST NDAR DE INFRAESTR CT RA: Se evidenci. durante el recorrido por las 6reas y servicios de la Instituci.n que, lo s techos, paredes y pisos presentan humedad y deterioro, lo que representa un incumplimiento del est6ndar de infraestructura establecido en la Resoluci.n 8100. Esta condici.n puede afectar la seguridad, salubridad y adecuada prestaci.n de los servicios de salud, por lo que se recomienda tomar las medidas correctivas necesarias para garanti:ar el cumplimiento normativo.	Revisar los resultados del diagn.stico y verificar que la evaluaci.n cubre todas las 6reas afectadas. Asegurar que los datos recogidos sean suficientes para tomar decisiones sobre las reparaciones.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO1658E25 A DITORIA EN SAL D Y AMBIENTAL HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	EST NDAR DE INFRAESTR CT RA: Se evidenci. durante el recorrido por las 6reas y servicios de la Instituci.n que, lo s techos, paredes y pisos presentan humedad y deterioro, lo que representa un incumplimiento del estándar de infraestructura establecido en la Resoluci.n 8100. Esta condici.n puede afectar la seguridad, salubridad y adecuada prestaci.n de los servicios de salud, por lo que se recomienda tomar las medidas correctivas necesarias para garanti:ar el cumplimiento normativo.	Actuar en funci.n de los halla:gos del diagn.stico y definir las prioridades para la reparaci.n. Si es necesario, ajusta r el diagn.stico para abordar cualquier 6rea que haya sido omitida inicialmente.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	En Bellavista, el equipo de c.mputo de odontologa se estaba apagando, mientras que en lamos, el equipo de vacunaci.n lleva un mes sin funcionar. Aunque se reportaron estos incidentes, aHn no se ha recibido respuesta por parte del soporte al usuario, lo que contraviene la poltica de incidentes en cuanto a los tiempos de respuesta establecidos. Se recomienda revisar y fortalecer los procedimientos de gesti.n de incidentes para garanti:ar una atenci.n oportuna y efectiva.	Efectuar la revisi.n por parte de soporte a los equipos de computo de las sedes de Bellavista y Alamos en los subprocesos de odontologia y vacunaci.n respectivamente.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	En Bellavista, el equipo de c.mputo de odontologa se estaba apagando, mientras que en lamos, el equipo de vacunaci.n lleva un mes sin funcionar. Aunque se reportaron estos incidentes, aHn no se ha recibido respuesta por parte del soporte al usuario, lo que contraviene la poltica de incidentes en cuanto a los tiempos de respuesta establecidos. Se recomienda revisar y fortalecer los procedimientos de gesti.n de incidentes para garanti:ar una atenci.n oportuna y efectiva.	Realiz:ar el mantenimiento de acuerdo a los halla:gos encontrados	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	En Bellavista, el equipo de c.mputo de odontologa se estaba apagando, mientras que en lamos, el equipo de vacunaci.n lleva un mes sin funcionar. Aunque se reportaron estos incidentes, aHn no se ha recibido respuesta por parte del soporte al usuario, lo que contraviene la poltica de incidentes en cuanto a los tiempos de respuesta establecidos. Se recomienda revisar y fortalecer los procedimientos de gesti.n de incidentes para garanti:ar una atenci.n oportuna y efectiva.	Validar el funcionamiento de los equipos computo de las sedes de Bellavista y lamos en los subprocesos de odontologa y vacunaci.n respectivamente.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: En el centro de salud Santa Crist.bal se ha identificado una vulnerabilidad ante picos de voltaje, ya que actualmente no cuentan con un sistema de alimentaci.n ininterrumpida (PSC para proteger los equipos de comunicaci.n. Esta falta de protecci.n puede poner en riesgo la integridad de los dispositivos y la continuidad de los servicios, especialmente en situaciones de fluctuaciones elGctricas.	Inclusi.n y verificaci.n de las necesidades en el plan anual de adquisiciones para nuevos equipos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: En el centro de salud Santa Crist.bal se ha identificado una vulnerabilidad ante picos de voltaje, ya que actualmente no cuentan con un sistema de alimentaci.n ininterrumpida (PSC para proteger los equipos de comunicaci.n. Esta falta de protecci.n puede poner en riesgo la integridad de los dispositivos y la continuidad de los servicios, especialmente en situaciones de fluctuaciones elGctricas.	Gesti.n del proceso para la contrataci.n de equipos nuevos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Se verific. que en el centro de salud Lorencita Villegas de Santos, el sistema de aire acondicionado del cuarto de racks estaba desenchufado. Al intentar encenderlo, se constat. que no funcionaba. A pesar de que se indic. que el equipo haba sido revisado por el personal de mantenimiento, este no oper. correctamente, lo que pone en riesgo la integridad de los equipos electr.nicos y la seguridad de la informaci.n almacenada.	Elaborar cronograma para mejorar la ventilaci.n del 6rea	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Se verific. que en el centro de salud Lorencita Villegas de Santos, el sistema de aire acondicionado del cuarto de racks estaba desenchufado. Al intentar encenderlo, se constat. que no funcionaba. A pesar de que se indic. que el equipo haba sido revisado por el personal de mantenimiento, este no oper. correctamente, lo que pone en riesgo la integridad de los equipos electr.nicos y la seguridad de la informaci.n almacenada.	Ejecutar las acciones para mejorar el sistema de ventilaci.n	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Se verific. que en el centro de salud Lorencita Villegas de Santos, el sistema de aire acondicionado del cuarto de racks estaba desenchufado. Al intentar encenderlo, se constat. que no funcionaba. A pesar de que se indic. que el equipo haba sido revisado por el personal de mantenimiento, este no oper. correctamente, lo que pone en riesgo la integridad de los equipos electr.nicos y la seguridad de la informaci.n almacenada.	Verificaci.n de las temperaturas del 6rea para el seguimiento y control	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Se verific. que en el centro de salud Lorencita Villegas de Santos, el sistema de aire acondicionado del cuarto de racks estaba desenchufado. Al intentar encenderlo, se constat. que no funcionaba. A pesar de que se indic. que el equipo haba sido revisado por el personal de mantenimiento, este no oper. correctamente, lo que pone en riesgo la integridad de los equipos electr.nicos y la seguridad de la informaci.n almacenada.	Implementaci.n de medidas de Ingeniera acorde a los halla:gos del punto anterior	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	CONSIDERACIONES ESPECIFICAS DE LA TECNOLOGIA: Durante la revisi.n aleatoria de los equipos de c.mputo en el centro de salud Lorencita Villegas de Santos, se evidenci. que los dispositivos est6n terci:ados con la entidad Necsoft. Sin embargo, se observ. que Hnicamente cuentan con el antivirus Microsoft Defender, lo que podra no ser suficiente para garanti:ar una protecci.n adecuada contra amena:as cibernGticas. Se recomienda considerar la implementaci.n de un antivirus adicional que ofre:ca caractersticas avan:adas, as como reali:ar auditoras peri.dicas de seguridad para asegurar la integridad de los sistemas y la protecci.n de la informaci.n sensible .	Solicitar al proveedor necsoft la revisi.n y actuali:aci.n d e los equipos contratados	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	CONSIDERACIONES ESPECIFICAS DE LA TECNOLOGIA: Durante la revisi.n aleatoria de los equipos de c.mputo en el centro de salud Lorencita Villegas de Santos, se evidenci. que los dispositivos est6n terci:ados con la entidad Necsoft. Sin embargo, se observ. que Hnicamente cuentan con el antivirus Microsoft Defender, lo que podra no ser suficiente para garanti:ar una protecci.n adecuada contra amena:as cibernGticas. Se recomienda considerar la implementaci.n de un antivirus adicional que ofre:ca caractersticas avan:adas, as como reali:ar auditoras peri.dicas de seguridad para asegurar la integridad de los sistemas y la protecci.n de la informaci.n sensible .	Actuali:aci.n del softSare de seguridad de los equipos de computo arrendados	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	CONSIDERACIONES ESPECIFICAS DE LA TECNOLOGIA: Durante la revisi.n aleatoria de los equipos de c.mputo en el centro de salud Lorencita Villegas de Santos, se evidenci. que los dispositivos est6n terci:ados con la entidad Necsoft. Sin embargo, se observ. que Hnicamente cuentan con el antivirus Microsoft Defender, lo que podra no ser suficiente para garanti:ar una protecci.n adecuada contra amena:as cibernGticas. Se recomienda considerar la implementaci.n de un antivirus adicional que ofre:ca caractersticas avan:adas, as como reali:ar auditoras peri.dicas de seguridad para asegurar la integridad de los sistemas y la protecci.n de la informaci.n sensible .	Informe de actuali:aci.n de softSare de seguridad de los equipos de computo arrendados	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	CONSIDERACIONES ESPECIFICAS DE LA TECNOLOGIA: Durante la revisi.n aleatoria de los equipos de c.mputo en el centro de salud Lorencita Villegas de Santos, se evidenci. que los dispositivos est6n terci:ados con la entidad Necsoft. Sin embargo, se observ. que Hnicamente cuentan con el antivirus Microsoft Defender, lo que podra no ser suficiente para garanti:ar una protecci.n adecuada contra amena:as cibernGticas. Se recomienda considerar la implementaci.n de un antivirus adicional que ofre:ca caractersticas avan:adas, as como reali:ar auditoras peri.dicas de seguridad para asegurar la integridad de los sistemas y la protecci.n de la informaci.n sensible .	Tomar acciones correctivas a las desviaciones encontradas durante la verificaci.n	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Se verific. que en el centro de salud San Crist.bal es necesario organi:ar el rack de comunicaciones, se recomienda llevar a cabo una reestructuraci.n del cableado, asegurando que cada conexi.n estG claramente identificada y ordenada, lo que facilitar6 futuras intervenciones y mejorar6 la eficiencia del servicio.	Definir un plan de trabajo para la gesti.n y organi:aci.n del centro de cableado.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Se verific. que en el centro de salud San Crist.bal es necesario organi:ar el rack de comunicaciones, se recomienda llevar a cabo una reestructuraci.n del cableado, asegurando que cada conexi.n estG claramente identificada y ordenada, lo que facilitar6 futuras intervenciones y mejorar6 la eficiencia del servicio.	Implementar el plan de trabajo para la organi:aci.n del centro de cableado	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Se verific. que en el centro de salud San Crist.bal es necesario organi:ar el rack de comunicaciones, se recomienda llevar a cabo una reestructuraci.n del cableado, asegurando que cada conexi.n estG claramente identificada y ordenada, lo que facilitar6 futuras intervenciones y mejorar6 la eficiencia del servicio.	Revisar que el centro de cableado estG organi:ado y cumpla con los lineamientos establecidos.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: Se verific. que en el centro de salud San Crist.bal es necesario organi:ar el rack de comunicaciones, se recomienda llevar a cabo una reestructuraci.n del cableado, asegurando que cada conexi.n estG claramente identificada y ordenada, lo que facilitar6 futuras intervenciones y mejorar6 la eficiencia del servicio.	Garanti:ar el correcto funcionamiento de la gesti.n de redes en la SS San Crist.bal, implementando mejoras segHn los halla:gos de la verificaci.n.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: En el centro de salud Santa Crist.bal se ha identificado una vulnerabilidad ante picos de voltaje, ya que actualmente no cuentan con un sistema de alimentaci.n ininterrumpida (PSC para proteger los equipos de comunicaci.n. Esta falta de protecci.n puede poner en riesgo la integridad de los dispositivos y la continuidad de los servicios, especialmente en situaciones de fluctuaciones elGctricas.	Ejecuci.n de las actividades segHn objeto del contrato para adquisici.n del equipo.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	EN EYEC CIN	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1621E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN E S BRED NORTE	SEG RIDAD EN OPERACIONES Y COM NICACIONES: En el centro de salud Santa Crist.bal se ha identificado una vulnerabilidad ante picos de voltaje, ya que actualmente no cuentan con un sistema de alimentaci.n ininterrumpida (PSC para proteger los equipos de comunicaci.n. Esta falta de protecci.n puede poner en riesgo la integridad de los dispositivos y la continuidad de los servicios, especialmente en situaciones de fluctuaciones elGctricas.	Verificaci.n de las condiciones elGctricas con la instalaci.n de nuevo equipo	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1651E25 A DITORIA SERVICIOS ODONTOLGICOS HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	INFRAESTR CT RA: El deterioro y humedad observado en los pisos y techos del consultorio del servicio de odontologa, representa un riesgo para la seguridad de los pacientes y el personal, ya que puede propiciar accidentes, afectaciones a la higiene y posibles incumplimientos normativos. Esta situaci.n vulnera lo establecido en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo que podra derivar en sanciones y afectar la calidad de la atenci.n prestada.	Desarrollar un plan de acci.n para reparar los da-os en los pisos y techos del consultorio odontol.gico, asegurando que se elimine la humedad y se repare cualquier estructura deteriorada.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1651E25 A DITORIA SERVICIOS ODONTOLGICOS HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	INFRAESTR CT RA: El deterioro y humedad observado en los pisos y techos del consultorio del servicio de odontologa, representa un riesgo para la seguridad de los pacientes y el personal, ya que puede propiciar accidentes, afectaciones a la higiene y posibles incumplimientos normativos. Esta situaci.n vulnera lo establecido en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo que podra derivar en sanciones y afectar la calidad de la atenci.n prestada.	Ejecutar las reparaciones planificadas en los pisos y techos del consultorio odontol.gico, asegurándose de que se elimine la humedad y se restablezca la infraestructura.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1651E25 A DITORIA SERVICIOS ODONTOLGICOS HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	INFRAESTR CT RA: El deterioro y humedad observado en los pisos y techos del consultorio del servicio de odontologa, representa un riesgo para la seguridad de los pacientes y el personal, ya que puede propiciar accidentes, afectaciones a la higiene y posibles incumplimientos normativos. Esta situaci.n vulnera lo establecido en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo que podra derivar en sanciones y afectar la calidad de la atenci.n prestada.	Confirmar que no haya riesgos de futuros da-os o problemas de humedad en la infraestructura.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1651E25 A DITORIA SERVICIOS ODONTOLGICOS HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	INFRAESTR CT RA: El deterioro y humedad observado en los pisos y techos del consultorio del servicio de odontologa, representa un riesgo para la seguridad de los pacientes y el personal, ya que puede propiciar accidentes, afectaciones a la higiene y posibles incumplimientos normativos. Esta situaci.n vulnera lo establecido en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo que podra derivar en sanciones y afectar la calidad de la atenci.n prestada.	Ajustar los planes de mantenimiento preventivo y programar inspecciones regulares para evitar que el problema vuelva a ocurrir.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1651E25 A DITORIA SERVICIOS ODONTOLGICOS HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	Se evidenci. que el horario de atenci.n del servicio de odontologa actual, no concuerda con lo registrado en el REPS, el cual registra atenci.n de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 6:00 a.m. a 1:00 p.m. Sin embargo, al revisar las agendas del servicio, se observ. que durante los meses de febrero y marzo las citas fueron programadas de lunes a viernes en un horario de 6:00 a.m. a 4:00 p.m. Por lo anterior, es necesario actualizar el horario en el REPS para reflejar la prestaci.n real del servicio.	Ajustar novedades en REPS conforme a la Prestacion del Servicio.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1651E25 A DITORIA SERVICIOS ODONTOLGICOS HOSPITAL FRAY BARTOLOMU E S BRED NORTE E.S.E.	Se evidenci. que el horario de atenci.n del servicio de odontologa actual, no concuerda con lo registrado en el REPS, el cual registra atenci.n de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. y los s6bados de 6:00 a.m. a 1:00 p.m. Sin embargo, al revisar las agendas del servicio, se observ. que durante los meses de febrero y mar:o las citas fueron programadas de lunes a viernes en un horario de 6:00 a.m. a 4:00 p.m. Por lo anterior, es necesario actuali:ar el horario en el REPS para reflejar la prestaci.n real del servicio.	Mantener el monitoreo al cumplimiento de lo reportado en REPS frente a la agenda.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E SERVICIO DE PATOLGIA: 8. Se evidenciaron cuatro (4C listados de la vigencia 2024, bas6ndose en la informaci.n obtenida del sistema de informaci.n institucional a travGs de los listados y revisiones generados por parte de las trascritora donde son resaltados los casos descartados, pero que estos a la fecha de la auditoria 10 de febrero de 2025 no han sido retirados del 6rea de archivo o dep.sito de muestras, incumpliendo lo que establece el documento Institucional Procedimiento Gesti.n de Patologa, que semanalmente los casos que tengan un diagn.stico de m6s de un mes, ser6n descartados los das s6bados. La falta de adherencia al proceso ocasiona sobreocupaci.n de muestras en el archivo.	Realiz:ar una jornada de descarte masivo de especmenes ya diagn.sticados.	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E SERVICIO DE PATOLGIA: 8. Se evidenciaron cuatro (4C listados de la vigencia 2024, bas6ndose en la informaci.n obtenida del sistema de informaci.n institucional a travGs de los listados y revisiones generados por parte de las trascritora donde son resaltados los casos descartados, pero que estos a la fecha de la auditoria 10 de febrero de 2025 no han sido retirados del 6rea de archivo o dep.sito de muestras, incumpliendo lo que establece el documento Institucional Procedimiento Gesti.n de Patologa, que semanalmente los casos que tengan un diagn.stico de m6s de un mes, ser6n descartados los das s6bados. La falta de adherencia al proceso ocasiona sobreocupaci.n de muestras en el archivo.	Realiz:ar el ajuste necesario en el documento institucional Procedimiento Gesti.n de Patologa MIESCEPE01, ampliando el periodo de tiempo de permanencia de los especimenes en el servicio a 2(dos mesesC de acuerdo a lo conversado con la auditora	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E SERVICIO DE PATOLGIA : 1. El servicio de patologia no garanti:a la verificaci.n peri.dica de los insumos existentes en el servicio, toda ve: que fueron evidenciados jabones y geles vencidos de vigencias 2028 y 2024, ubicados en Locker de almacenamiento.	Fortalecer la semafori:aci.n que se viene reali:ando en el locker de almacenamiento de insumos de almacGn mediante una revisi.n general inicial y una revisi.n peri.dica cada 8 meses	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E SERVICIO DE PATOLGIA: 2. El servicio de patologia no cuenta con registros de entrega de resultados a pacientes, la lder del servicio refiere que , estos son entregados previa verificaci.n del docume nto de identificaci.n del paciente, sin embargo, no se observ. registro del proceso.	Realiz:ar el ajuste pertinente en el documento institucional Procedimiento Gesti.n de Patologa MIESCEPE01 especificando que el paciente adicional a la identificaci. n si no se acerca personalmente debe enviar autori:aci.n escrita y elaborar instructivo para el libro Entrega de Resultados a Pacientes Servicio de Patologa	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITIORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E PROGRAMACIN MTR RGICA</p> <p>Se hace revisi.n de la base de datos de pacientes evidenciando que, a corte de diciembre de 2024 se encuentran a la espera de la reali:aci.n del procedimiento quirHrgico un listado de 8154 pacientes que requieren ciruga de las siguientes especialidades: Ciruga General (178C Ciruga Maxilofacial (45C Neurociruga (800C Ciruga Oftalmol.gica (1585C Ciruga OrtopGdica (877C Ciruga Pl6stica y EstGtica (152C Otorrinolaringologa (101 C Ciruga rol.gica (260C Ciruga Vascular y Angiol.gica.(147C Ciru gia Ginecol.gica (211C Cirugia Pedid6trica (85C relacionando a continuaci.n las diferentes causas institucionales:</p> <p>EFalta de Insumos (Cirugia GeneralC EFalta de Material de osteosntesis. (Cirugia Maxilofacial, NeurocirugaC EFalta de Materiales (Cirugia OrtopGdica, Otorrinolaringologa, Cirugia rol.gicaC ELentes (Cirugia Oftalmol.gicaC ELegali:aci.n de contratos Terceri:ados. (Cirugia Vascu ar y Angiol.gicaC EFalta de Insumos y mallas (Cirugia Ginecol.gicaC</p> <p>Cabe www www www</p>	<p>Realizar seguimiento telefonico a los pacientes que se encuentran en lista de espera para establecer nHmero real por especialidad.</p> <p>www www www</p>	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITIORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E PROGRAMACIN MTR RGICA</p> <p>Se hace revisi.n de la base de datos de pacientes evidenciando que, a corte de diciembre de 2024 se encuentran a la espera de la reali:aci.n del procedimiento quirHrgico un listado de 8154 pacientes que requieren ciruga de las siguientes especialidades: Ciruga General (178C Ciruga Maxilofacial (45C Neurociruga (800C Ciruga Oftalmol.gica (1585C Ciruga OrtopGdica (877C Ciruga Pl6stica y EstGtica (152C Otorrinolaringologa (101 C Ciruga rol.gica (260C Ciruga Vascular y Angiol.gica.(147C Ciru gia Ginecol.gica (211C Cirugia Pedid6trica (85C relacionando a continuaci.n las diferentes causas institucionales:</p> <p>EFalta de Insumos (Cirugia GeneralC EFalta de Material de osteosntesis. (Cirugia Maxilofacial, NeurocirugaC EFalta de Materiales (Cirugia OrtopGdica, Otorrinolaringologa, Cirugia rol.gicaC ELentes (Cirugia Oftalmol.gicaC ELegali:aci.n de contratos Terceri:ados. (Cirugia Vascu ar y Angiol.gicaC EFalta de Insumos y mallas (Cirugia Ginecol.gicaC</p> <p>Cabe idad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficienci as en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte d e los responsables as como por la falta de control sobre el</p>	<p>Identificar los insumos, dispositivos y material requerido para programar y disminuir la lista de espera, priori:ar solicitud con proveedores.</p>	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002

SUBREINTEGRADE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITIORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E PROGRAMACIN MIR RGICA  Se hace revisi.n de la base de datos de pacientes evidenciando que, a corte de diciembre de 2024 se encuentran a la espera de la reali:aci.n del procedimiento quirHrgico un listado de 8154 pacientes que requieren ciruga de las siguientes especialidades: Ciruga General (178C Ciruga Maxilofacial (45C Neurociruga (800C Ciruga Oftalmol.gica (1585C Ciruga OrtopGdica (877C Ciruga Pl6stica y EstGtica (152C Otorrinolaringologa (101 C Ciruga rol.gica (260C Ciruga Vascular y Angiol.gica.(147C Ciru gia Ginecol.gica (211C Cirugia Pedi6trica (85C relacionando a continuaci.n las diferentes causas institucionales:  EFalta de Insumos (Cirugia GeneralC EFalta de Material de osteosntesis. (Cirugia Maxilofacial, NeurocirugaC EFalta de Materiales (Cirugia OrtopGdica, Otorrinolaringologa, Cirugia rol.gicaC ELentes (Cirugia Oftalmol.gicaC ELegali:aci.n de contratos Terceri:ados. (Cirugia Vascul ar y Angiol.gicaC EFalta de Insumos y mallas (Cirugia Ginecol.gicaC  Cabe idad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficienci as en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte d e las personas responsables, as como por la falta de control sobre el HOSPITAL SIMON BOLIVAR E PROGRAMACIN MIR RGICA	Incrementar la programaci.n de cirugas ambulatorias de la lista de espera, tanto en cantidad como en turnos quirHrgicos, de acuerdo con la capacidad de cada especialidad.	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITIORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E PROGRAMACIN MIR RGICA  Se hace revisi.n de la base de datos de pacientes evidenciando que, a corte de diciembre de 2024 se encuentran a la espera de la reali:aci.n del procedimiento quirHrgico un listado de 8154 pacientes que requieren ciruga de las siguientes especialidades: Ciruga General (178C Ciruga Maxilofacial (45C Neurociruga (800C Ciruga Oftalmol.gica (1585C Ciruga OrtopGdica (877C Ciruga Pl6stica y EstGtica (152C Otorrinolaringologa (101 C Ciruga rol.gica (260C Ciruga Vascular y Angiol.gica.(147C Ciru gia Ginecol.gica (211C Cirugia Pedi6trica (85C relacionando a continuaci.n las diferentes causas institucionales:  EFalta de Insumos (Cirugia GeneralC EFalta de Material de osteosntesis. (Cirugia Maxilofacial, NeurocirugaC EFalta de Materiales (Cirugia OrtopGdica, Otorrinolaringologa, Cirugia rol.gicaC ELentes (Cirugia Oftalmol.gicaC ELegali:aci.n de contratos Terceri:ados. (Cirugia Vascul ar y Angiol.gicaC EFalta de Insumos y mallas (Cirugia Ginecol.gicaC  Cabe WWW WWW WWW	Realizar seguimiento a la gesti.n integral de las Greas que participan en la verificaci.n y alistamiento de insumos, dispositivos y material de las cirugas programadas .	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002

SUBREDACTO DE PLANES DE MEJORA NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emissor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITIORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTION DEL RIESGO	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E PROGRAMACION MIRMIRGICA</p> <p>Se hace revisio.n de la base de datos de pacientes evidenciando que, a corte de diciembre de 2024 se encuentran a la espera de la reali:aci.n del procedimiento quirHrgico un listado de 8154 pacientes que requieren ciruga de las siguientes especialidades: Ciruga General (178C Ciruga Maxilofacial (45C Neurociruga (800C Ciruga Oftalmol.gica (1585C Ciruga OrtopGdica (877C Ciruga Pl6stica y EstGtica (152C Otorrinolaringologa (101 C Ciruga rol.gica (260C Ciruga Vascular y Angiol.gica.(147C Ciru gia Ginecol.gica (211C Cirugia Pedi6trica (85C relacionando a continuaci.n las diferentes causas institucionales:</p> <p>EFalta de Insumos (Cirugia GeneralC            EFalta de Material de osteosntesis. (Cirugia Maxilofacial, NeurocirugaC            EFalta de Materiales (Cirugia OrtopGdica, Otorrinolaringologa, Cirugia rol.gicaC            ELentes (Cirugia Oftalmol.gicaC            ELegal:i:aci.n de contratos Terceri:ados. (Cirugia Vascul ar y Angiol.gicaC            EFalta de Insumos y mallas (Cirugia Ginecol.gicaC</p> <p>Cabe            WWWWWW            WWWWWW            WWWWW</p>	Establecer reuniones mensuales para revisar cumplimiento a meta de disminuir la lista de espera, de acuerdo a los halla:gos proyectar estrategias de acci.n inmediata.	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITIORIA HOSPITAL SIMON BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTION DEL RIESGO	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E SERVICIO FARMACUTICO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Verificado el formato de inventario diario de los medicamentos de control, se observ. que el formato del da 80 de enero de 2025 no registra datos de quien recibe y quien entrega, generando falta de control al proceso.</li> <li>El servicio farmacGutico no garanti:a el control de Temperatura y humedad de sus medicamentos, debido a que en el Greas de almacenamiento de las nutriciones parenterales el termohigr.metro no se encontr. en funcionamiento y no se cuenta con los registros de temperatura y humedad del Greas.</li> <li>Se evidencio en el servicio farmacGutico desorden en el Greas de dispensaci.n de medicamentos y deficientes procesos de limpie:a y desinfecci.n de manera generalidad.</li> <li>La Instituci.n cuenta con un total de treinta y un (81C carros de paros distribuidos en los diferentes servicios de los cuales, fueron verificadas las actas de revisi.n por el servicio farmacGutico, de fecha 21 de enero de 2025, evidenciando los siguientes faltantes de insumos y medicamento</li> </ol>	Realizar un acta de resociali:aci.n en el manejo de medicamentos de control especialA as mismo, un acta de seguimiento por parte del director tecnico verificando la adherencia al uso del formato.	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITIORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E SERVICIO FARMACU TICO</p> <p>1. Verificado el formato de inventario diario de los medicamentos de control, se observ. que el formato del da 80 de enero de 2025 no registra datos de quien recibe y quien entrega, generando falta de control al proceso.</p> <p>2. El servicio farmacGutico no garanti:a el control de Temperatura y humedad de sus medicamentos, debido a que en el 6rea de almacenamiento de las nutriciones parenterales el termohigr.metro no se encontr. en funcionamiento y no se cuenta con los registros de temperatura y humedad del 6rea.</p> <p>8. Se evidencio en el servicio farmacGutico desorden en el 6rea de dispensaci.n de medicamentos y deficientes procesos de limpie:a y desinfecci.n de manera generalidad.</p> <p>4. La Instituci.n cuenta con un total de treinta y un (81C carros de paros distribuidos en los diferentes servicios de los cuales, fueron verificadas las actas de revisi.n por el servicio farmacGutico, de fecha 21 de enero de 2025, evidenciando los siguientes faltantes de insumos y medicamento</p>	Realizar un acta de resociali:aci.n del uso del formato de control de temperatura y humedad del area y reali:ar un seguimiento al cumplimiento de diligenciamiento del formato.	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITIORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	<p>HOSPITAL SIMON BOLIVAR E SERVICIO FARMACU TICO</p> <p>1. Verificado el formato de inventario diario de los medicamentos de control, se observ. que el formato del da 80 de enero de 2025 no registra datos de quien recibe y quien entrega, generando falta de control al proceso.</p> <p>2. El servicio farmacGutico no garanti:a el control de Temperatura y humedad de sus medicamentos, debido a que en el 6rea de almacenamiento de las nutriciones parenterales el termohigr.metro no se encontr. en funcionamiento y no se cuenta con los registros de temperatura y humedad del 6rea.</p> <p>8. Se evidencio en el servicio farmacGutico desorden en el 6rea de dispensaci.n de medicamentos y deficientes procesos de limpie:a y desinfecci.n de manera generalidad.</p> <p>4. La Instituci.n cuenta con un total de treinta y un (81C carros de paros distribuidos en los diferentes servicios de los cuales, fueron verificadas las actas de revisi.n por el servicio farmacGutico, de fecha 21 de enero de 2025, evidenciando los siguientes faltantes de insumos y medicamentoW</p>	Realizar acta de resociali:aci.n del proceso de limpie:a y desinfecci.n en la farmacia y reali:ar seguimiento a la adherencia.	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1145E25 A DITORIA HOSPITAL SIMN BOLIVAR ASPECTOS ASISTENCIALES Y DE GESTIN DEL RIESGO	HOSPITAL SIMON BOLIVAR E SERVICIO FARMACU TICO 1. Verificado el formato de inventario diario de los medicamentos de control, se observ. que el formato del da 80 de enero de 2025 no registra datos de quien recibe y quien entrega, generando falta de control al proceso. 2. El servicio farmacGutico no garanti:a el control de Temperatura y humedad de sus medicamentos, debido a que en el 6rea de almacenamiento de las nutriciones parenterales el termohigr.metro no se encontr. en funcionamiento y no se cuenta con los registros de temperatura y humedad del 6rea. 8. Se evidencio en el servicio farmacGutico desorden en el 6rea de dispensaci.n de medicamentos y deficientes procesos de limpie:a y desinfecci.n de manera generalidad. 4. La Instituci.n cuenta con un total de treinta y un (81C carros de paros distribuidos en los diferentes servicios de los cuales, fueron verificadas las actas de revisi.n por el servicio farmacGutico, de fecha 21 de enero de 2025, evidenciando los siguientes faltantes de insumos y medicamentoW	Informar de los faltantes de insumos y medicamentos a las areas respectivas para que puedan ser reali:adas las respectivas reposiciones de carro de paro	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Programa de Gesti.n Documental (c.digo APEGIEPRE01, versi.n 4 del 11 de agosto de 2021C se encuentra desactuali:ado para la vigencia 2025. Adem6s, su cronograma de implementaci.n contempla actividades solo hasta el a-o 2028, lo que impide una tra:abilidad clara de los avances institucionales.	Revisar el estado del PGD vigente, identificar brechas frente al Acuerdo 001 de 2024 y definir estructura del nuevo documento	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Programa de Gesti.n Documental (c.digo APEGIEPRE01, versi.n 4 del 11 de agosto de 2021C se encuentra desactuali:ado para la vigencia 2025. Adem6s, su cronograma de implementaci.n contempla actividades solo hasta el a-o 2028, lo que impide una tra:abilidad clara de los avances institucionales.	Actuali:ar tGcnicamente el Programa de Gesti.n Documental incorporando cronograma 2025O2028	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Programa de Gesti.n Documental (c.digo APEGIEPRE01, versi.n 4 del 11 de agosto de 2021C se encuentra desactuali:ado para la vigencia 2025. Adem6s, su cronograma de implementaci.n contempla actividades solo hasta el a-o 2028, lo que impide una tra:abilidad clara de los avances institucionales.	Presentar el PGD actuali:ado ante el ComitG Institucional de Gesti.n y Desempe-o para su aprobaci.n	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Programa de Gesti.n Documental (c.digo APEGIEPRE01, versi.n 4 del 11 de agosto de 2021C se encuentra desactuali:ado para la vigencia 2025. Adem6s, su cronograma de implementaci.n contempla actividades solo hasta el a-o 2028, lo que impide una tra:abilidad clara de los avances institucionales.	Establecer lineamientos institucionales y cronograma de seguimiento a la implementaci.n del PGD en cada proceso, con responsables y reportes peri.dicos.	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Programa de Gestio.n Documental (c.digo APEGIEPRE01, versi.n 4 del 11 de agosto de 2021C se encuentra desactuali:ado para la vigencia 2025. Adem6s, su cronograma de implementaci.n contempla actividades solo hasta el a-o 2028, lo que impide una tra:abilidad clara de los avances institucionales.	Realiz:ar seguimiento semestral a la implementaci.n del PGD y cumplimiento del cronograma de fases y tomar acciones correctivas a las desviaciones encontradas	Gestio.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	112
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Plan de Conservaci.n Documental y el Plan de Preservaci.n Digital a Largo Pla:o, contenidos en el Sistema Integrado de Conservaci.n (c.digo APEGIEPRE04, versi.n 2 del 10 de mayo de 2022C, no est6n actuali:ados a la vigencia 2025, lo que puede generar inconsistencias en la gesti.n documental, pGrdida de informaci.n y riesgo de incumplimiento normativo.	Formular cronograma y plan de trabajo para la actuali:aci.n del Sistema Integrado de Conservaci.n (Plan de Conservaci.n y Preservaci.n DigitalC	Gestio.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	802
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Plan de Conservaci.n Documental y el Plan de Preservaci.n Digital a Largo Pla:o, contenidos en el Sistema Integrado de Conservaci.n (c.digo APEGIEPRE04, versi.n 2 del 10 de mayo de 2022C, no est6n actuali:ados a la vigencia 2025, lo que puede generar inconsistencias en la gesti.n documental, pGrdida de informaci.n y riesgo de incumplimiento normativo.	Hacer la actuali:aci.n tGcnica del Plan de Conservaci.n Documental y del Plan de Preservaci.n Digital a Largo Pla:o, segHn el Acuerdo 001 de 2024	Gestio.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	802
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Plan de Conservaci.n Documental y el Plan de Preservaci.n Digital a Largo Pla:o, contenidos en el Sistema Integrado de Conservaci.n (c.digo APEGIEPRE04, versi.n 2 del 10 de mayo de 2022C, no est6n actuali:ados a la vigencia 2025, lo que puede generar inconsistencias en la gesti.n documental, pGrdida de informaci.n y riesgo de incumplimiento normativo.	Presentar los documentos actuali:ados al ComitG Institucional de Gestio.n y Desempe-o para su aproba ci.n	Gestio.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Plan de Conservaci.n Documental y el Plan de Preservaci.n Digital a Largo Pla:o, contenidos en el Sistema Integrado de Conservaci.n (c.digo APEGIEPRE04, versi.n 2 del 10 de mayo de 2022C, no est6n actuali:ados a la vigencia 2025, lo que puede generar inconsistencias en la gesti.n documental, pGrdida de informaci.n y riesgo de incumplimiento normativo.	Dise-ar e implementar estrategia de seguimiento tGcnico al cumplimiento del nuevo Plan de Conservaci.n y Preservaci.n por parte de los procesos institucionales.	Gestio.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME2505E25 A DITORIA DE CONTROL INTERNO DIMENSIN DE INFORMACIN Y COM NICACIN O MIPG 2025	El Plan de Conservaci.n Documental y el Plan de Preservaci.n Digital a Largo Pla:o, contenidos en el Sistema Integrado de Conservaci.n (c.digo APEGIEPRE04, versi.n 2 del 10 de mayo de 2022C, no est6n actuali:ados a la vigencia 2025, lo que puede generar inconsistencias en la gesti.n documental, pGrdida de informaci.n y riesgo de incumplimiento normativo.	Realiz:ar seguimiento trimestral al cumplimiento de lineamientos del nuevo Plan de Conservaci.n y Preservaci.n y tomar acciones correctivas a las desviaciones encontradas	Gestio.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	La sede EmaHs recibi. visita de inspecci.n para la emisi.n de concepto sanitario el da 11 de noviembre de 2024, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento de varios tems evaluados. A continuaci.n, se detallan los halla:gos: E Gestio.n del riesgo: Se evidenci. la ausencia de elementos antidesli:antes en las escaleras. E Control de plagas: E Gestio.n integral de residuos: E Instalaciones de agua: E Condiciones locativas O Infraestructura: Se detectaron deterioros estructurales que requieren intervenci.n inmediata.	Realiz:ar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identi:car el alcance de las actividades	Gestio.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	La sede EmaHs recibi. visita de inspecci.n para la emisi.n de concepto sanitario el da 11 de noviembre de 2024, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento de varios tems evaluados. A continuaci.n, se detallan los halla:gos: E Gest.i.n del riesgo: Se evidenci. la ausencia de e lementos antidesli:antes en las escaleras. E Control de plagas: E Gest.i.n integral de residuos: E Instalaciones de agua: E Condiciones locativas O Infraestructura: Se detectaron deterioros estructurales que requieren intervenci.n inmediata.	Realiz:ar proramaci.n de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	La sede EmaHs recibi. visita de inspecci.n para la emisi.n de concepto sanitario el da 11 de noviembre de 2024, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento de varios tems evaluados. A continuaci.n, se detallan los halla:gos: E Gest.i.n del riesgo: Se evidenci. la ausencia de e lementos antidesli:antes en las escaleras. E Control de plagas: E Gest.i.n integral de residuos: E Instalaciones de agua: E Condiciones locativas O Infraestructura: Se detectaron deterioros estructurales que requieren intervenci.n inmediata.	Ejecutar las actividades de mantenimiento	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	La sede EmaHs recibi. visita de inspecci.n para la emisi.n de concepto sanitario el da 11 de noviembre de 2024, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento de varios tems evaluados. A continuaci.n, se detallan los halla:gos: E Gest.i.n del riesgo: Se evidenci. la ausencia de e lementos antidesli:antes en las escaleras. E Control de plagas: E Gest.i.n integral de residuos: E Instalaciones de agua: E Condiciones locativas O Infraestructura: Se detectaron deterioros estructurales que requieren intervenci.n inmediata.	Realiz:ar verificaci.n de las actividades entregadas e indetificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	Durante la visita ambiental reali:ada a la instituci.n de salud EmaHs, se evidenci. en el patio trasero la presencia de activos fijos en desuso, incluyendo equipos deteriorados y ambulancias fuera de funcionamiento. Estos elementos se encuentran expuestos a la intemperie y no presentan ningHn tipo de gesti.n de almacenamiento, aislamiento o disposici.n adecuada. Creando la proliferaci.n de vectores (roedores, insectosC, generando focos de contaminaci.n y afectando la imagen institucional. Adem6s, puede vulnerar las condiciones de seguridad del personal y visitantes, as como incumplir con los requisitos normativos en cuanto a condiciones locativas.	Remitir a la Direcci.n de Contrataci.n los requerimientos para que se adelanten los procesos contractuales.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	Durante la visita ambiental realizada a la institución de salud EmaHs, se evidenció en el patio trasero la presencia de activos fijos en desuso, incluyendo equipos deteriorados y ambulancias fuera de funcionamiento. Estos elementos se encuentran expuestos a la intemperie y no presentan ningún tipo de gestión de almacenamiento, aislamiento o disposición adecuada. Creando la proliferación de vectores (roedores, insectosC, generando focos de contaminación y afectando la imagen institucional. Además, puede vulnerar las condiciones de seguridad del personal y visitantes, así como incumplir con los requisitos normativos en cuanto a condiciones locativas.	Realizar todos los trámites necesarios hasta la adjudicación del contrato	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	Durante la visita ambiental realizada a la institución de salud EmaHs, se evidenció en el patio trasero la presencia de activos fijos en desuso, incluyendo equipos deteriorados y ambulancias fuera de funcionamiento. Estos elementos se encuentran expuestos a la intemperie y no presentan ningún tipo de gestión de almacenamiento, aislamiento o disposición adecuada. Creando la proliferación de vectores (roedores, insectosC, generando focos de contaminación y afectando la imagen institucional. Además, puede vulnerar las condiciones de seguridad del personal y visitantes, así como incumplir con los requisitos normativos en cuanto a condiciones locativas.	Entregar toda la información necesaria para que el o los proveedores adjudicados puedan iniciar con el proceso de la baja o de la desintegración según sea el caso.	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	Durante la visita ambiental realizada a la institución de salud EmaHs, se evidenció en el patio trasero la presencia de activos fijos en desuso, incluyendo equipos deteriorados y ambulancias fuera de funcionamiento. Estos elementos se encuentran expuestos a la intemperie y no presentan ningún tipo de gestión de almacenamiento, aislamiento o disposición adecuada. Creando la proliferación de vectores (roedores, insectosC, generando focos de contaminación y afectando la imagen institucional. Además, puede vulnerar las condiciones de seguridad del personal y visitantes, así como incumplir con los requisitos normativos en cuanto a condiciones locativas.	Organizar y clasificar los activos que fueron aprobados por el comité de inventarios para la entrega oportuna a los contratistas	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	Verificado el informe de caracterización agua residual no doméstica de la Unidad de Atención EmaHs de fecha diciembre de 2024, presentando incumplimiento en algunos parámetros relacionados, encontrándose por encima de los límites establecidos en la resolución 681 de 2015.	Programar capacitaciones en manejo de residuos	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	Verificado el informe de caracterización agua residual no doméstica de la Unidad de Atención EmaHs de fecha diciembre de 2024, presentando incumplimiento en algunos parámetros relacionados, encontrándose por encima de los límites establecidos en la resolución 681 de 2015.	Ejecutar las capacitaciones en las diferentes áreas tanto a colaboradores como SSGG	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO								
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance	
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica de la nidad de Atenci.n EmaHs de fecha diciembre de 2024, present. incumplimiento en algunos par6metros relacionados, encontr6ndose por encima de los lmites establecidos en la resoluci.n 681 de 20 15.	Realiz:ar la medici.n de adherencia verificando el cumplimiento en segregaci.n de residuos	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME2416E25 A DITORIA AMBIENTAL HOSPITAL EMA S	Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica de la nidad de Atenci.n EmaHs de fecha diciembre de 2024, present. incumplimiento en algunos par6metros relacionados, encontr6ndose por encima de los lmites establecidos en la resoluci.n 681 de 20 15.	Se programar6 nueva caracteri:aci.n de vertimientos en la sede	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME0811E25 RIESGO EN SAL D 2 024	De acuerdo con la verificaci.n reali:ada, se evidenci. que la entidad imparti. la capacitaci.n frente al Sistema de Riesgo OperacionalA sin embargo, se recomienda reali:ar a todos los funcionarios de la entidad como (GerenciaE FuncionariosEYunta Directiva, entre otrosC.	Elaborar plan de capacitacion, enfocado en sociali:acion del sistema integrado de gesti.n del riesgo abarcando desde la politica y los subsisemas del sistema integral de gestion del riesgo .	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME0811E25 RIESGO EN SAL D 2 024	Se identific. que la entidad cuenta con una ficha tGcnica de la poltica institucional generalA sin embargo, no se identifica que este documento cuente con polticas referentes al riesgo en salud.	Revisar y elaborar las fichas tecnicas para cada una de las politicas de los subsistemas que conforman el mapa de riesgos. Presentar para normali:acion y aprobacion, posteriormente reali:ar el debido cargue al sistema Almera	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME0811E25 RIESGO EN SAL D 2 024	Se evidenci. la matri: consolidada de riesgo en salud, la cual da a conocer dieciocho (18C riesgos identificadosA sin embargo, el riesgo de falla o da-o de los dispositivos por falta de entrenamiento para el usuario del dispositivoA se encuentra en :ona Alta para el perfil de riesgo inherente y riesgo residual.	En relaci.n a el Priesgo de falla o da-o de los dispositivos por falta de entrenamiento para el usuario del dispositivoA se encuentra en :ona Alta para el perfil de riesgo inherente y riesgo residualX, se identifica en el sistema de informaci.n con c.digo 80, se encuentran en riesgo inherente alto y riesgo residual alto, ya que para la vigencia que se reali.: la priori:aci.n de los riesgos de determinaron matricular los eventos que se encuentran en riesgo alto. Para este riesgo tiene 1 control	Gesti.n de Calidad	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME8567E24 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SICOF 2024ES BRED NORTE ESE	Se evidenci. el Acta de Yunta Directiva No. 17 del 28 de agosto del 2028, en la cual, se nombra a la Sra. Lu: Myriam Roncancio Oficial de Cumplimiento Principal y quien en el momento del nombramiento funga como Directora Financiera, sin embargo, en la actualidad el Sr. Yuan Carlos Hurtado Sierra funge como Director Financiero (eC el cual, no ha sido nombrado como Oficial de Cumplimiento Principal por la Yunta Directiva, por consiguiente, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte S.E.S. no cuenta con esta designaci.n.	Designar un oficial de cumplimiento SARLAFT principal que cumpla con los requisitos Mnimos de Ley requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME8567E24 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SICOF 2024ES BRED NORTE ESE	En la presente auditora, se identific. que la entidad no cuenta con los indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien los potenciales Riesgos de Corrupci.n, Opacidad y Fraude.	Definici.n de los indicadores descriptivos y/o prospectiv os de los Riesgos de Corrupci.n, Opacidad y Fraude.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002	
Externa	Revisora Fiscal	RME8567E24 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SICOF 2024ES BRED NORTE ESE	A corte del 2024, se identific. que la entidad reali.: capacitaciones en materia de SICOFa sin embargo, no se evidenci. que dicha capacitaci.n fuera impartida a la Yunta Directiva.	Capacitaciones en materia de SICOF a los miembros de Yunta Directiva (https://krestoncolombiaf my.sharepoint.com/:x:/g/personal/juan_fg_kreston_co/Ef5 LM_MO_bNokHyAvF7tCRYBNmraVGIRYIGGMNRYFLE uYMcedbO4h84C	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002	

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8567E24 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SICOE 2024ES BRED NORTE ESE	Se identific. que la entidad no tiene establecido en su Manual SARLAFT/PADM/SICOE, como mnimo lo siguiente : i. Políticas sobre proteccin a las personas que informen sobre posibles casos de corrupcin, opacidad o fraude bajo el principio de buena fe frente a represalias. j. Políticas sobre confidencialidad de las personas que informen sobre posibles casos de corrupcin, opacidad o fraude y de la identidad de los denunciantes.	Definición de las políticas para la ejecución del SICOE.	Gestión Estratégica	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8567E24 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SICOE 2024ES BRED NORTE ESE	Al corte del 2024, se identific. que la entidad cuenta con la oficina de control interno, la cual, ha desarrollado y presentado un informe de seguimiento al SARLAFT/PADM/SICOE. Sin embargo, en revisión del Plan Anual de Auditoras 2024 publicado en la página Web de la entidad, no se evidencia la programación de las auditoras en materia SICOE.	Formular, aprobación y publicación del plan anual de auditora 2024 que incluya informes sobre SARLAFT/PADM/SICOE	Gestión Estratégica	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8567E24 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SICOE 2024ES BRED NORTE ESE	Al corte del 2024, se identific. que la entidad cuenta con la oficina de control interno, la cual, ha desarrollado y presentado un informe de seguimiento al SARLAFT/PADM/SICOE. Sin embargo, en revisión del Plan Anual de Auditoras 2024 publicado en la página Web de la entidad, no se evidencia la programación de las auditoras en materia SICOE.	Realizar informe de seguimiento a la implementación SARLAFT/PADM/SICOE de la entidad	Gestión Estratégica	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8567E24 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SICOE 2024ES BRED NORTE ESE	Al corte del 2024, se identific. que la entidad cuenta con la oficina de control interno, la cual, ha desarrollado y presentado un informe de seguimiento al SARLAFT/PADM/SICOE. Sin embargo, en revisión del Plan Anual de Auditoras 2024 publicado en la página Web de la entidad, no se evidencia la programación de las auditoras en materia SICOE.	Generar recomendaciones del resultado.	Gestión Estratégica	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8567E24 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SICOE 2024ES BRED NORTE ESE	Al corte del 2024, se identific. que la entidad cuenta con la oficina de control interno, la cual, ha desarrollado y presentado un informe de seguimiento al SARLAFT/PADM/SICOE. Sin embargo, en revisión del Plan Anual de Auditoras 2024 publicado en la página Web de la entidad, no se evidencia la programación de las auditoras en materia SICOE.	Realizar informe de seguimiento a las recomendaciones generadas en la siguiente vigencia	Gestión Estratégica	Cumplida	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>En el clausulado del convenio se menciona que los aportes de la Subred ascienden a \$215.601.584, correspondientes a apoyo administrativo, humano y tGcnico para el desarrollo del proyecto, durante la auditora se identific . lo siguiente:</p> <p>a. Certificaciones de ejecuci.n</p> <p>Fueron suministrados (88C certificados de gastos de estructura por valor de \$185.488.587, identificando las siguientes situaciones:</p> <p>Reporte de ejecuci.n Financiero</p> <p>Inmerso en el reporte ejecuci.n financiera, se menciona que los aportes de la subred mensual y acumulados ascienden a \$168.016.111. Sin embargo, de este reporte se presenta ausencia de certificados por valor de \$82.662.5742, correspondientes al periodo comprendido entre el 01 de mar:o al 80 de noviembre de 2024.</p> <p>Detalle desagregado (Gasto administrativoC</p> <p>Las certificaciones suministradas, no presentan detalle desagregado de los funcionarios que por parte de la Subred Norte participan en la ejecuci.n de dicho convenio toda ve: que el reconocimiento contable de sus salarios no se encuendidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables,</p>	Expedir desde el Grea de costos, las certificaciones de gastos administrativos discriminado por convenio.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Al corte de diciembre de 2024, los crGditos judiciales ascienden a \$12.484.565.770, correspondientes a sentencias ejecutoriadas. Durante los procesos de revisi.n, se verific. que apesar de reconocer los intereses y la indexaci.n, estos no han sido actuali:ados a la vigencia 2024	IDENTIFICAR CANTAS SENTENCIAS Y DICIALES EYEC TORIADAS Y RECONOCIDAS EN LOS ESTADOS FINANCIEROS TIENEN RECONOCIDOS S S INTERESES MORATORIOS	Gesti.n Yurdica	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Al corte de diciembre de 2024, los crGditos judiciales ascienden a \$12.484.565.770, correspondientes a sentencias ejecutoriadas. Durante los procesos de revisi.n, se verific. que apesar de reconocer los intereses y la indexaci.n, estos no han sido actuali:ados a la vigencia 2024	IDENTIFICAR A M E CORTE SE ENC ENTRAN LIM IDADOS LOS INTERESES MORATORIOS RECONOCIDOS EN LOS ESTADOS FINANCIEROS	Gesti.n Yurdica	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Al corte de diciembre de 2024, los crGditos judiciales ascienden a \$12.484.565.770, correspondientes a sentencias ejecutoriadas. Durante los procesos de revisi.n, se verific. que apesar de reconocer los intereses y la indexaci.n, estos no han sido actuali:ados a la vigencia 2024	VERIFICAR EL IMPACTO EN LA RAJONABILIDAD DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DEL RECONOCIMIENTO DE LOS INTERESES MORATORIOS	Gesti.n Yurdica	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	En el balance por terceros a corte de diciembre de 2024, la identificaci.n No.41678502, asociada en el sistema contable a Martha Bernal con un saldo de \$416.511.517 (Rubro: 1120C, no coincide con la informaci.n reportada en el sistema SiprojWeb y en la matri: de procesos remitida por la entidad, donde dicha identificaci.n corresponde a Pedro Nieto Rivera.	Realii:ar actuali:aci.n de informaci.n registrada de los procesos judiciales en el aplicativo Sirpoj Web con informaci.n verificada.	Gesti.n Yurdica	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Revisando las operaci. nes del archivo Extracontable CONCILIACION ACTIVOS FIYOS DIC 24 RF se identificaron errores aritmeticos en la columna Total Saldo (Activos Fijos subcuenta de activos (5C, ya que el saldo registrado es de 500.150.188.082, mientras que la conciliaci. n reflej a un saldo de 284.505.620.148	Identificar la diferencia y hacer los ajustes de manera inmediata	Gesti. n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol. gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Durante la auditora, se suministr. el extracto del fondo de la Administradora de Fondos de Protecci. n, cuyo valor asciende a \$407.088.418. Adem6s, se obtuvo evidencia documentada sobre el traslado de recursos reali:ado el 80 de diciembre por un valor de \$4.050.000.000 (partida conciliatoriaC, resultando en un total de \$4.457.088.418. Al cotejar este monto con el rubro 110202001 Cesantas Retroactivas, que asciende a \$4.648.088.488, se presenta una diferencia de \$111.000.000. La administraci. n se-ala en su conciliaci. n (Movimiento de CesantasC que esta diferencia corresponde a la transferencia de recursos reali:ada al fondo en el mes noviembre. Sin embargo, dicho valor no se evidencia en dicho periodo. Por otra parte, al verificar el rubro 251204 (Cesantas RetroactivasC que a diciembre asciende un valor de \$28.221.162.615, generando as una diferencia de \$18.578.071.212. Sobre dicha diferencia la administraci. n manifiesta que se encuentra en proceso de gesti. n de los recursos correspondiente para soportar WWWXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Recibir y revisar el extracto del Fondo de cesantas y la conciliaci. n entre contabilidad y talento humano.	Gesti. n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Durante la auditora, se suministr. el extracto del fondo de la Administradora de Fondos de Protecci. n, cuyo valor asciende a \$407.088.418. Adem6s, se obtuvo evidencia documentada sobre el traslado de recursos reali:ado el 80 de diciembre por un valor de \$4.050.000.000 (partida conciliatoriaC, resultando en un total de \$4.457.088.418. Al cotejar este monto con el rubro 110202001 Cesantas Retroactivas, que asciende a \$4.648.088.488, se presenta una diferencia de \$111.000.000. La administraci. n se-ala en su conciliaci. n (Movimiento de CesantasC que esta diferencia corresponde a la transferencia de recursos reali:ada al fondo en el mes noviembre. Sin embargo, dicho valor no se evidencia en dicho periodo. Por otra parte, al verificar el rubro 251204 (Cesantas RetroactivasC que a diciembre asciende un valor de \$28.221.162.615, generando as una diferencia de \$18.578.071.212. Sobre dicha diferencia la administraci. n manifiesta que se encuentra en proceso de gesti. n de los recursos correspondiente para soportar idad del Paciente	Identificar la partida de \$111.000.000 confrontada con los movimientos contables.	Gesti. n del Talento Humano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>Durante la auditora, se suministr. el extracto del fondo de la Administradora de Fondos de Protecci.n, cuyo valor asciende a \$407.088.418. Adem6s, se obtuvo evidencia documentada sobre el traslado de recursos reali:ado el 80 de diciembre por un valor de \$4.050.000.000 (partida conciliatoriaC, resultando en un total de \$4.457.088.418.Al cotejar este monto con el rubro 110202001 Cesantas Retroactivas, que asciende a \$4.648.088.488, se presenta una diferencia de \$111.000.000.</p> <p>La administraci.n se-ala en su conciliaci.n (Movimiento de CesantasC que esta diferencia corresponde a la transferencia de recursos reali:ada al fondo en el mes noviembre.</p> <p>Sin embargo, dicho valor no se evidencia en dicho periodo. Por otra parte, al verificar el rubro 251204 (Cesantas RetroactivasC que a diciembre asciende un valor de \$28.221.162.615, generando as una diferencia de \$18.578.071.212. Sobre dicha diferencia la administraci. n manifiesta que se encuentra en proceso de gesti.n de los recursos correspondiente para soportar idad del Paciente</p>	Consolidar y remitir los reportes y soportes a financiera de la conciliaci.n e informar las partidas a financier a.	Gesti.n del Talento Humano	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>Durante la auditora, se suministr. el extracto del fondo de la Administradora de Fondos de Protecci.n, cuyo valor asciende a \$407.088.418. Adem6s, se obtuvo evidencia documentada sobre el traslado de recursos reali:ado el 80 de diciembre por un valor de \$4.050.000.000 (partida conciliatoriaC, resultando en un total de \$4.457.088.418.Al cotejar este monto con el rubro 110202001 Cesantas Retroactivas, que asciende a \$4.648.088.488, se presenta una diferencia de \$111.000.000.</p> <p>La administraci.n se-ala en su conciliaci.n (Movimiento de CesantasC que esta diferencia corresponde a la transferencia de recursos reali:ada al fondo en el mes noviembre.</p> <p>Sin embargo, dicho valor no se evidencia en dicho periodo. Por otra parte, al verificar el rubro 251204 (Cesantas RetroactivasC que a diciembre asciende un valor de \$28.221.162.615, generando as una diferencia de \$18.578.071.212. Sobre dicha diferencia la administraci. n manifiesta que se encuentra en proceso de gesti.n de los recursos correspondiente para soportar</p> <p>WWWWWW</p>	Dar continuidad al reporte del saldo de las cesantas retroactivas a financiera para el respectivo tr6mite.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>Durante la ejecuci.n de nuestros procedimientos de auditora, se identifica que la entidad no reali:a sus registros contables por centro de costos o de manera individuali:adaA con relaci.n a los contratos que implican ejecuci.n de recursos p6blicos. Lo anterior, de conformidad con lo descrito en el artculo 50 O Contabilidad y Transparencia, de la Ley 2115 de 2022.</p>	Visitas a las sedes administrativas y asistenciales de la Subred para validaci.n de servicios.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Durante la ejecuci.n de nuestros procedimientos de auditora, se identifica que la entidad no reali:a sus registros contables por centro de costos o de manera individuali:adaA con relaci.n a los contratos que implican ejecuci.n de recursos pHBlicos. Lo anterior, de conformidad con lo descrito en el articulo 50 O Contabilidad y Transparencia, de la Ley 2115 de 2022.	Revisi.n y ajuste de la parametri:aci.n del sistema en lo referente a servicios IPS.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Durante la ejecuci.n de nuestros procedimientos de auditora, se identifica que la entidad no reali:a sus registros contables por centro de costos o de manera individuali:adaA con relaci.n a los contratos que implican ejecuci.n de recursos pHBlicos. Lo anterior, de conformidad con lo descrito en el articulo 50 O Contabilidad y Transparencia, de la Ley 2115 de 2022.	Sociali:aci.n y capacitaci.n de la Resoluci.n DCC000001 a las diferentes 6reas y direccones de la instituci.n .	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Durante la ejecuci.n de nuestros procedimientos de auditora, se identifica que la entidad no reali:a sus registros contables por centro de costos o de manera individuali:adaA con relaci.n a los contratos que implican ejecuci.n de recursos pHBlicos. Lo anterior, de conformidad con lo descrito en el articulo 50 O Contabilidad y Transparencia, de la Ley 2115 de 2022.	Sociali:aci.n y capacitaci.n del formato de Distribuci.n correspondiente a la entrega mensual por cada uno de los supervisores a cargo de contrato de bienes y servicios.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Durante la ejecuci.n de nuestros procedimientos de auditora, se identifica que la entidad no reali:a sus registros contables por centro de costos o de manera individuali:adaA con relaci.n a los contratos que implican ejecuci.n de recursos pHBlicos. Lo anterior, de conformidad con lo descrito en el articulo 50 O Contabilidad y Transparencia, de la Ley 2115 de 2022.	Comunicaci.n con las areas responsables de la informaci.n mediante correos electronicos para validar la correcta acumulaci.n de centros de costos	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	Durante la auditoria fueron solicitados los tres Hltimos comprobantes de la vigencia 2024 y los tres primeros de la vigencia 2025 notas crGdito, notas dGbito, facturas, comprobantes de egreso, recibos de caja identificando las siguientes situaciones: A. Saltos en consecutivos de las notas crGdito 1524, 1551, 1560, 1588, 1588, 1510 B. Faltantes de los comprobantes en nota crGdito (1524, 1551, 1560, 1588, 1588, 1510C, facturas (SN808180, SN808181, SN808182, SN808188, SN808184, SN808185C, comprobantes de egreso (140652C, recibos de caja (208811, 208820, 208821, 208822, 208828, 208824C C. Ausencia de informaci.n Comprobante contable extrado de din6mica contable gerencial y el excel suministrado para las notas crGdito (1588, 1588, 1510C, notas dGbito (1575, 1576, 1577C, facturas (SN808188, SN808184, SN808185C, comprobantes de egreso (140658, 140654, 140655C, recibos de caja (208822, 208828, 208824C	Verificar en el reporte de notas, recibos de caja, facturas y comprobantes de egreso del sistema de informaci.n el consecutivo de documentos, dado que el sistema es quien garanti:a la integralidad del mismo.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE**  
**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>Durante la auditoria fueron solicitados los tres Hltimos comprobantes de la vigencia 2024 y los tres primeros de la vigencia 2025 notas crGdito, notas dGbito, facturas, comprobantes de egreso, recibos de caja identificando las siguientes situaciones:</p> <p>A. Saltos en consecutivos de las notas crGdito 1524, 1551, 1560, 1588, 1588, 1510</p> <p>B. Faltantes de los comprobantes en nota crGdito (1524, 1551, 1560, 1588, 1588, 1510C, facturas (SN808180, SN808181, SN808182, SN808188, SN808184, SN808185C, comprobantes de egreso (140652C, recibos de caja (208811, 208820, 208821, 208822, 208828, 208824C</p> <p>C. Ausencia de informaci.n Comprobante contable extrado de din6mica contable gerencial y el excel suministrado para las notas crGdito (1588, 1588, 1510C, notas dGbito (1575, 1576, 1577C, facturas (SN808188, SN808184, SN808185C, comprobantes de egreso (140658, 140654, 140655C, recibos de caja (208822, 208828, 208824C</p>	Verificar que los consecutivos que lleguen a saltar tengan una justificaci.n debida (anulaci.n, registrado u confirmaci.nC	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>Durante la auditoria fueron solicitados los tres Hltimos comprobantes de la vigencia 2024 y los tres primeros de la vigencia 2025 notas crGdito, notas dGbito, facturas, comprobantes de egreso, recibos de caja identificando las siguientes situaciones:</p> <p>A. Saltos en consecutivos de las notas crGdito 1524, 1551, 1560, 1588, 1588, 1510</p> <p>B. Faltantes de los comprobantes en nota crGdito (1524, 1551, 1560, 1588, 1588, 1510C, facturas (SN808180, SN808181, SN808182, SN808188, SN808184, SN808185C, comprobantes de egreso (140652C, recibos de caja (208811, 208820, 208821, 208822, 208828, 208824C</p> <p>C. Ausencia de informaci.n Comprobante contable extrado de din6mica contable gerencial y el excel suministrado para las notas crGdito (1588, 1588, 1510C, notas dGbito (1575, 1576, 1577C, facturas (SN808188, SN808184, SN808185C, comprobantes de egreso (140658, 140654, 140655C, recibos de caja (208822, 208828, 208824C</p>	Conciliaci.n Contabilidad de forma mensual facturaci.nE cartera y tesoea	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>Durante la auditoria fueron solicitados los tres Hltimos comprobantes de la vigencia 2024 y los tres primeros de la vigencia 2025 notas crGdito, notas dGbito, facturas, comprobantes de egreso, recibos de caja identificando las siguientes situaciones:</p> <p>A. Saltos en consecutivos de las notas crGdito 1524, 1551, 1560, 1588, 1588, 1510</p> <p>B. Faltantes de los comprobantes en nota crGdito (1524, 1551, 1560, 1588, 1588, 1510C, facturas (SN808180, SN808181, SN808182, SN808188, SN808184, SN808185C, comprobantes de egreso (140652C, recibos de caja (208811, 208820, 208821, 208822, 208828, 208824C</p> <p>C. Ausencia de informaci.n</p> <p>Comprobante contable extrado de din6mica contable gerencial y el excel suministrado para las notas crGdito (1588, 1588, 1510C, notas dGbito (1575, 1576, 1577C, facturas (SN808188, SN808184, SN808185C, comprobantes de egreso (140658, 140654, 140655C, recibos de caja (208822, 208828, 208824C</p>	Verificar en el reporte de notas, recibos de caja, facturas y comprobantes de egreso del sistema de informaci.n el consecutivo de documentos, dado que el sistema es quien garanti:a la integralidad del mismo.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>A corte de octubre de 2024, los ingresos abiertos ascienden a \$8.717.257.118, correspondiente a ingresos por cerrar y pacientes hospitali:ados, durante la auditora fue indagado el reconocimiento contable de dichas partidas, informando lo siguiente:</p> <p>Los registros de cargos abiertos no se encontraban debidamente facturados, igualmente, al revisar los auxiliares contables se observa que reali:aban en cada periodo mensual el registro de un valor de ingresos abiertos, los cuales no estaban debidamente facturados para registrar en la cuenta facturaci.n pendiente por radicar contra ingresos venta de servicios de salud.</p> <p>Los cargos o ingresos abiertos no se encuentran valori:ados y se desconoce la metodologia utili:ada para este registro contable.</p> <p>Se recomienda a la administraci.n implementar controles efectivos que permitan la correcta valori:aci.n y registro de estos ingresos, acompa-ados de una metodologia definida y la facturaci.n correspondiente, garanti:ando a s la ra:onabilidad y confiabilidad de los saldos ridad del Paciente, como lo establece</p>	Fortalecer en las reuniones con los apoyos de cada unidad para el seguimiento del informe de ingresos pendientes por facturar dejando actas y compromisos.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>A corte de octubre de 2024, los ingresos abiertos ascienden a \$8.717.257.118, correspondiente a ingresos por cerrar y pacientes hospitali:ados, durante la auditora fue indagado el reconocimiento contable de dichas partidas, informando lo siguiente:</p> <p>Los registros de cargos abiertos no se encontraban debidamente facturados, igualmente, al revisar los auxiliares contables se observa que reali:aban en cada periodo mensual el registro de un valor de ingresos abiertos, los cuales no estaban debidamente facturados para registrar en la cuenta facturaci.n pendiente por radicar contra ingresos venta de servicios de salud.</p> <p>Los cargos o ingresos abiertos no se encuentran valori:ados y se desconoce la metodologa utili:ada para este registro contable.</p> <p>Se recomienda a la administraci.n implementar controles efectivos que permitan la correcta valori:aci.n y registro de estos ingresos, acompa-ados de una metodologa definida y la facturaci.n correspondiente, garanti:ando a s la ra:onabilidad y confiabilidad de los saldos ridad del Paciente, como lo establece</p>	Continuar con el envio del informe de los ingresos abiertos pendientes por facturas por medio de correo electr.nica con su detallado y ser6 compartido por el grupo de Shpsapp creado para tal fin con los apoyos de las unidades de sim.n bolvar, Engativ6, suba y chapinero para el fortalecimiento del seguimiento con los facturadores.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1068E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA	<p>A corte de octubre de 2024, los ingresos abiertos ascienden a \$8.717.257.118, correspondiente a ingresos por cerrar y pacientes hospitali:ados, durante la auditora fue indagado el reconocimiento contable de dichas partidas, informando lo siguiente:</p> <p>Los registros de cargos abiertos no se encontraban debidamente facturados, igualmente, al revisar los auxiliares contables se observa que reali:aban en cada periodo mensual el registro de un valor de ingresos abiertos, los cuales no estaban debidamente facturados para registrar en la cuenta facturaci.n pendiente por radicar contra ingresos venta de servicios de salud.</p> <p>Los cargos o ingresos abiertos no se encuentran valori:ados y se desconoce la metodologa utili:ada para este registro contable.</p> <p>Se recomienda a la administraci.n implementar controles efectivos que permitan la correcta valori:aci.n y registro de estos ingresos, acompa-ados de una metodologa definida y la facturaci.n correspondiente, garanti:ando a s la ra:onabilidad y confiabilidad de los saldos ridad del Paciente, como lo establece</p>	Seguir notificando y compartiendo desde las unidades de la subred sim.n bolvar, Engativ6, suba y chapinero por medio de correo electr.nica y grupo de Shpsapp a los facturadores el listado de los ingresos abiertos pendiente por cerrar para el cierre de cada periodo.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002





**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8854E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTION HOSPITALARIA 2025	En el desarrollo de la auditora, con el fin de evaluar el Instructivo Lineamientos de atenci.n domiciliaria con c.digo MIESCEIE128 versi.n 5 del 04 de mayo del 2022, se reali.: una prueba al Formato encuesta de satisfacci.n programa de atenci.n domiciliaria c.digo MIESCEFE801, mediante una muestra de treinta (80C pacientes de un total de ciento treinta y cinco (185C, que equivale al 222 de la poblaci.n, para la cual, no se evidenci. el cumplimiento de la aplicaci.n de la encuesta en el formato establecido.	Reinducci.n al equipo de trabajo en lo referente a los formatos institucionales que se encuentran en ALMERA para el subproceso de atenci.n domiciliaria Formato encuesta de satisfacci.n programa de atenci.n domiciliaria c.digo MIESCEFE801	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8854E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTION HOSPITALARIA 2025	En el desarrollo de la auditora, con el fin de evaluar el Instructivo Lineamientos de atenci.n domiciliaria con c.digo MIESCEIE128 versi.n 5 del 04 de mayo del 2022, se reali.: una prueba al Formato encuesta de satisfacci.n programa de atenci.n domiciliaria c.digo MIESCEFE801, mediante una muestra de treinta (80C pacientes de un total de ciento treinta y cinco (185C, que equivale al 222 de la poblaci.n, para la cual, no se evidenci. el cumplimiento de la aplicaci.n de la encuesta en el formato establecido.	Garanti:ar el completo diligenciamiento del formato de satisfaccion programa atencion domiciliaria c.digo MIESCEFE801	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8854E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTION HOSPITALARIA 2025	En el desarrollo de la auditora, con el fin de evaluar el Instructivo Lineamientos de atenci.n domiciliaria con c.digo MIESCEIE128 versi.n 5 del 04 de mayo del 2022, se reali.: una prueba al Formato encuesta de satisfacci.n programa de atenci.n domiciliaria c.digo MIESCEFE801, mediante una muestra de treinta (80C pacientes de un total de ciento treinta y cinco (185C, que equivale al 222 de la poblaci.n, para la cual, no se evidenci. el cumplimiento de la aplicaci.n de la encuesta en el formato establecido.	Realiz:ar lista de chequeo de verificaci.n de correcto diligenciamiento del formato de c.digo MIESCEFE801	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8854E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTION HOSPITALARIA 2025	En el desarrollo de la auditora, con el fin de evaluar el Instructivo Lineamientos de atenci.n domiciliaria con c.digo MIESCEIE128 versi.n 5 del 04 de mayo del 2022, se reali.: una prueba al Formato encuesta de satisfacci.n programa de atenci.n domiciliaria c.digo MIESCEFE801, mediante una muestra de treinta (80C pacientes de un total de ciento treinta y cinco (185C, que equivale al 222 de la poblaci.n, para la cual, no se evidenci. el cumplimiento de la aplicaci.n de la encuesta en el formato establecido.	Retroalimentar desviaciones	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8854E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTION HOSPITALARIA 2025	En seguimiento al Procedimiento Normaliz:aci.n Documental c.digo ESEGCEPE04 versi.n 5, se evalu. que los documentos del proceso de Gesti.n Hospitalaria estGn actualiz:ados mnimo cada tres (8C a-os, de los cuales, se evidenci. que doscientos cuatro (204C documentos de los cuatro (4C subprocesos se encuentran desactualiz:ados. Se evidenci. que los documentos se encuentran en proceso de revisi.n, actualiz:aci.n y si el caso retiro de la plataforma de Almera.	Establecer un cronograma institucional consolidado para la revisi.n y actualiz:aci.n documental de los subprocesos de Gesti.n Hospitalaria, asignando responsables especificos por cada grupo documental y definiendo pla:os realistas que permitan mantener la vigencia normativa.	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8854E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTIN HOSPITALARIA 2025	En seguimiento al Procedimiento Normal:aci.n Documental c.digo ESEGCEPE04 versi.n 5, se evalu. que los documentos del proceso de Gest.i.n Hospitalaria estGn actuali:ados mnimo cada tres (8C a-os, de los cuales, se evidenci. que doscientos cuatro (204C documentos de los cuatro (4C subprocesos se encuentran desactuali:ados. Se evidenci. que los documentos se encuentran en proceso de revisi.n, actuali:aci.n y si el caso retiro de la plataforma de Almera.	Divulgar a los referentes tGcnicos y lderes de unidad, desde la Direcci.n Hospitalaria, el listado de documentos pendientes por actuali:ar, con el fin de promover su revisi.n oportuna y garanti:ar la vigencia y estandari:aci.n de los procesos.	Gesti.n Hospitalaria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8854E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTIN HOSPITALARIA 2025	En seguimiento al Procedimiento Normal:aci.n Documental c.digo ESEGCEPE04 versi.n 5, se evalu. que los documentos del proceso de Gest.i.n Hospitalaria estGn actuali:ados mnimo cada tres (8C a-os, de los cuales, se evidenci. que doscientos cuatro (204C documentos de los cuatro (4C subprocesos se encuentran desactuali:ados. Se evidenci. que los documentos se encuentran en proceso de revisi.n, actuali:aci.n y si el caso retiro de la plataforma de Almera.	Realizar seguimientos mensuales al cumplimiento del cronograma de actuali:aci.n, mediante reportes de avance y revisi.n aleatoria de documentos para validar su pertinencia, contenido actuali:ado y correcta publi caci.n.	Gesti.n Hospitalaria	ATRASADA	122
Externa	Revisora Fiscal	RME8854E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTIN HOSPITALARIA 2025	En seguimiento al Procedimiento Normal:aci.n Documental c.digo ESEGCEPE04 versi.n 5, se evalu. que los documentos del proceso de Gest.i.n Hospitalaria estGn actuali:ados mnimo cada tres (8C a-os, de los cuales, se evidenci. que doscientos cuatro (204C documentos de los cuatro (4C subprocesos se encuentran desactuali:ados. Se evidenci. que los documentos se encuentran en proceso de revisi.n, actuali:aci.n y si el caso retiro de la plataforma de Almera.	Fortalecer las buenas prÁcticas identificadas en los subprocesos con mayor cumplimiento, promoviendo su replicabilidad en los dem6s equipos de trabajo.	Gesti.n Hospitalaria	ATRASADA	122
Externa	Revisora Fiscal	RME1048E25 A DITORIA DE GESTIN AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA 2024ES BREDNORTE	Se efectu. la revisi.n del indicador PPorcentaje de cumplimiento de planes de trabajo de los proyectos de infraestructura en ejecuci.nX dentro del aplicativo Almer a, en el cual se identific. que tiene una frecuencia trimestral , cuenta con sus respectivos soportes y an6lisis, sin embargo, se evidenci. un resultado por debajo de la meta establecida del 1002 para el tercer y cuarto trimestre del 2024.	Actuali:ar los Planes de Acci.n de los proyectos de infraestructura y dotaci.n de acuerdo con el cambio de vigencia.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1048E25 A DITORIA DE GESTIN AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA 2024ES BREDNORTE	Se efectu. la revisi.n del indicador PPorcentaje de cumplimiento de planes de trabajo de los proyectos de infraestructura en ejecuci.nX dentro del aplicativo Almer a, en el cual se identific. que tiene una frecuencia trimestral , cuenta con sus respectivos soportes y an6lisis, sin embargo, se evidenci. un resultado por debajo de la meta establecida del 1002 para el tercer y cuarto trimestre del 2024.	Formular herramienta de seguimiento a los Planes de Acci.n de los proyectos de infraestructura y dotaci.n de la vigencia.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME1048E25 A DITORIA DE GESTIN AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA 2024ES BREDNORTE	Se efectu. la revisi.n del indicador PPorcentaje de cumplimiento de planes de trabajo de los proyectos de infraestructura en ejecuci.nX dentro del aplicativo Almer a, en el cual se identific. que tiene una frecuencia trimestral , cuenta con sus respectivos soportes y an6lisis, sin embargo, se evidenci. un resultado por debajo de la meta establecida del 1002 para el tercer y cuarto trimestre del 2024.	Realizar seguimiento a los Planes de Acci.n de los proyectos de infraestructura y dotaci.n.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME1048E25 A DITORIA DE GESTIN AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA 2024ES BREDNORTE	Se efectu. la revisi.n del indicador PPorcentaje de cumplimiento de planes de trabajo de los proyectos de infraestructura en ejecuci.nX dentro del aplicativo Almer a, en el cual se identific. que tiene una frecuencia trimestral , cuenta con sus respectivos soportes y an6lisis, sin embargo, se evidenci. un resultado por debajo de la meta establecida del 1002 para el tercer y cuarto trimestre del 2024.	Elaborar informe trimestral del resultado de los seguimientos a los Planes de Acci.n de los proyectos de infraestructura y dotaci.n.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO2415E25 A DITORIA EN SAL D E NIDAD DE ATENCIN EMA S.	Los servicio de consulta externa funciona en el segundo piso de la nidad y verificando sus instalaciones se evidencio lo siguiente: ELas escaleras de acceso al servicio no son de material antidesli:ante y no brindan seguridad a los pacient es. EEI 6rea no cuenta con protecci.n al espacio abierto que garantice seguridad a menores y adultos que asisten al servicio. EEI consultorio verificado presenta techo del ba-o en mal estado. ELos pisos no son de superficie lisa y continua como lo establece la norma. ELos ba-os no cuentan con las especificaciones requeridas. EDurante el recorrido, se evidenci. que los servicios de la sede EmaHs presentan deficiencias generali:adas en su infraestructura fsica y no cumple con lo que establece la Resoluci.n 8100 de 2011 en su est6ndar de infraestr uctura.	Realiz:ar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identifi car el alcance de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO2415E25 A DITORIA EN SAL D E NIDAD DE ATENCIN EMA S.	Los servicio de consulta externa funciona en el segundo piso de la nidad y verificando sus instalaciones se evidencio lo siguiente: ELas escaleras de acceso al servicio no son de material antidesli:ante y no brindan seguridad a los pacient es. EEI 6rea no cuenta con protecci.n al espacio abierto que garantice seguridad a menores y adultos que asisten al servicio. EEI consultorio verificado presenta techo del ba-o en mal estado. ELos pisos no son de superficie lisa y continua como lo establece la norma. ELos ba-os no cuentan con las especificaciones requeridas. EDurante el recorrido, se evidenci. que los servicios de la sede EmaHs presentan deficiencias generali:adas en su infraestructura fsica y no cumple con lo que establece la Resoluci.n 8100 de 2011 en su est6ndar de infraestr uctura.	Realiz:ar programaci.n de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO2415E25 A DITORIA EN SAL D E NIDAD DE ATENCIN EMA S.	<p>Los servicio de consulta externa funciona en el segundo piso de la nidad y verificando sus instalaciones se evidencio lo siguiente:</p> <p>Elas escaleras de acceso al servicio no son de material antidesli:ante y no brindan seguridad a los pacient es.</p> <p>EEl 6rea no cuenta con protecci.n al espacio abierto que garantice seguridad a menores y adultos que asisten al servicio.</p> <p>EEl consultorio verificado presenta techo del ba-o en mal estado.</p> <p>ELos pisos no son de superficie lisa y continua como lo establece la norma.</p> <p>ELos ba-os no cuentan con las especificaciones requeridas.</p> <p>EDurante el recorrido, se evidenci. que los servicios de la sede EmaHs presentan deficiencias generali:adas en su infraestructura fsica y no cumple con lo que establece la Resoluci.n 8100 de 2011 en su estóndar de infraestr ectura.</p>	Ejecutar las actividades de mantenimiento	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO2415E25 A DITORIA EN SAL D E NIDAD DE ATENCIN EMA S.	<p>Los servicio de consulta externa funciona en el segundo piso de la nidad y verificando sus instalaciones se evidencio lo siguiente:</p> <p>Elas escaleras de acceso al servicio no son de material antidesli:ante y no brindan seguridad a los pacient es.</p> <p>EEl 6rea no cuenta con protecci.n al espacio abierto que garantice seguridad a menores y adultos que asisten al servicio.</p> <p>EEl consultorio verificado presenta techo del ba-o en mal estado.</p> <p>ELos pisos no son de superficie lisa y continua como lo establece la norma.</p> <p>ELos ba-os no cuentan con las especificaciones requeridas.</p> <p>EDurante el recorrido, se evidenci. que los servicios de la sede EmaHs presentan deficiencias generali:adas en su infraestructura fsica y no cumple con lo que establece la Resoluci.n 8100 de 2011 en su estóndar de infraestr ectura.</p>	Realizar verificaci.n de las actividades entregadas e indentificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO2415E25 A DITORIA EN SAL D E NIDAD DE ATENCIN EMA S.	<p>En la nidad de Atenci.n de EmaHs se evidenci. la exhibici.n de 24 distintivos visibles al pHblico, algunos d e los cuales hacen referencia a acciones de Promoci.n y Prevenci.n contempladas en la Resoluci.n 2008 de 2014, actualmente derogada por la Resoluci.n 8100 de 2011. Cabe resaltar que los distintivos que se encuentren publicados deben estar en concordancia con los servicios habilitados, los cuales, segHn registro, corresponden a un total de 11 servicios.</p> <p>Adicionalmente, se observ. que varios de estos distintivos se encuentran en mal estado, con signos visibles de deterioro, humedad y desgaste, situaci.n que afecta la presentaci.n institucional y puede generar desinformaci.n en los usuarios sobre los servicios realmente habilitados.</p>	Realizar la actuali:aci.n de los distintivos	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8288E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCION ALAMOS	Durante el recorrido a la sede se evidenci.  E rea de preparaci.n de insumos de aseo sin ilumina ci.n. ECuarto de residuos no peligrosos sin iluminaci.n. EPresencia de escombros acumulados en un rinc.n de la sede, constituyendo un foco de vectores y posible criadero de insectos	Realizar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identi car el alcance de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8288E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCION ALAMOS	Durante el recorrido a la sede se evidenci.  E rea de preparaci.n de insumos de aseo sin ilumina ci.n. ECuarto de residuos no peligrosos sin iluminaci.n. EPresencia de escombros acumulados en un rinc.n de la sede, constituyendo un foco de vectores y posible criadero de insectos	Realizar programaci.n de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8288E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCION ALAMOS	Durante el recorrido a la sede se evidenci.  E rea de preparaci.n de insumos de aseo sin ilumina ci.n. ECuarto de residuos no peligrosos sin iluminaci.n. EPresencia de escombros acumulados en un rinc.n de la sede, constituyendo un foco de vectores y posible criadero de insectos	Verificar la ejecuci.n de las actividades de mantenimiento programadas	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8288E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCION ALAMOS	Durante el recorrido a la sede se evidenci.  E rea de preparaci.n de insumos de aseo sin ilumina ci.n. ECuarto de residuos no peligrosos sin iluminaci.n. EPresencia de escombros acumulados en un rinc.n de la sede, constituyendo un foco de vectores y posible criadero de insectos	Realizar verificaci.n de las actividades entregadas e identificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8810E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E SS LAMOS	Se evidenci. que el consultorio destinado para la toma de muestras de cuello uterino y ginecol.gicas cuenta con mobiliario (mesa de mayoC con signos de .xido y deterioro.	Realizar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identi car el alcance de la actividad	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8810E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E SS LAMOS	Se evidenci. que el consultorio destinado para la toma de muestras de cuello uterino y ginecol.gicas cuenta con mobiliario (mesa de mayoC con signos de .xido y deterioro.	Retirar mesa de mayo del servicio para su mantenimiento correctivo	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8810E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E SS LAMOS	Se evidenci. que el consultorio destinado para la toma de muestras de cuello uterino y ginecol.gicas cuenta con mobiliario (mesa de mayoC con signos de .xido y deterioro.	Verificar estado actual y reali:ar mantenimiento correctivo de la mesa de mayo	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	102
Externa	Revisora Fiscal	RMO8810E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E SS LAMOS	Se evidenci. que el consultorio destinado para la toma de muestras de cuello uterino y ginecol.gicas cuenta con mobiliario (mesa de mayoC con signos de .xido y deterioro.	Entregar en el servicio la mesa de mayo y verificacion del estado por parte del servicio	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8810E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E SS LAMOS	Se evidenci. que el consultorio destinado para la toma de muestras de cuello uterino y ginecol.gicas no cuenta con una divisi.n fija que separe el 6rea de entrevista del 6rea de valoraci.n o examen, lo cual compromete la privacidad y confidencialidad de la atenci.n.	Realiz:ar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identifi car el alcance de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8810E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E SS LAMOS	Se evidenci. que el consultorio destinado para la toma de muestras de cuello uterino y ginecol.gicas no cuenta con una divisi.n fija que separe el 6rea de entrevista del 6rea de valoraci.n o examen, lo cual compromete la privacidad y confidencialidad de la atenci.n.	Realiz:ar programaci.n de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8810E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E SS LAMOS	Se evidenci. que el consultorio destinado para la toma de muestras de cuello uterino y ginecol.gicas no cuenta con una divisi.n fija que separe el 6rea de entrevista del 6rea de valoraci.n o examen, lo cual compromete la privacidad y confidencialidad de la atenci.n.	Verificar la ejecuci.n de las actividades de manten imiento	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8810E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E SS LAMOS	Se evidenci. que el consultorio destinado para la toma de muestras de cuello uterino y ginecol.gicas no cuenta con una divisi.n fija que separe el 6rea de entrevista del 6rea de valoraci.n o examen, lo cual compromete la privacidad y confidencialidad de la atenci.n.	Realiz:ar verificaci.n de las actividades entregadas e identificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	En el kit para manejo de agente qumico, se registra la Hltima revisi.n con fecha del 5 de mayoA sin embargo, se evidenci. la presencia de unas tijeras con fecha de vencimiento de esterili:aci.n al 24 de mar:o de 2025. Por lo anterior, se recomienda fortalecer los controles sobre los procesos de revisi.n y seguimiento de insumos c rticos.	Socializ:ar halla:gos de no diligenciamiento de lista de chequeo del kit agente qumico.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	En el kit para manejo de agente qumico, se registra la Hltima revisi.n con fecha del 5 de mayoA sin embargo, se evidenci. la presencia de unas tijeras con fecha de vencimiento de esterili:aci.n al 24 de mar:o de 2025. Por lo anterior, se recomienda fortalecer los controles sobre los procesos de revisi.n y seguimiento de insumos c rticos.	Refor:ar el uso de la lista de chequeo en todas las 6reas con kits de agentes qumicos donde se registre cada insumo y firma (quien revisa y quien validaC.	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	En el kit para manejo de agente qumico, se registra la Hltima revisi.n con fecha del 5 de mayoA sin embargo, se evidenci. la presencia de unas tijeras con fecha de vencimiento de esterili:aci.n al 24 de mar:o de 2025. Por lo anterior, se recomienda fortalecer los controles sobre los procesos de revisi.n y seguimiento de insumos c rticos.	Verificar que el checklist estG diligenciado por tem y con firmas completas en revisiones aleatorias.	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	En el kit para manejo de agente qumico, se registra la Hltima revisi.n con fecha del 5 de mayoA sin embargo, se evidenci. la presencia de unas tijeras con fecha de vencimiento de esterili:aci.n al 24 de mar:o de 2025. Por lo anterior, se recomienda fortalecer los controles sobre los procesos de revisi.n y seguimiento de insumos c rticos.	Asignaci.n de responsables para la verificaci.n diaria del seguimiento.	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se evidenciaron dispositivos mGdicos pendientes en el carro de paro. EElectrodos multifunci.n: Relaciona (no hay existenciaC EHoja de laringoscopia Curva No 4: Relaciona (no hay existencia.C E ltima Acta de apertura de carro de paro de fecha 05 de mayo, no registra pendientes. EOmitir o definir cantidad de dispositivos mGdicos del formato del Carro de paro: Entre ellos: Hoja de laringoscopia Recta No 4 y Hoja de laringoscopia curva No 8	Planear la sociali:aci.n de los insumos requeridos en carro de paro	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se evidenciaron dispositivos mGdicos pendientes en el carro de paro. EElectrodos multifunci.n: Relaciona (no hay existenciaC EHoja de laringoscopia Curva No 4: Relaciona (no hay existencia.C E ltima Acta de apertura de carro de paro de fecha 05 de mayo, no registra pendientes. EOmitir o definir cantidad de dispositivos mGdicos del formato del Carro de paro: Entre ellos: Hoja de laringoscopia Recta No 4 y Hoja de laringoscopia curva No 8	Sociali:ar el formato del carro de paro, definiendo cantidades mnimas requeridas de cada dispositivo (incluyendo electrodos y hojas de laringoscopia recta y curvaC.	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se evidenciaron dispositivos mGdicos pendientes en el carro de paro. EElectrodos multifunci.n: Relaciona (no hay existenciaC EHoja de laringoscopia Curva No 4: Relaciona (no hay existencia.C E ltima Acta de apertura de carro de paro de fecha 05 de mayo, no registra pendientes. EOmitir o definir cantidad de dispositivos mGdicos del formato del Carro de paro: Entre ellos: Hoja de laringoscopia Recta No 4 y Hoja de laringoscopia curva No 8	Verificar el registro de faltantes en el formato y verificar la reposici.n de los dispositivos faltantes en el carr o de paro.	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se evidenciaron dispositivos mGdicos pendientes en el carro de paro. EElectrodos multifunci.n: Relaciona (no hay existenciaC EHoja de laringoscopia Curva No 4: Relaciona (no hay existencia.C E ltima Acta de apertura de carro de paro de fecha 05 de mayo, no registra pendientes. EOmitir o definir cantidad de dispositivos mGdicos del formato del Carro de paro: Entre ellos: Hoja de laringoscopia Recta No 4 y Hoja de laringoscopia curva No 8	Retroalimentar inmediatamente a los equipos que presenten incumplimientos.	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se hace necesario reali:ar la novedad de nomenclatura en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, debido a que la direcci.n actualmente registrada (Transversal 126 No. 184E88C no coincide con la direcci.n referenciada del Centro de Salud La Gaitana I (Transversal 126 No. 188E82C. Adicional la sede no cuenta con aviso de nomenclatura.	Verificar la direcci.n oficial de la sede en bases oficiales (Catastro/Planeaci.nC y preparar la solicitud de actuali:aci.n en el REPS.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se hace necesario reali:ar la novedad de nomenclatura en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, debido a que la direcci.n actualmente registrada (Transversal 126 No. 184E88C no coincide con la direcci.n referenciada del Centro de Salud La Gaitana I (Transversal 126 No. 188E82C. Adicional la sede no cuenta con aviso de nomenclatura.	Radicar la novedad de actuali:aci.n en el REPS y gestionar la instalaci.n del aviso visible de nomenclatura en la sede.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se hace necesario reali:ar la novedad de nomenclatura en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, debido a que la direcci.n actualmente registrada (Transversal 126 No. 184E88C no coincide con la direcci.n referenciada del Centro de Salud La Gaitana I (Transversal 126 No. 188E82C. Adicional la sede no cuenta con aviso de nomenclatura.	Confirmar que el REPS refleje la direcci.n corregida y auditar que el aviso estG instalado y visible en la sede.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se hace necesario reali:ar la novedad de nomenclatura en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, debido a que la direcci.n actualmente registrada (Transversal 126 No. 184E88C no coincide con la direcci.n referenciada del Centro de Salud La Gaitana I (Transversal 126 No. 188E82C. Adicional la sede no cuenta con aviso de nomenclatura.	Colocar la Nomenclatura en la puerta principal de la nidad	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	602
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se Verific. el Formato registro de seguimiento a pendientes en el servicio farmacGutico ambulatorio de la nidad de Atenci.n Gaitana I evidenciando que, Durante los meses de enero a mar:o de 2025, el porcentaje de pendientes en la entrega de medicamentos oscil. entre 14.522 y 25.882, superando las 48 horas. El tiempo transcurrido en entrega alcan.: hasta 41 das, siendo el Losartan potasio, uno de los medicamentos con mayor frecuencia de no entrega. Esto evidencia una oportunidad de mejora en la gesti.n de inventarios y la oportunidad de entrega.	Anali:ar mnimos y punto de reposici.n de medicamentos que han quedado pendientes durante el a-o 2025 de la farmacia de Gaitana y ajustar el pedido	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se Verific. el Formato registro de seguimiento a pendientes en el servicio farmacGutico ambulatorio de la nidad de Atenci.n Gaitana I evidenciando que, Durante los meses de enero a mar:o de 2025, el porcentaje de pendientes en la entrega de medicamentos oscil. entre 14.522 y 25.882, superando las 48 horas. El tiempo transcurrido en entrega alcan.: hasta 41 das, siendo el Losartan potasio, uno de los medicamentos con mayor frecuencia de no entrega. Esto evidencia una oportunidad de mejora en la gesti.n de inventarios y la oportunidad de entrega.	Realiz:ar seguimiento a los medicamentos que quedaron pendientes de entrega en la farmacia de Gaitana e informar al area de abastecimiento de medicamentos	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se Verific. el Formato registro de seguimiento a pendientes en el servicio farmacGutico ambulatorio de la nidad de Atenci.n Gaitana I evidenciando que, Durante los meses de enero a mar:io de 2025, el porcentaje de pendientes en la entrega de medicamentos oscil. entre 14.522 y 25.882, superando las 48 horas. El tiempo transcurrido en entrega alcan.: hasta 41 das, siendo el Losartan potasio, uno de los medicamentos con mayor frecuencia de no entrega. Esto evidencia una oportunidad de mejora en la gesti.n de inventarios y la oportunidad de entrega.	Notificar al proveedor los medicamentos que quedaron pendientes por entrega y que estan contratados.	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Se Verific. el Formato registro de seguimiento a pendientes en el servicio farmacGutico ambulatorio de la nidad de Atenci.n Gaitana I evidenciando que, Durante los meses de enero a mar:io de 2025, el porcentaje de pendientes en la entrega de medicamentos oscil. entre 14.522 y 25.882, superando las 48 horas. El tiempo transcurrido en entrega alcan.: hasta 41 das, siendo el Losartan potasio, uno de los medicamentos con mayor frecuencia de no entrega. Esto evidencia una oportunidad de mejora en la gesti.n de inventarios y la oportunidad de entrega.	Retroalimentar a la farmacia de Gaitana, sobre el estado de enrega de los medicamentos y si existen novedades en el abastecimiento, para informar al area asistencial.	Gesti.n de Servicios Complementarios	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Las camillas de observaci.n del servicio de urgencias no cuentan con un sistema de llamado de enfermera, ni los ba-os del servicio disponen de este mecanismo, lo cual compromete la seguridad del paciente durante su permanencia en la instituci.n. Adicionalmente, se hace necesario notificar en el REPS la existencia de la sala de procedimientos ubicada en el servicio de urgencias de la sede.	En compa-a del contratista, se reali:ar6 la visita tGcnica , con el fin de poder identificar las instalaciones a reali:ar	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Las camillas de observaci.n del servicio de urgencias no cuentan con un sistema de llamado de enfermera, ni los ba-os del servicio disponen de este mecanismo, lo cual compromete la seguridad del paciente durante su permanencia en la instituci.n. Adicionalmente, se hace necesario notificar en el REPS la existencia de la sala de procedimientos ubicada en el servicio de urgencias de la sede.	De acuerdo al resultado de la visita tGcnica y los halla:gos de la misma, se reali:ar6 un cronograma para la ejecuci.n de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Las camillas de observaci.n del servicio de urgencias no cuentan con un sistema de llamado de enfermera, ni los ba-os del servicio disponen de este mecanismo, lo cual compromete la seguridad del paciente durante su permanencia en la instituci.n. Adicionalmente, se hace necesario notificar en el REPS la existencia de la sala de procedimientos ubicada en el servicio de urgencias de la sede.	Se proceder6 con la ejecuci.n e instalaci.n de los sistemas o llamados de enfermera que se requieran	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	402

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Las camillas de observaci.n del servicio de urgencias no cuentan con un sistema de llamado de enfermera, ni los ba-os del servicio disponen de este mecanismo, lo cual compromete la seguridad del paciente durante su permanencia en la instituci.n. Adicionalmente, se hace necesario notificar en el REPS la existencia de la sala de procedimientos ubicada en el servicio de urgencias de la sede.	na ve: se realice la instalaci.n de los llamados de enfermera, se proceder6 a reali:ar la debida entrega de los equipos en funcionamiento, se reali:ar6 la debida entrega y capacitaci.n al personal encargado del se rvicio.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	El servicio de urgencias no cuenta con ambiente para descontaminaci.n de pacientes, con ducha telGfono y sistema de drenaje.	Adecuar un espacio fsico en el servicio de urgencias para la descontaminaci.n de pacientes, cumpliendo con los requisitos de bioseguridad y atenci.n en emergencia s.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	112
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	El servicio de urgencias no cuenta con ambiente para descontaminaci.n de pacientes, con ducha telGfono y sistema de drenaje.	Ejecutar el anlisis de riesgo, revisar la infraestructura existente y llevar a cabo la adecuaci.n del espacio con ducha telGfono, sistema de drenaje y se-ali:aci.n, segHn los requerimientos tGcnicos establecidos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	El servicio de urgencias no cuenta con ambiente para descontaminaci.n de pacientes, con ducha telGfono y sistema de drenaje.	Inspeccionar que el ambiente construido cumpla con los est6ndares tGcnicos y funcionales, reali:ar pruebas operativas y validar su correcta integraci.n al flujo del servicio de urgencias.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	202
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	El servicio de urgencias no cuenta con ambiente para descontaminaci.n de pacientes, con ducha telGfono y sistema de drenaje.	Aplicar los ajustes necesarios segHn los resultados de la verificaci.n, asegurar el uso adecuado del 6rea de descontaminaci.n y programar su mantenimiento regul ar.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	1.Garanti:ar atenci.n preferencial a las gestantes en el servicio de urgencias. 2.Asegurar que, en la valoraci.n por enfermera, las pacientes sean clasificadas como Triage II y atendidas por el mGdico del servicio, en un tiempo no mayor a 80 minutos. 8.Garanti:ar el acceso efectivo y oportuno a la asignaci.n de citas para la toma de ecografa obstGtrica, considerando que, aunque en el caso revisado la oportunidad de atenci.n fue de siete (7C das, el indicador de PTiempo promedio de espera para las tomas de ecografasX en la Subred Integrada ha manifestado un comportamiento de hasta dos (2C das como m6ximo durante la vigencia 2024 y lo que va del 2025, Por lo tanto se recomienda priori:ar la atenci.n, sin poner en riesgo a la gestante y su bebe.	Capacitar a los profesionales que reali:an triage enfocado a la poblaci.n gestante en el servicio de urgencias	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	1.Garanti:ar atenci.n preferencial a las gestantes en el servicio de urgencias. 2.Asegurar que, en la valoraci.n por enfermera, las pacientes sean clasificadas como Triage II y atendidas por el mGdico del servicio, en un tiempo no mayor a 80 minutos. 8.Garanti:ar el acceso efectivo y oportuno a la asignaci.n de citas para la toma de ecografa obstGtrica, considerando que, aunque en el caso revisado la oportunidad de atenci.n fue de siete (7C das, el indicador de PTiempo promedio de espera para las tomas de ecografasX en la Subred Integrada ha manifestado un comportamiento de hasta dos (2C das como m6ximo durante la vigencia 2024 y lo que va del 2025, Por lo tanto se recomienda priori:ar la atenci.n, sin poner en riesgo a la gestante y su bebe.	Desarrollar jornadas de capacitaci.n y entrenamiento dirigido a los profesionales que reali:an triage enfocado en la poblaci.n gestante	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	1.Garanti:ar atenci.n preferencial a las gestantes en el servicio de urgencias. 2.Asegurar que, en la valoraci.n por enfermera, las pacientes sean clasificadas como Triage II y atendidas por el mGdico del servicio, en un tiempo no mayor a 80 minutos. 8.Garanti:ar el acceso efectivo y oportuno a la asignaci.n de citas para la toma de ecografa obstGtrica, considerando que, aunque en el caso revisado la oportunidad de atenci.n fue de siete (7C das, el indicador de PTiempo promedio de espera para las tomas de ecografasX en la Subred Integrada ha manifestado un comportamiento de hasta dos (2C das como m6ximo durante la vigencia 2024 y lo que va del 2025, Por lo tanto se recomienda priori:ar la atenci.n, sin poner en riesgo a la gestante y su bebe.	Establecer mecanismos para retroalimentar a los profesionales que reali:an triage sobre la pertinencia del mismo	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	1.Garanti:ar atenci.n preferencial a las gestantes en el servicio de urgencias. 2.Asegurar que, en la valoraci.n por enfermera, las pacientes sean clasificadas como Triage II y atendidas por el mGdico del servicio, en un tiempo no mayor a 80 minutos. 8.Garanti:ar el acceso efectivo y oportuno a la asignaci.n de citas para la toma de ecografa obstGtrica, considerando que, aunque en el caso revisado la oportunidad de atenci.n fue de siete (7C das, el indicador de PTiempo promedio de espera para las tomas de ecografasX en la Subred Integrada ha manifestado un comportamiento de hasta dos (2C das como m6ximo durante la vigencia 2024 y lo que va del 2025, Por lo tanto se recomienda priori:ar la atenci.n, sin poner en riesgo a la gestante y su bebe.	Evaluar el grado de apropiaci.n a los profesionales que reali:an el triage a los profesionales que reali:an el triage	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	1.Garanti:ar atenci.n preferencial a las gestantes en el servicio de urgencias. 2.Asegurar que, en la valoraci.n por enfermera, las pacientes sean clasificadas como Triage II y atendidas por el mGdico del servicio, en un tiempo no mayor a 80 minutos. 8.Garanti:ar el acceso efectivo y oportuno a la asignaci.n de citas para la toma de ecografa obstGtrica, considerando que, aunque en el caso revisado la oportunidad de atenci.n fue de siete (7C das, el indicador de PTiempo promedio de espera para las tomas de ecografasX en la Subred Integrada ha manifestado un comportamiento de hasta dos (2C das como m6ximo durante la vigencia 2024 y lo que va del 2025, Por lo tanto se recomienda priori:ar la atenci.n, sin poner en riesgo a la gestante y su bebe.	Monitorear de manera permanente el tiempo de atenci.n de urgencias a los pacientes con clasificaci.n tria ge II	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	1.Garanti:ar atenci.n preferencial a las gestantes en el servicio de urgencias. 2.Asegurar que, en la valoraci.n por enfermera, las pacientes sean clasificadas como Triage II y atendidas por el mGdico del servicio, en un tiempo no mayor a 80 minutos. 8.Garanti:ar el acceso efectivo y oportuno a la asignaci.n de citas para la toma de ecografa obstGtrica, considerando que, aunque en el caso revisado la oportunidad de atenci.n fue de siete (7C das, el indicador de PTiempo promedio de espera para las tomas de ecografasX en la Subred Integrada ha manifestado un comportamiento de hasta dos (2C das como m6ximo durante la vigencia 2024 y lo que va del 2025, Por lo tanto se recomienda priori:ar la atenci.n, sin poner en riesgo a la gestante y su bebe.	Intervenir de manera personali:ada e inmediata los casos que se identifiquen falta de oportunidad esperada	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Al ingreso del servicio de urgencias no se evidencia un 6rea se-ali:ada y exclusiva para el acceso y parqueo de ambulancias. Adicionalmente, no se cuenta con rampas para personas con movilidad reducida, lo cual limita la accesibilidad y compromete la seguridad en el acceso al servicio	Mejorar la infraestructura del servicio de urgencias para garanti:ar el acceso seguro y adecuado de ambulancias y personas con movilidad reducida.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	102
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Al ingreso del servicio de urgencias no se evidencia un 6rea se-ali:ada y exclusiva para el acceso y parqueo de ambulancias. Adicionalmente, no se cuenta con rampas para personas con movilidad reducida, lo cual limita la accesibilidad y compromete la seguridad en el acceso al servicio	Ejecutar las actividades planificadas, como el diagn.stic o tGcnico, la adecuaci.n del 6rea de ambulancias, instalaci.n de se-ali:aci.n y construcci.n de rampas para mejorar la accesibilidad.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	802
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Al ingreso del servicio de urgencias no se evidencia un 6rea se-ali:ada y exclusiva para el acceso y parqueo de ambulancias. Adicionalmente, no se cuenta con rampas para personas con movilidad reducida, lo cual limita la accesibilidad y compromete la seguridad en el acceso al servicio	Revisar que las adecuaciones se hayan reali:ado conforme a las normas tGcnicas, evaluar su funcionalidad y registrar los resultados y posibles desviaciones.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RMO8218E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E GAITANA	Al ingreso del servicio de urgencias no se evidencia un 6rea se-ali:ada y exclusiva para el acceso y parqueo de ambulancias. Adicionalmente, no se cuenta con rampas para personas con movilidad reducida, lo cual limita la accesibilidad y compromete la seguridad en el acceso al servicio	Implementar acciones correctivas si es necesario, fortalecer los procesos institucionales de mantenimiento y accesibilidad, y asegurar la sostenibilidad de las mejoras reali:adas.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	502



[illegible]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RM08652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se evidenci. que no existen procedimientos formalizados ni documentados que regulen el proceso de evaluaci.n, análisis y aprovaci.n de contratos de venta de servicios bajo las modalidades PGP y Capitaci.n. Esta ausencia representa una debilidad en el control interno, dado que dificulta la tr:abilidad, estandari:aci.n y control del proceso, y puede derivar en riesgos operativos, contractuales y financieros.	Revisar y actuali:ar la base documental del subproceso de mercadeo	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RM08652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se evidenci. que no existen procedimientos formalizados ni documentados que regulen el proceso de evaluaci.n, análisis y aprovaci.n de contratos de venta de servicios bajo las modalidades PGP y Capitaci.n. Esta ausencia representa una debilidad en el control interno, dado que dificulta la tr:abilidad, estandari:aci.n y control del proceso, y puede derivar en riesgos operativos, contractuales y financieros.	Documentar un procedimiento para el desarrollo de la gesti.n contractual para la venta de servicios que se encuentre en articulaci.n con los demás lineamientos institucionales.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RM08652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se evidenci. que no existen procedimientos formalizados ni documentados que regulen el proceso de evaluaci.n, análisis y aprovaci.n de contratos de venta de servicios bajo las modalidades PGP y Capitaci.n. Esta ausencia representa una debilidad en el control interno, dado que dificulta la tr:abilidad, estandari:aci.n y control del proceso, y puede derivar en riesgos operativos, contractuales y financieros.	Sociali:ar el procedimiento con las pareas pertenientes	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RM08652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se evidenci. que no existen procedimientos formalizados ni documentados que regulen el proceso de evaluaci.n, análisis y aprovaci.n de contratos de venta de servicios bajo las modalidades PGP y Capitaci.n. Esta ausencia representa una debilidad en el control interno, dado que dificulta la tr:abilidad, estandari:aci.n y control del proceso, y puede derivar en riesgos operativos, contractuales y financieros.	Implementar el procedimiento y presentar resultados en el ComitG de Ingresos	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RM08652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se evidenci. que no existen procedimientos formalizados ni documentados que regulen el proceso de evaluaci.n, análisis y aprovaci.n de contratos de venta de servicios bajo las modalidades PGP y Capitaci.n. Esta ausencia representa una debilidad en el control interno, dado que dificulta la tr:abilidad, estandari:aci.n y control del proceso, y puede derivar en riesgos operativos, contractuales y financieros.	Implementar acciones de mejora de acuerdo con las desviaciones encontradas	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	De marzo a abril de 2025, se identifican movimientos patrimoniales por valor absoluto de \$126.877.088 discriminado en partidas de naturaleza: a crédito por valor de \$180.081.505 y naturaleza: a débito por valor de \$716.845.528. De acuerdo a lo anterior, se identifico movimiento debito en la cuenta del patrimonio 822502001 por valor de \$575.810.881, de conformidad a la resolución 0115 de 2025, por el cual se aprueba el saneamiento contable de los saldos correspondientes al situado fiscal y al sistema general de participaciones del extinto instituto de seguros sociales de los estados financieros de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E con fecha del 05 de febrero del 2025. Con lo anterior se identifica el ajuste, en las cuentas 110512001 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES O SALD y cuenta 110512002 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES E PENSIN de la siguiente manera: ver informe RME8652E25	Socialización comité de sostenibilidad.	Gestión Financiera	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	De marzo a abril de 2025, se identifican movimientos patrimoniales por valor absoluto de \$126.877.088 discriminado en partidas de naturaleza: a crédito por valor de \$180.081.505 y naturaleza: a débito por valor de \$716.845.528. De acuerdo a lo anterior, se identifico movimiento debito en la cuenta del patrimonio 822502001 por valor de \$575.810.881, de conformidad a la resolución 0115 de 2025, por el cual se aprueba el saneamiento contable de los saldos correspondientes al situado fiscal y al sistema general de participaciones del extinto instituto de seguros sociales de los estados financieros de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E con fecha del 05 de febrero del 2025. Con lo anterior se identifica el ajuste, en las cuentas 110512001 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES O SALD y cuenta 110512002 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES E PENSIN de la siguiente manera: ver informe RME8652E25	Inclusión del tratamiento contable en el manual de políticas contables	Gestión Financiera	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se ha verificado que la entidad efectúa un análisis de costos por unidad de servicio, lo cual constituye una buena práctica para el control y la gestión operativa. No obstante, se identifica que dicho análisis no se desagrega ni se aplica de manera específica a cada contrato individual.	Elevar solicitud de concepto técnico a la Secretaría de Salud y Secretaría de Hacienda para revisar y aclarar la normatividad vigente sobre el seguimiento de costos por contrato.	Gestión Financiera	Atrasada	100%
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se ha verificado que la entidad efectúa un análisis de costos por unidad de servicio, lo cual constituye una buena práctica para el control y la gestión operativa. No obstante, se identifica que dicho análisis no se desagrega ni se aplica de manera específica a cada contrato individual.	Referenciar con las otras Subredes	Gestión Financiera	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se ha verificado que la entidad efectúa un análisis de costos por unidad de servicio, lo cual constituye una buena práctica para el control y la gestión operativa. No obstante, se identifica que dicho análisis no se desagrega ni se aplica de manera específica a cada contrato individual.	Verificar la respuesta de las entidades externas	Gestión Financiera	Atrasada	80%

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se ha verificado que la entidad efectHa un análisis de costos por unidad de servicio, lo cual constituye una buena práctica para el control y la gesti.n operativa. No obstante, se identific. que dicho análisis no se desagrega ni se aplica de manera específica a cada contrato individual.	Evaluar los resultados de la referenciaci.n con otras subredes e identificar elementos replicables.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se ha verificado que la entidad efectHa un análisis de costos por unidad de servicio, lo cual constituye una buena práctica para el control y la gesti.n operativa. No obstante, se identific. que dicho análisis no se desagrega ni se aplica de manera específica a cada contrato individual.	Incorporar los lineamientos normativos recibidos en los procedimientos institucionales.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se reali.: la revisi.n de los formatos denominados registros aleatorios correspondientes al periodo comprendido entre enero y abril de 2025, verificando que estos se encuentren debidamente firmados y que no presenten diferencias entre las existencias contables y fsicas. No obstante, al efectuar la verificaci.n de los productos seleccionados en los aleatorios, se present. limitaci.n, toda ve: que el archivo suministrado Cuenta fiscal no detalla la informaci.n por producto.	Realiz:ar cronograma de generacion de reporte contable con detalle por producto (inventario valori:ado cierre mensualC	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se reali.: la revisi.n de los formatos denominados registros aleatorios correspondientes al periodo comprendido entre enero y abril de 2025, verificando que estos se encuentren debidamente firmados y que no presenten diferencias entre las existencias contables y fsicas. No obstante, al efectuar la verificaci.n de los productos seleccionados en los aleatorios, se present. limitaci.n, toda ve: que el archivo suministrado Cuenta fiscal no detalla la informaci.n por producto.	Generar informes compatibles con auditoras de inventario (inventario valori:ado y cuenta fiscalC	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se reali.: la revisi.n de los formatos denominados registros aleatorios correspondientes al periodo comprendido entre enero y abril de 2025, verificando que estos se encuentren debidamente firmados y que no presenten diferencias entre las existencias contables y fsicas. No obstante, al efectuar la verificaci.n de los productos seleccionados en los aleatorios, se present. limitaci.n, toda ve: que el archivo suministrado Cuenta fiscal no detalla la informaci.n por producto.	Realiz:ar una prueba piloto con registros aleatorios del segundo trimestre	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se reali.: la revisi.n de los formatos denominados registros aleatorios correspondientes al periodo comprendido entre enero y abril de 2025, verificando que estos se encuentren debidamente firmados y que no presenten diferencias entre las existencias contables y fsicas. No obstante, al efectuar la verificaci.n de los productos seleccionados en los aleatorios, se present. limitaci.n, toda ve: que el archivo suministrado Cuenta fiscal no detalla la informaci.n por producto.	Validar integraci.n entre m.dulo contable y de inventarios (conciliacion de moduloC	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Se reali.: la revisi.n de los formatos denominados registros aleatorios correspondientes al periodo comprendido entre enero y abril de 2025, verificando que estos se encuentren debidamente firmados y que no presenten diferencias entre las existencias contables y fsicas. No obstante, al efectuar la verificaci.n de los productos seleccionados en los aleatorios, se present. limitaci.n, toda ve: que el archivo suministrado Cuenta fiscal no detalla la informaci.n por producto.	Realizar Auditora interna de registros aleatorios	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Durante la auditora se evidencio que el saldo de la cuenta 15E inventarios se encuentra por valor de \$10.088.077.228 el cual fue comparado con el valor de Vardex emitido por la entidad presentando un saldo por valor de 17.204.221.611, generando as una diferencia por valor de \$7.171.144.471. Sin embargo, la administraci.n emiti. un documento llamado CONCILIACION ALMACEN VS CONTABILIDAD FEBRERO 2025 donde se muestra integridad en los saldos tanto en contabilidad como en el Vardex. Al indagar por la diferencia mencionada se nos indica que el Vardex suministrado incluye la totalidad de movimientos y por error no fue suministrado el que genera el saldo con corte a febrero 2025.	Revisar en conjunto con soporte de softSare Dinamica la generacion de informes	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Durante la auditora se evidencio que el saldo de la cuenta 15E inventarios se encuentra por valor de \$10.088.077.228 el cual fue comparado con el valor de Vardex emitido por la entidad presentando un saldo por valor de 17.204.221.611, generando as una diferencia por valor de \$7.171.144.471. Sin embargo, la administraci.n emiti. un documento llamado CONCILIACION ALMACEN VS CONTABILIDAD FEBRERO 2025 donde se muestra integridad en los saldos tanto en contabilidad como en el Vardex. Al indagar por la diferencia mencionada se nos indica que el Vardex suministrado incluye la totalidad de movimientos y por error no fue suministrado el que genera el saldo con corte a febrero 2025.	Implementar un control de doble revisi.n (checklist de validaci.nC previo a entrega de informaci.n a audit ora	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652025 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Durante la auditora se evidencio que el saldo de la cuenta 15E inventarios se encuentra por valor de \$10.088.077.228 el cual fue comparado con el valor de Vardex emitido por la entidad presentando un saldo por valor de 17.204.221.611, generando as una diferencia por valor de \$7.171.144.471. Sin embargo, la administraci.n emiti. un documento llamado CONCILIACION ALMACEN VS CONTABILIDAD FEBRERO 2025 donde se muestra integridad en los saldos tanto en contabilidad como en el Vardex. Al indagar por la diferencia mencionada se nos indica que el Vardex suministrado incluye la totalidad de movimientos y por error no fue suministrado el que genera el saldo con corte a febrero 2025.	Capacitar al personal responsable generacion de informacion	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Durante la auditora se evidencio que el saldo de la cuenta 15E inventarios se encuentra por valor de \$10.088.077.228 el cual fue comparado con el valor de Vardex emitido por la entidad presentando un saldo por valor de 17.204.221.611, generando as una diferencia por valor de \$7.171.144.471. Sin embargo, la administraci.n emiti. un documento llamado CONCILIACION ALMACEN VS CONTABILIDAD FEBRERO 2025 donde se muestra integridad en los saldos tanto en contabilidad como en el Vardex. Al indagar por la diferencia mencionada se nos indica que el Vardex suministrado incluye la totalidad de movimientos y por error no fue suministrado el que genera el saldo con corte a febrero 2025.	Verificar los informes aportados por el responsable de generacion de informacion	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO8652O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA A 80 DE ABRIL DE 2025	Durante la auditora se evidencio que el saldo de la cuenta 15E inventarios se encuentra por valor de \$10.088.077.228 el cual fue comparado con el valor de Vardex emitido por la entidad presentando un saldo por valor de 17.204.221.611, generando as una diferencia por valor de \$7.171.144.471. Sin embargo, la administraci.n emiti. un documento llamado CONCILIACION ALMACEN VS CONTABILIDAD FEBRERO 2025 donde se muestra integridad en los saldos tanto en contabilidad como en el Vardex. Al indagar por la diferencia mencionada se nos indica que el Vardex suministrado incluye la totalidad de movimientos y por error no fue suministrado el que genera el saldo con corte a febrero 2025.	Auditar cumplimiento en pr.ximas entregas	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4881E25 A DITORIA FINANCIERA A 81 DE MAYO DE 2025	Se evidencia una diferencia por un valor de \$8.702.662.157, respecto al valor de \$71.464.486.548, registrado en la cuenta 481217 denominada servicios de salud E prestados con el mecanismo de pago global prospectivo,con corte a 81 de mayo de 2025, y la facturaci.n efectuada entre el perodo de enero a mayo por valor de \$75.761.778.586.  De acuerdo con la administraci.n la diferencia, \$8.702.662.157 corresponde a notas y facturas diferentes a ingresos por concepto de PGP (pago global prospectivoC. Como se detalla a continuaci.n: ver informe RME4881 E25	Revisar los movimientos ingresados, mediante reporte generado por el Grea de facturaci.n y cartera	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4881E25 A DITORIA FINANCIERA A 81 DE MAYO DE 2025	Se evidencia una diferencia por un valor de \$8.702.662.157, respecto al valor de \$71.464.486.548, registrado en la cuenta 481217 denominada servicios de salud E prestados con el mecanismo de pago global prospectivo,con corte a 81 de mayo de 2025, y la facturaci.n efectuada entre el perodo de enero a mayo por valor de \$75.761.778.586.  De acuerdo con la administraci.n la diferencia, \$8.702.662.157 corresponde a notas y facturas diferentes a ingresos por concepto de PGP (pago global prospectivoC. Como se detalla a continuaci.n: ver informe RME4881 E25	Anlizar con sistemas del tratamiento de los copagos	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4881E25 A DITORIA FINANCIERA A 81 DE MAYO DE 2025	Se evidencia una diferencia por un valor de \$8.702.662.157, respecto al valor de \$71.464.486.548, registrado en la cuenta 481217 denominada servicios de salud E prestados con el mecanismo de pago global prospectivo, con corte a 81 de mayo de 2025, y la facturación efectuada entre el periodo de enero a mayo por valor de \$75.761.778.586.  De acuerdo con la administración la diferencia, \$8.702.662.157 corresponde a notas y facturas diferentes a ingresos por concepto de PGP (pago global prospectivo). Como se detalla a continuación: ver informe RME4881E25	Realizar mesa de trabajo con el área de sistemas para detectar la corrección.	Gestión Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4881E25 A DITORIA FINANCIERA A 81 DE MAYO DE 2025	Se evidencia una diferencia por un valor de \$8.702.662.157, respecto al valor de \$71.464.486.548, registrado en la cuenta 481217 denominada servicios de salud E prestados con el mecanismo de pago global prospectivo, con corte a 81 de mayo de 2025, y la facturación efectuada entre el periodo de enero a mayo por valor de \$75.761.778.586.  De acuerdo con la administración la diferencia, \$8.702.662.157 corresponde a notas y facturas diferentes a ingresos por concepto de PGP (pago global prospectivo). Como se detalla a continuación: ver informe RME4881E25	Reclasificar previo soporte del área que reporta. notas de cartera asociadas a PYD, conforme a su naturaleza.	Gestión Financiera	ATRASADA	102
Externa	Revisora Fiscal	RME4881E25 A DITORIA FINANCIERA A 81 DE MAYO DE 2025	Se evidencia una diferencia por un valor de \$8.702.662.157, respecto al valor de \$71.464.486.548, registrado en la cuenta 481217 denominada servicios de salud E prestados con el mecanismo de pago global prospectivo, con corte a 81 de mayo de 2025, y la facturación efectuada entre el periodo de enero a mayo por valor de \$75.761.778.586.  De acuerdo con la administración la diferencia, \$8.702.662.157 corresponde a notas y facturas diferentes a ingresos por concepto de PGP (pago global prospectivo). Como se detalla a continuación: ver informe RME4881E25	Generar reporte de todos los movimientos por conciliación de cifras.	Gestión Financiera	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME4881E25 A DITORIA FINANCIERA A 81 DE MAYO DE 2025	Al corte del 81 de mayo de 2025, se evidencia un saldo contable de la cuenta 480817001 ingresos por arrendamientos por valor de \$122.240.810, el cual al comparar con el valor del recalcular contractual de los 5 contratos \$68.808.661 generan una diferencia, por un valor de \$58.481.641: ver informe RME4881E25	Solicitar la facturación de los saldos pendientes y aplicar los respectivos pagos realizados por el arrendatario	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN O HOSPITAL CHAPINERO	GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD: Establecer un protocolo para designar a un suplente o un equipo de respaldo que pueda asumir las responsabilidades del líder del equipo en caso de incapacidades. Esto asegurará que siempre haya alguien disponible para gestionar los tickets y coordinar la atención.	Revisar el instructivo de mesa de servicios a actualizar	Gestión TICS	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	GESTIN DE INCIDENTES DE SEG RIDAD: Establecer un protocolo para designar a un suplente o un equipo de respaldo que pueda asumir las responsabilidades del lder del equipo en caso de incapacidades. Esto asegurar6 que siempre haya alguien disponible para gestionar los tickets y coordinar la atenci.n.	Realizar la actualizaci.n del instructivo de mesa de servicios	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	GESTIN DE INCIDENTES DE SEG RIDAD: Establecer un protocolo para designar a un suplente o un equipo de respaldo que pueda asumir las responsabilidades del lder del equipo en caso de incapacidades. Esto asegurar6 que siempre haya alguien disponible para gestionar los tickets y coordinar la atenci.n.	Realizar socializaci.n del instructivo de mesa de servicio s a los integrantes de la oficina de sistemas	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	GESTIN DE INCIDENTES DE SEG RIDAD: Establecer un protocolo para designar a un suplente o un equipo de respaldo que pueda asumir las responsabilidades del lder del equipo en caso de incapacidades. Esto asegurar6 que siempre haya alguien disponible para gestionar los tickets y coordinar la atenci.n.	Realizar evalauci.n de lo socializado a los integrantes de l a oficina de sistemas	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	SEG RIDAD DE OPERACIONES Y COM NICACIONES: Implementar reguladores de voltaje para establiar el suministro elGctrico.	Inclusi.n y verificaci.n de las necesidades en el plan anual de adquisiciones para nuevos equipos.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	SEG RIDAD DE OPERACIONES Y COM NICACIONES: Implementar reguladores de voltaje para establiar el suministro elGctrico.	Gesti.n del proceso para la contrataci.n de equipos nuevos.	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: La Revisora Fiscal recomienda migrar los servidores que tienen un sistema operativo obsoleto.	Desarrollar un plan de trabajo de actualizaci.n para migrar a sistemas operativos soportados y seguros.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: La Revisora Fiscal recomienda migrar los servidores que tienen un sistema operativo obsoleto.	Implementar la migraci.n de los servidores a WindoSs Server 2016, siguiendo el cronograma establecido.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: La Revisora Fiscal recomienda migrar los servidores que tienen un sistema operativo obsoleto.	Evaluar el rendimiento y la seguridad de los servidores migrados, asegurando que funcionen correctamente y estGn protegidos.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: La Revisora Fiscal recomienda migrar los servidores que tienen un sistema operativo obsoleto.	Ajustar la configuraci.n de los servidores segHn los resultados de la evaluaci.n y realizar correcciones si se identifican problemas.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	GESTIN DE INCIDENTES DE SEG RIDAD: Establecer canales de comunicaci.n m6s efectivos o sistemas de notificaci.n autom6tica, para mantener a los usuarios informados sobre el estado de sus solicitudes y tiempo de respuesta.	Proyectar plan de capacitaci.n de la mesa de servicios por sedes.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O HOSPITAL CHAPINERO	GESTIN DE INCIDENTES DE SEG RIDAD: Establecer canales de comunicaci.n m6s efectivos o sistemas de notificaci.n autom6tica, para mantener a los usuarios informados sobre el estado de sus solicitudes y tiempo de respuesta.	Ejecutar plan de capacitaci.n de mesa de servicios.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	GESTIN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD: Establecer canales de comunicaci.n m6s efectivos o sistemas de notificaci.n autom6tica, para mantener a los usuarios informados sobre el estado de sus solicitudes y tiempo de respuesta.	Realizar seguimiento al plan de capacitaci.n	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	GESTIN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD: Establecer canales de comunicaci.n m6s efectivos o sistemas de notificaci.n autom6tica, para mantener a los usuarios informados sobre el estado de sus solicitudes y tiempo de respuesta.	Evaluar el conocimiento de los usuarios frente a la capacitaci.n reali:ada.	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	SEG RIDAD DE OPERACIONES Y COM NICACIONES: Asegurarse de que los equipos estGn ubicados en 6reas bien ventiladas. Considerar la instalaci.n de extractores o sistemas de aire acondicionado para mantener una temperatura adecuada.	Instalaci.n de dos rejillas de ventilaci.n, permitiendo de esta manera un mejor flujo de aire, tanto de entrada como salida. La primera de estas ser6 instalada en la parte inferior de la puerta de acceso al ambiente y la segunda ser6 instalada en la parte superior del muro ubicado junto al acceso principal de la unidad, generando un mayor grado de ventilaci.n natural.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	SEG RIDAD DE OPERACIONES Y COM NICACIONES: Evaluar la posibilidad de actuali:ar o reempla:ar equipos obsoletos que puedan estar contribuyendo a las demoras en la comunicaci.n.	Realizar un diagn.stico completo de la infraestructura de red	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	SEG RIDAD DE OPERACIONES Y COM NICACIONES: Evaluar la posibilidad de actuali:ar o reempla:ar equipos obsoletos que puedan estar contribuyendo a las demoras en la comunicaci.n.	Implementar mejoras en la infraestructura de red.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	SEG RIDAD DE OPERACIONES Y COM NICACIONES: Evaluar la posibilidad de actuali:ar o reempla:ar equipos obsoletos que puedan estar contribuyendo a las demoras en la comunicaci.n.	Monitori:ar el rendimiento de la red postEimplementaci.n	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	SEG RIDAD DE OPERACIONES Y COM NICACIONES: Evaluar la posibilidad de actuali:ar o reempla:ar equipos obsoletos que puedan estar contribuyendo a las demoras en la comunicaci.n.	Ajustar la infraestructura segHn los resultados obtenidos.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	EVAL ACIN Y MEYORA: Desarrollar y comunicar polticas claras sobre el uso de escritorios limpios, que incluyan directrices sobre el almacenamiento de documentos y la protecci.n de dispositivos.	Proyectar plan de capacitaci.n sobre buenas pr6cticas de seguridad de la informaci.n	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	EVAL ACIN Y MEYORA: Desarrollar y comunicar polticas claras sobre el uso de escritorios limpios, que incluyan directrices sobre el almacenamiento de documentos y la protecci.n de dispositivos.	Ejecutar plan de capacitaci.n de buenas pr6cticas de seguridad de la informaci.n	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	EVAL ACIN Y MEYORA: Desarrollar y comunicar polticas claras sobre el uso de escritorios limpios, que incluyan directrices sobre el almacenamiento de documentos y la protecci.n de dispositivos.	Realizar seguimiento a las actividades programadas en el plan de capacitaci.n	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	EVAL ACIN Y MEYORA: Desarrollar y comunicar polticas claras sobre el uso de escritorios limpios, que incluyan directrices sobre el almacenamiento de documentos y la protecci.n de dispositivos.	Evaluar lo aprendido en las capacitaciones dictados a los funcionarios	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	EVAL ACIN Y MEYORA: Realizar campa-as de concienciaci.n sobre la seguridad de la informaci.n, destacando los riesgos asociados con el acceso no autori:ado y la falta de protecci.n en los escritorios.	Desarrollar un programa de capacitaci.n sobre polticas de escritorios limpios y seguridad de la informaci.n.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	EVALUACION Y MEJORA: Realizar campañas de concienciación sobre la seguridad de la información, destacando los riesgos asociados con el acceso no autorizado y la falta de protección en los escritorios.	Ejecutar las sesiones de capacitación en todas las unidades auditadas	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	EVALUACION Y MEJORA: Realizar campañas de concienciación sobre la seguridad de la información, destacando los riesgos asociados con el acceso no autorizado y la falta de protección en los escritorios.	Evaluar la efectividad de la capacitación.	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	EVALUACION Y MEJORA: Realizar campañas de concienciación sobre la seguridad de la información, destacando los riesgos asociados con el acceso no autorizado y la falta de protección en los escritorios.	Realizar ajustes en el programa de capacitación según los resultados de la evaluación.	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: Realizar auditorías periódicas para verificar el estado de las licencias de software en uso dentro de la organización. Esto ayudará a identificar software sin licencia o con licencias caducadas.	Desarrollar un plan de trabajo de actualización para migrar a sistemas operativos soportados y seguros.	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: Realizar auditorías periódicas para verificar el estado de las licencias de software en uso dentro de la organización. Esto ayudará a identificar software sin licencia o con licencias caducadas.	Implementar la migración de los servidores a Windows Server 2016, siguiendo el cronograma establecido.	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: Realizar auditorías periódicas para verificar el estado de las licencias de software en uso dentro de la organización. Esto ayudará a identificar software sin licencia o con licencias caducadas.	Evaluar el rendimiento y la seguridad de los servidores migrados, asegurando que funcionen correctamente y estén protegidos.	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE: Realizar auditorías periódicas para verificar el estado de las licencias de software en uso dentro de la organización. Esto ayudará a identificar software sin licencia o con licencias caducadas.	Ajustar la configuración de los servidores según los resultados de la evaluación y realizar correcciones si se identifican problemas.	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	SEGURIDAD DE OPERACIONES Y COMUNICACIONES: Implementar reguladores de voltaje para estabilizar el suministro eléctrico.	Ejecución de las actividades según objeto del contrato para adquisición del equipo.	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2571E25 A DITORIA PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION O HOSPITAL CHAPINERO	SEGURIDAD DE OPERACIONES Y COMUNICACIONES: Implementar reguladores de voltaje para estabilizar el suministro eléctrico.	Verificación de las condiciones eléctricas con la instalación de nuevo equipo	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4176E25 A DITORIA AMBIENTAL E IDENTIFICACION DE ATENCION MUESTRAS	La Unidad de Atención Muestras, recibió visita de inspección vigilancia y control ambiental para la emisión de concepto sanitario el día 16 de mayo de 2025, la cual arrojó un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes temas:  E Condiciones locativas O Infraestructura E Gestión integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Realizar ronda de verificación de hallazgos, para identificar Recursos Físicos y el alcance de las actividades de adecuación Tecnológico	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4176E25 A DITORIA AMBIENTAL E NIDAD DE ATENCIN M IRIG A	La nidad de Atenci.n Muirigu6, recibi. visita de inspecci.n vigilancia y control ambiental para la emisi.n de concepto sanitario el da 16 de mayo de 2025, la cual arroja un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes tems:  E Condiciones locativas O Infraestructura E Gest.i.n integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Realizar proramaci.n de las actividades en el formato de programaci.n y seguimiento	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4176E25 A DITORIA AMBIENTAL E NIDAD DE ATENCIN M IRIG A	La nidad de Atenci.n Muirigu6, recibi. visita de inspecci.n vigilancia y control ambiental para la emisi.n de concepto sanitario el da 16 de mayo de 2025, la cual arroja un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes tems:  E Condiciones locativas O Infraestructura E Gest.i.n integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Verificar la ejecuci.n de las actividades de adecua ci.n	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4176E25 A DITORIA AMBIENTAL E NIDAD DE ATENCIN M IRIG A	La nidad de Atenci.n Muirigu6, recibi. visita de inspecci.n vigilancia y control ambiental para la emisi.n de concepto sanitario el da 16 de mayo de 2025, la cual arroja un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes tems:  E Condiciones locativas O Infraestructura E Gest.i.n integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Realizar verificaci.n de las adecuaciones entregadas e identificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4171E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN M IRIG	Durante la inspecci.n realizada el 1 de junio de 2025 a la sede Muirigu6, se evidenciaron mHltiples halla:gos que reflejan el incumplimiento del est6ndar de infraestructura establecido en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo cual impacta negativamente en la calidad, imagen institucional, seguridad y accesibilidad de los servicios de salud prestados.	Realizar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identi car el alcance de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4171E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN M IRIG	Durante la inspecci.n realizada el 1 de junio de 2025 a la sede Muirigu6, se evidenciaron mHltiples halla:gos que reflejan el incumplimiento del est6ndar de infraestructura establecido en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo cual impacta negativamente en la calidad, imagen institucional, seguridad y accesibilidad de los servicios de salud prestados.	Realizar proramaci.n de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4171E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN M IRIG	Durante la inspecci.n realizada el 1 de junio de 2025 a la sede Muirigu6, se evidenciaron mHltiples halla:gos que reflejan el incumplimiento del est6ndar de infraestructura establecido en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo cual impacta negativamente en la calidad, imagen institucional, seguridad y accesibilidad de los servicios de salud prestados.	Ejecutar actividades de mantenimiento	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4171E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN M IRIG	Durante la inspecci.n realizada el 1 de junio de 2025 a la sede Muirigu6, se evidenciaron mHltiples halla:gos que reflejan el incumplimiento del est6ndar de infraestructura establecido en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo cual impacta negativamente en la calidad, imagen institucional, seguridad y accesibilidad de los servicios de salud prestados.	Realizar verificaci.n de las actividades entregadas e indentificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME8287E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN GAITANA	La sede GAITANA l recibí. visita de inspecci.n vigilancia y control ambiental para la emisi.n de concepto sanitario el da 15 de enero de 2025, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes tems: E Condiciones locativas O Infraestructura E Gestion integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Realizar matri: con los halla:gos evidenciados en la visita del concepto higienico sanitario, y remitida al area responsable de realizar las acciones correctivas.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8287E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN GAITANA	La sede GAITANA l recibí. visita de inspecci.n vigilancia y control ambiental para la emisi.n de concepto sanitario el da 15 de enero de 2025, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes tems: E Condiciones locativas O Infraestructura E Gestion integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Establecer un plan de mantenimiento correctivo de las actividades definidas en la matri:, de acuerdo a los halla:gos evidenciados en la visita de la Revisora fiscal l a sede de GAITANA, validando los recursos necesarios relacionados con los insumos, recurso humano y disponibilidad de la sede para realizar las accione s.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8287E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN GAITANA	La sede GAITANA l recibí. visita de inspecci.n vigilancia y control ambiental para la emisi.n de concepto sanitario el da 15 de enero de 2025, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes tems: E Condiciones locativas O Infraestructura E Gestion integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Ejecutar las acciones definidas en el plan , de acuerdo al cronograma establecido, y la coordinaci.n entre las 6reas responsables para asegurar la oportunidad y calidad de las adecuaciones proyectadas	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8287E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN GAITANA	La sede GAITANA l recibí. visita de inspecci.n vigilancia y control ambiental para la emisi.n de concepto sanitario el da 15 de enero de 2025, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes tems: E Condiciones locativas O Infraestructura E Gestion integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Realizar un seguimiento semanal del progreso del plan de acci.n y ajustar las medidas segHn sea necesario	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME8287E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN GAITANA	La sede GAITANA l recibí. visita de inspecci.n vigilancia y control ambiental para la emisi.n de concepto sanitario el da 15 de enero de 2025, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes tems: E Condiciones locativas O Infraestructura E Gestion integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Realizar seguimiento al cumplimiento del plan y validar la oportunidad y pertinencia de las acciones reali:adas, con los halla:gos evidenciados en el inofrme de la Revisoria fiscal, previo a la solicitud de la visita	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	102

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8287E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN GAITANA	La sede GAITANA l recibí. visita de inspecci.n vigilancia y control ambiental para la emisi.n de concepto sanitario el da 15 de enero de 2025, la cual arroj. un resultado desfavorable debido al incumplimiento en los siguientes tems: E Condiciones locativas O Infraestructura E Gestion integral de residuos E Instalaciones de suministro de agua. E Control de plagas	Solicitar nueva visita tecnica para el levantamiento del concepto desfavorable	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4186E25EA DITORIA LEGAL PROCESOS Y RIDICOS Y CONVENIO MAMGRAFOES BRED NORTE	En el marco de la auditora a los procesos jurídicos adelantada por la Revisora Fiscal, se revis. una muestra de treinta (80C procesos. Como resultado de dicha revisi.n, se identific. que en dos (2C procesos no se encontr. la totalidad de la documentaci.n requerida : En el proceso con ID SIPROY 726662 O NHmero de proceso 2022E00007, no se aport. el escrito de demanda, documento fundamental para conocer los hechos, pretensiones y fundamentos jurídicos del litigio. En el proceso con ID SIPROY 726876 O NHmero de proceso 2022E00170, la Entidad no cuenta con el expediente fsico ni digital del proceso, lo que imposibilita cualquier tipo de verificaci.n o análisis sustancial	Actuali:acien gestien documental de los procesos ju diciales	Gesti.n Yurdica	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4681E25 ASPECTOS AMBIENTALES E NIDAD DE ATENCIN S BA	Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica de la nidad de Atenci.n Suba de fecha diciembre de 2024, present. incumplimiento en algunos par6metros relacionados, encontr6ndose por encima de los lmites establecidos en la resoluci.n 681 de 20 15.	Se programar6n capacitaciones en manejo de residuos	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4681E25 ASPECTOS AMBIENTALES E NIDAD DE ATENCIN S BA	Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica de la nidad de Atenci.n Suba de fecha diciembre de 2024, present. incumplimiento en algunos par6metros relacionados, encontr6ndose por encima de los lmites establecidos en la resoluci.n 681 de 20 15.	Se ejecutaran capacitaciones en las diferentes Greas tanto a colaboradores como SSGG	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4681E25 ASPECTOS AMBIENTALES E NIDAD DE ATENCIN S BA	Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica de la nidad de Atenci.n Suba de fecha diciembre de 2024, present. incumplimiento en algunos par6metros relacionados, encontr6ndose por encima de los lmites establecidos en la resoluci.n 681 de 20 15.	Se reali:ar6 medici.n de adherencia verificandon el cumplimiento en segregaci.n de residuos	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4681E25 ASPECTOS AMBIENTALES E NIDAD DE ATENCIN S BA	Verificado el informe de caracteri:aci.n agua residual no domGstica de la nidad de Atenci.n Suba de fecha diciembre de 2024, present. incumplimiento en algunos par6metros relacionados, encontr6ndose por encima de los lmites establecidos en la resoluci.n 681 de 20 15.	Se reali:ar6 nueva caracteri:aci.n de vertimientos en la sede	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME5475E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCIN BOYACA REAL	1. En el 6rea de almacenamiento y preparaci.n de insumos se evidencia un tomacorriente desprendido de la pared, con cableado parcialmente expuesto y ubicado junto a bolsas rojas para residuos peligrosos. Esta condici.n incumple el Reglamento TGcnico de Instalaciones ElGctricas (RETIEC y representa riesgo de electrocuci.n, cortocircuito o incendio, especialmente a l estar cercano a materiales inflamables o contaminantes, afectando la seguridad del personal y la integridad de los insumos almacenados.	Realiz:ar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identi:icar el alcance de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5475E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCIN BOYACA REAL	1. En el 6rea de almacenamiento y preparaci.n de insumos se evidencia un tomacorriente desprendido de la pared, con cableado parcialmente expuesto y ubicado junto a bolsas rojas para residuos peligrosos. Esta condici.n incumple el Reglamento TGcnico de Instalaciones ElGctricas (RETIEC y representa riesgo de electrocuci.n, cortocircuito o incendio, especialmente a l estar cercano a materiales inflamables o contaminantes, afectando la seguridad del personal y la integridad de los insumos almacenados.	Ejecutar actividades de mantenimiento (instalaci.n de tomacorrienteC	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5475E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCIN BOYACA REAL	2.El techo del 6rea presenta humedad, fisuras y signos de filtraci.n de agua, algunas pr.ximas a una luminaria. Esta condici.n incumple los requisitos de saneamiento en edificaciones establecidos en el Ttulo IV de la Ley 1 de 1171, pudiendo favorecer proliferaci.n de mohos, deterioro estructural y riesgo elGctrico por la cercana con instalaciones de iluminaci.n, lo que compromete las condiciones de almacenamiento seguro de los insumos.	Realiz:ar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identi:icar el alcance de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5475E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCIN BOYACA REAL	2.El techo del 6rea presenta humedad, fisuras y signos de filtraci.n de agua, algunas pr.ximas a una luminaria. Esta condici.n incumple los requisitos de saneamiento en edificaciones establecidos en el Ttulo IV de la Ley 1 de 1171, pudiendo favorecer proliferaci.n de mohos, deterioro estructural y riesgo elGctrico por la cercana con instalaciones de iluminaci.n, lo que compromete las condiciones de almacenamiento seguro de los insumos.	Realiz:ar programaci.n de las actividades	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5475E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCIN BOYACA REAL	2.El techo del 6rea presenta humedad, fisuras y signos de filtraci.n de agua, algunas pr.ximas a una luminaria. Esta condici.n incumple los requisitos de saneamiento en edificaciones establecidos en el Ttulo IV de la Ley 1 de 1171, pudiendo favorecer proliferaci.n de mohos, deterioro estructural y riesgo elGctrico por la cercana con instalaciones de iluminaci.n, lo que compromete las condiciones de almacenamiento seguro de los insumos.	Ejecutar actividades de mantenimiento	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME5475E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALES NIDAD DE ATENCIN BOYACA REAL	2.El techo del 6rea presenta humedad, fisuras y signos de filtraci.n de agua, algunas pr.ximas a una luminaria. Esta condici.n incumple los requisitos de saneamiento en edificaciones establecidos en el Ttulo IV de la Ley 1 de 1171, pudiendo favorecer proliferaci.n de mohos, deterioro estructural y riesgo elGctrico por la cercana con instalaciones de iluminaci.n, lo que compromete las condiciones de almacenamiento seguro de los insumos.	Realiz:ar verificaci.n de las actividades entregadas e identificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Se verific. la licencia de pr6ctica mGdica del equipo de rayos N periapical marca Siemens, modelo Heliodent 70, identificada con la Resoluci.n No. 762 del 01 de febrero de 2021. En dicha licencia no se evidencia actuali:aci.n del representante legal. Es importante anotar que la actual representante legal de la instituci.n lleva m6s de un (1C a-o en el cargo, por lo cual se recomienda gestionar la actuali:aci.n correspondiente ante la autoridad competente.	Verificar si existen documentos o registros institucionales actuali:ados de datos del representante legal.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Se verific. la licencia de pr6ctica mGdica del equipo de rayos N periapical marca Siemens, modelo Heliodent 70, identificada con la Resoluci.n No. 762 del 01 de febrero de 2021. En dicha licencia no se evidencia actuali:aci.n del representante legal. Es importante anotar que la actual representante legal de la instituci.n lleva m6s de un (1C a-o en el cargo, por lo cual se recomienda gestionar la actuali:aci.n correspondiente ante la autoridad competente.	Realiz:ar la actuali:aci.n de la licencia de pr6ctica medica correspondiente ante la autoridad competente de requerirse.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Se verific. la licencia de pr6ctica mGdica del equipo de rayos N periapical marca Siemens, modelo Heliodent 70, identificada con la Resoluci.n No. 762 del 01 de febrero de 2021. En dicha licencia no se evidencia actuali:aci.n del representante legal. Es importante anotar que la actual representante legal de la instituci.n lleva m6s de un (1C a-o en el cargo, por lo cual se recomienda gestionar la actuali:aci.n correspondiente ante la autoridad competente.	Verificar la inclusi.n de la actuali:aci.n de la licencia de pr6ctica medica en la hoja de vida del equipo biomGdico	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	El 6rea de revelado es de tipo convencional, haciendo uso de revelador y fijador. Sin embargo, no cuenta con un sistema de extracci.n de gases, lo cual representa un riesgo por exposici.n a vapores quimicos. Adicionalmente, se evidenci. que el mes.n destinado para el proceso, carece de poceta, lo que limita la adecuada disposici.n y manejo de los insumos utili:ados.	Realiz:ar mesa de trabajo con la Oficina de infraestructura, biomGdica con el fin de revisar viabilidad de las adecuaciones requeridas en 6rea de revelado de servicio de odontologa de la nidad Engativ6 Calle 80	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	El 6rea de revelado es de tipo convencional, haciendo uso de revelador y fijador. Sin embargo, no cuenta con un sistema de extracci.n de gases, lo cual representa un riesgo por exposici.n a vapores quimicos. Adicionalmente, se evidenci. que el mes.n destinado para el proceso, carece de poceta, lo que limita la adecuada disposici.n y manejo de los insumos utili:ados.	Realiz:ar solicitud de las adecuaciones viables definidas en la mesa de trabajo.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	El Grea de revelado es de tipo convencional, haciendo uso de revelador y fijador. Sin embargo, no cuenta con un sistema de extracci.n de gases, lo cual representa un riesgo por exposici.n a vapores quimicos. Adicionalmente, se evidenci. que el mes.n destinado para el proceso, carece de poceta, lo que limita la adecuada disposici.n y manejo de los insumos utili:ados.	Realiz:ar las adecuaciones requeridas en el servicio de odontologa de la nidad Engativ6 Calle 80	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	El Grea de revelado es de tipo convencional, haciendo uso de revelador y fijador. Sin embargo, no cuenta con un sistema de extracci.n de gases, lo cual representa un riesgo por exposici.n a vapores quimicos. Adicionalmente, se evidenci. que el mes.n destinado para el proceso, carece de poceta, lo que limita la adecuada disposici.n y manejo de los insumos utili:ados.	Verificar las adecuaciones requeridas en el servicio de odontologa de la nidad Engativ6 Calle 80	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Es fundamental garanti:ar la adherencia a los procesos documentales establecidos, especialmente en lo relacionado con la semafori:aci.n de medicamentos. Al revisar el Instructivo de uso de medicamentos de alto riesgo MAR y LASA, se evidenci. una inconsistencia en la aplicaci.n del c.digo de colores para la anestesia NeScana 22 (Lidocana al 22 con Epinefrina 1:80.000, soluci.n inyectableC marcada con color rojo, y no con color a:ul como lo establece el documento, lo que indica un error en la semafori:aci.n que puede generar confusi.n en el personal y posibles fallas en la gesti.n de medicamentos de alto riesgo.	Programar capacitaciones para auxiliares del servicio de odontologa consulta externa en el en el Hospital Engativ6 Cile 80	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Es fundamental garanti:ar la adherencia a los procesos documentales establecidos, especialmente en lo relacionado con la semafori:aci.n de medicamentos. Al revisar el Instructivo de uso de medicamentos de alto riesgo MAR y LASA, se evidenci. una inconsistencia en la aplicaci.n del c.digo de colores para la anestesia NeScana 22 (Lidocana al 22 con Epinefrina 1:80.000, soluci.n inyectableC marcada con color rojo, y no con color a:ul como lo establece el documento, lo que indica un error en la semafori:aci.n que puede generar confusi.n en el personal y posibles fallas en la gesti.n de medicamentos de alto riesgo.	Capacitar a las auxiliares del servicio de odontologa en diligenciamiento de formatos Vardex de dispositivos medicos c.digo MIESCEFE401 y Formato de kardex de medicamentos c.digo MIESCEFE400, formato de recepci.n tGcnica MIESCEFE220 en el Hospital Engativ6 Cile 80	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Es fundamental garanti:ar la adherencia a los procesos documentales establecidos, especialmente en lo relacionado con la semafori:aci.n de medicamentos. Al revisar el Instructivo de uso de medicamentos de alto riesgo MAR y LASA, se evidenci. una inconsistencia en la aplicaci.n del c.digo de colores para la anestesia NeScana 22 (Lidocana al 22 con Epinefrina 1:80.000, soluci.n inyectableC marcada con color rojo, y no con color a:ul como lo establece el documento, lo que indica un error en la semafori:aci.n que puede generar confusi.n en el personal y posibles fallas en la gesti.n de medicamentos de alto riesgo.	Verificar diligenciamiento de formatos Vardex dispositivos medicos, medicamentos, recepci.n tGcnica c.digos MIESCEFE401, MIESCEFE400. MIESCEFE220 en el Hospital Engativ6 Cile 80	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Es fundamental garanti:ar la adherencia a los procesos documentales establecidos, especialmente en lo relacionado con la semafori:aci.n de medicamentos. Al revisar el Instructivo de uso de medicamentos de alto riesgo MAR y LASA, se evidenci. una inconsistencia en la aplicaci.n del c.digo de colores para la anestesia NeScana 22 (Lidocana al 22 con Epinefrina 1:80.000, soluci.n inyectableC marcada con color rojo, y no con color azul como lo establece el documento, lo que indica un error en la semafori:aci.n que puede generar confusi.n en el personal y posibles fallas en la gesti.n de medicamentos de alto riesgo.	Retroalimentar resultados y tomar correctivos	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Se evidenci. que el horario de atenci.n del servicio de radiologa odontol.gica no es concordante con lo relacionado en el registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, donde se indica atenci.n de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:40 p.m. Sin embargo, se reporta que la toma de radiografas es reali:ada por la especialista en endodoncia, quien presta sus servicios Hnicamente los jueves de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Por lo anterior, se recomienda actuali:ar el horario en el REPS, a fin de reflejar la prestaci.n real de l servicio	Revisar tiempos y responsables para ajustar la prestaci.n del servicio o actuali:ar REPS	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Se evidenci. que el horario de atenci.n del servicio de radiologa odontol.gica no es concordante con lo relacionado en el registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, donde se indica atenci.n de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:40 p.m. Sin embargo, se reporta que la toma de radiografas es reali:ada por la especialista en endodoncia, quien presta sus servicios Hnicamente los jueves de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Por lo anterior, se recomienda actuali:ar el horario en el REPS, a fin de reflejar la prestaci.n real de l servicio	Realiz:ar ajuste de la prestacion del Servicio conforme a lo reportado en REPS	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Se evidenci. que el horario de atenci.n del servicio de radiologa odontol.gica no es concordante con lo relacionado en el registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, donde se indica atenci.n de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:40 p.m. Sin embargo, se reporta que la toma de radiografas es reali:ada por la especialista en endodoncia, quien presta sus servicios Hnicamente los jueves de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Por lo anterior, se recomienda actuali:ar el horario en el REPS, a fin de reflejar la prestaci.n real de l servicio	Comunicar los cambios al personal involucrado y actuali:ar los documentos internos pertinentes.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4187E25 A DITORIA ODONTOLGICA ENGATIV CALLE 80	Se evidenci. que el horario de atenci.n del servicio de radiologa odontol.gica no es concordante con lo relacionado en el registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, donde se indica atenci.n de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:40 p.m. Sin embargo, se reporta que la toma de radiografas es reali:ada por la especialista en endodoncia, quien presta sus servicios Hnicamente los jueves de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Por lo anterior, se recomienda actuali:ar el horario en el REPS, a fin de reflejar la prestaci.n real de l servicio	Realiz:ar seguimiento a la prestaci.n del servicio acorde a lo reportado en REPS	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RM 05474E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCIN RINCIN	1.En el 6rea central de almacenamiento de residuos se evidencian recipientes ubicados uno sobre otro, sin espacio suficiente y canecas sin cumplimiento al nuevo c.digo de colores. De igual manera en la :ona externa destinada a la recolecci.n de los residuos se observan baldosas y superficies del piso deterioradas, con desniveles y roturas que dificultan el trónsito seguro del personal y de los vehculos de recolecci.n. Esta condici.n incumple los lineamientos de la Resoluci.n 511 de 2024, que establece que las 6reas de almacenamiento y transferencia deben contar con pisos en buen estado, impermeables, lavables y de f6cil limpie:a, evitando acumulaci.n de suciedad y el riesgo de accidentes por tropie:os o cadas.	Identificar el deterioro de las baldosas y superficies del piso en la :ona externa de recolecci.n de residuos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RM 05474E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCIN RINCIN	1.En el 6rea central de almacenamiento de residuos se evidencian recipientes ubicados uno sobre otro, sin espacio suficiente y canecas sin cumplimiento al nuevo c.digo de colores. De igual manera en la :ona externa destinada a la recolecci.n de los residuos se observan baldosas y superficies del piso deterioradas, con desniveles y roturas que dificultan el trónsito seguro del personal y de los vehculos de recolecci.n. Esta condici.n incumple los lineamientos de la Resoluci.n 511 de 2024, que establece que las 6reas de almacenamiento y transferencia deben contar con pisos en buen estado, impermeables, lavables y de f6cil limpie:a, evitando acumulaci.n de suciedad y el riesgo de accidentes por tropie:os o cadas.	Ejecutar la reparaci.n o reempl:o del piso, asegurando que sea impermeable, lavable, sin desniveles y de f6cil limpie:a.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RM 05474E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALESE NIDAD DE ATENCIN RINCIN	1.En el 6rea central de almacenamiento de residuos se evidencian recipientes ubicados uno sobre otro, sin espacio suficiente y canecas sin cumplimiento al nuevo c.digo de colores. De igual manera en la :ona externa destinada a la recolecci.n de los residuos se observan baldosas y superficies del piso deterioradas, con desniveles y roturas que dificultan el trónsito seguro del personal y de los vehculos de recolecci.n. Esta condici.n incumple los lineamientos de la Resoluci.n 511 de 2024, que establece que las 6reas de almacenamiento y transferencia deben contar con pisos en buen estado, impermeables, lavables y de f6cil limpie:a, evitando acumulaci.n de suciedad y el riesgo de accidentes por tropie:os o cadas.	Revisar que la intervenci.n cumpla con las especificaciones normativas.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RM 05474E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS AMBIENTALES EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN RINCÓN	1. En el área central de almacenamiento de residuos se evidencian recipientes ubicados uno sobre otro, sin espacio suficiente y canecas sin cumplimiento al nuevo código de colores. De igual manera en la zona externa destinada a la recolección de los residuos se observan baldosas y superficies del piso deterioradas, con desniveles y roturas que dificultan el tránsito seguro del personal y de los vehículos de recolección. Esta condición incumple los lineamientos de la Resolución 511 de 2024, que establece que las áreas de almacenamiento y transferencia deben contar con pisos en buen estado, impermeables, lavables y de fácil limpieza, evitando acumulación de suciedad y el riesgo de accidentes por tropiezos o caídas.	Ajustar los procesos de inspección periódica para detectar daños futuros antes de que representen un riesgo.	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4810E25 ADITORIA DE ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS 2025	En seguimiento al Procedimiento Normativo: Actualización Documental código ESEGCEPE04 versión 6, se evaluó que los documentos del proceso de Gestión de Servicios Ambulatorios están actualizados mínimo cada tres (3) años, de los cuales, se evidenció que ciento veinte (120) documentos de los tres (3) subprocesos se encuentran desactualizados. Se evidenció que los documentos se encuentran en proceso de revisión.	Realizar un inventario completo de todos los documentos del proceso de Gestión de Servicios Ambulatorios, registrando su fecha de creación, última revisión y fecha de vencimiento	Gestión de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4810E25 ADITORIA DE ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS 2025	En seguimiento al Procedimiento Normativo: Actualización Documental código ESEGCEPE04 versión 6, se evaluó que los documentos del proceso de Gestión de Servicios Ambulatorios están actualizados mínimo cada tres (3) años, de los cuales, se evidenció que ciento veinte (120) documentos de los tres (3) subprocesos se encuentran desactualizados. Se evidenció que los documentos se encuentran en proceso de revisión.	Poner en marcha la de revisión, iniciando con los documentos prioritarios, y definir cuáles se van a eliminar o presentan obsolescencia y cuáles deben ser actualizados	Gestión de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	102
Externa	Revisora Fiscal	RME4810E25 ADITORIA DE ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS 2025	En seguimiento al Procedimiento Normativo: Actualización Documental código ESEGCEPE04 versión 6, se evaluó que los documentos del proceso de Gestión de Servicios Ambulatorios están actualizados mínimo cada tres (3) años, de los cuales, se evidenció que ciento veinte (120) documentos de los tres (3) subprocesos se encuentran desactualizados. Se evidenció que los documentos se encuentran en proceso de revisión.	Monitorear periódicamente el cumplimiento del Procedimiento Normativo: Actualización Documental (ESEGCEPE04C) y el plan de revisión de documentos en el proceso de Gestión de Servicios Ambulatorios.	Gestión de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	112
Externa	Revisora Fiscal	RME4810E25 ADITORIA DE ADMINISTRATIVA AL PROCESO DE GESTIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS 2025	En seguimiento al Procedimiento Normativo: Actualización Documental código ESEGCEPE04 versión 6, se evaluó que los documentos del proceso de Gestión de Servicios Ambulatorios están actualizados mínimo cada tres (3) años, de los cuales, se evidenció que ciento veinte (120) documentos de los tres (3) subprocesos se encuentran desactualizados. Se evidenció que los documentos se encuentran en proceso de revisión.	Si se identifica falta de conocimiento o concientización, realizar capacitaciones de refuerzo o implementar recordatorios.	Gestión de Servicios Ambulatoria	CUMPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4818E25 A DITORIA DE GESTIN DE INDICADORES AL PROCESO GESTIN SERVICIOS AMB LATORIOS 2025	Se efectu. la revisi.n del indicador PTiempo de espera para la asignaci.n de cita para odontologa en el aplicativo Almera, en el cual, se identific. que tiene una frecuencia trimestral, cuenta con sus respectivos soportes y análisis, sin embargo, se evidenci. un resultado por debajo de la meta establecida de mantener la oportunidad de asignaci.n de citas de odontologa menor o igual a 8 das, debido a que, para el segundo trimestre del 2025 obtuvo un tiempo promedio de 8,28 das.	Disponer de la programaci.n de las agendas del servicio de odontologia de acuerdo a capacidad instalada	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4818E25 A DITORIA DE GESTIN DE INDICADORES AL PROCESO GESTIN SERVICIOS AMB LATORIOS 2025	Se efectu. la revisi.n del indicador PTiempo de espera para la asignaci.n de cita para odontologa en el aplicativo Almera, en el cual, se identific. que tiene una frecuencia trimestral, cuenta con sus respectivos soportes y análisis, sin embargo, se evidenci. un resultado por debajo de la meta establecida de mantener la oportunidad de asignaci.n de citas de odontologa menor o igual a 8 das, debido a que, para el segundo trimestre del 2025 obtuvo un tiempo promedio de 8,28 das.	Realizar seguimiento diario a la disponibilidad de agendas y a las citas sin asignar del servicio de odontologia.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4818E25 A DITORIA DE GESTIN DE INDICADORES AL PROCESO GESTIN SERVICIOS AMB LATORIOS 2025	Se efectu. la revisi.n del indicador PTiempo de espera para la asignaci.n de cita para odontologa en el aplicativo Almera, en el cual, se identific. que tiene una frecuencia trimestral, cuenta con sus respectivos soportes y análisis, sin embargo, se evidenci. un resultado por debajo de la meta establecida de mantener la oportunidad de asignaci.n de citas de odontologa menor o igual a 8 das, debido a que, para el segundo trimestre del 2025 obtuvo un tiempo promedio de 8,28 das.	Realizar articulaci.n con el equipo de agendamiento para fortalecer el conocimiento de los tiempos estipulados asignaci.n de citas de odontologia.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4818E25 A DITORIA DE GESTIN DE INDICADORES AL PROCESO GESTIN SERVICIOS AMB LATORIOS 2025	Se efectu. la revisi.n del indicador PTiempo de espera para la asignaci.n de cita para odontologa en el aplicativo Almera, en el cual, se identific. que tiene una frecuencia trimestral, cuenta con sus respectivos soportes y análisis, sin embargo, se evidenci. un resultado por debajo de la meta establecida de mantener la oportunidad de asignaci.n de citas de odontologa menor o igual a 8 das, debido a que, para el segundo trimestre del 2025 obtuvo un tiempo promedio de 8,28 das.	Realizar seguimiento del indicador Tiempo de espera para la asignaci.n de cita para odontologa	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4818E25 A DITORIA DE GESTIN DE INDICADORES AL PROCESO GESTIN SERVICIOS AMB LATORIOS 2025	Se efectu. la revisi.n del indicador PTiempo de espera para la asignaci.n de cita para odontologa en el aplicativo Almera, en el cual, se identific. que tiene una frecuencia trimestral, cuenta con sus respectivos soportes y análisis, sin embargo, se evidenci. un resultado por debajo de la meta establecida de mantener la oportunidad de asignaci.n de citas de odontologa menor o igual a 8 das, debido a que, para el segundo trimestre del 2025 obtuvo un tiempo promedio de 8,28 das.	Revisar resultados y tomar decisiones acorde a los mismos.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	2.Se evidencian escaleras con desgaste y da-os visibles que pueden comprometer la seguridad de pacientes, visitantes y colaboradores.	Elaborar un diagn.stico tGcnico del estado de las escaleras (material, estructura, recubrimiento, pasamanosC	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	2.Se evidencian escaleras con desgaste y da-os visibles que pueden comprometer la seguridad de pacientes, visitantes y colaboradores.	Ejecutar la reparaci.n o reempl:a de escalones deteriorados.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	2.Se evidencian escaleras con desgaste y da-os visibles que pueden comprometer la seguridad de pacientes, visitantes y colaboradores.	Inspeccionar las escaleras despuGs de la intervenci.n para confirmar que cumplen con los est6ndares de seguridad y normatividad.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	2.Se evidencian escaleras con desgaste y da-os visibles que pueden comprometer la seguridad de pacientes, visitantes y colaboradores.	Garanti:ar que el 6rea de infraestructura incorpore este tipo de intervenciones dentro de la planificaci.n a nual.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	4.Se evidencia deterioro en la uni.n inferior del marco de la puerta, con desprendimiento de acabado y presencia de material expuesto. Esta condici.n afecta la integridad de la superficie, dificulta la limpie:a y desinfecci.n, y representa un posible foco de acumulaci.n de sucied ad.	Programar la reparaci.n de los marcos de puertas deteriorados, definiendo materiales adecuados, lavables y resistentes, que cumplan con los lineamientos de limpie:a y desinfecci.n.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	4.Se evidencia deterioro en la uni.n inferior del marco de la puerta, con desprendimiento de acabado y presencia de material expuesto. Esta condici.n afecta la integridad de la superficie, dificulta la limpie:a y desinfecci.n, y representa un posible foco de acumulaci.n de sucied ad.	Ejecutar la intervenci.n en el marco de la puerta afectada, asegurando la reposici.n del acabado y el sellado del material expuesto	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	4.Se evidencia deterioro en la uni.n inferior del marco de la puerta, con desprendimiento de acabado y presencia de material expuesto. Esta condici.n afecta la integridad de la superficie, dificulta la limpie:a y desinfecci.n, y representa un posible foco de acumulaci.n de sucied ad.	Revisar que la superficie reparada garantice condiciones .ptimas de higiene, desinfecci.n y durabilidad.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	4.Se evidencia deterioro en la uni.n inferior del marco de la puerta, con desprendimiento de acabado y presencia de material expuesto. Esta condici.n afecta la integridad de la superficie, dificulta la limpie:a y desinfecci.n, y representa un posible foco de acumulaci.n de sucied ad.	Incorporar esta actividad al plan de mantenimiento preventivo.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	1.En el segundo piso de la sede se ubica la unidad sanitaria destinada a pacientes con movilidad reducida. Sin embargo, la apertura de la puerta no cumple con las especificaciones establecidas en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo que dificulta el acceso y salida del paciente y/o usuario.	Elaborar un plan de intervenci.n que contemple la adecuaci.n de la puerta	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	1.En el segundo piso de la sede se ubica la unidad sanitaria destinada a pacientes con movilidad reducida. Sin embargo, la apertura de la puerta no cumple con las especificaciones establecidas en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo que dificulta el acceso y salida del paciente y/o usuario.	Ejecutar la adecuaci.n del marco y sistema de apertura de la puerta para que cumpla con lo establecido en la norma.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	1.En el segundo piso de la sede se ubica la unidad sanitaria destinada a pacientes con movilidad reducida. Sin embargo, la apertura de la puerta no cumple con las especificaciones establecidas en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo que dificulta el acceso y salida del paciente y/o usuario.	Inspeccionar que la apertura de la puerta se realice de forma correcta y segura.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	1.En el segundo piso de la sede se ubica la unidad sanitaria destinada a pacientes con movilidad reducida. Sin embargo, la apertura de la puerta no cumple con las especificaciones establecidas en la Resoluci.n 8100 de 2011, lo que dificulta el acceso y salida del paciente y/o usuario.	Establecer controles peri.dicos de mantenimiento de las unidades sanitarias.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	8.Se evidencia que el ventanal del servicio de enfermera y ginecologa presenta acumulaci.n de .xido de en su estructura.	Definir responsables, periodicidad y materiales a utili:ar (pintura anticorrosiva, selladores, equipos de seguridad	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	8.Se evidencia que el ventanal del servicio de enfermera y ginecologa presenta acumulaci.n de .xido de en su estructura.	Ejecutar la limpie:a de la superficie afectada retirando el .xido.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	8.Se evidencia que el ventanal del servicio de enfermera y ginecologa presenta acumulaci.n de .xido de en su estructura.	Documentar evidencias fotogróficas y registros de las intervenciones.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5455E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS ASISTENCIALES E NIDAD DE ATENCIN RINCON	8.Se evidencia que el ventanal del servicio de enfermera y ginecologa presenta acumulaci.n de .xido de en su estructura.	Priori:ar recursos para asegurar la durabilidad de las estructuras metólicas.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME2548E25 RECOMENDACIONES EEFF S BRED NORTE 28 DE FEBRERO 2025	A corte de 28 de febrero de 2025, se evidencia un saldo contable neto de \$508.100.012.111. Sobre los cuales se identifica lo siguiente: 1. n saldo en proceso de depuraci.n por valor de \$14.081.188.287 de acuerdo con la informaci.n suministrada en la conciliaci.n contable. Dicho saldo no pudo ser confirmado de acuerdo con la limitaci.n anteriormente indicada. 2. De acuerdo con la informaci.n registrada en la conciliaci.n contable las diferencias se originan por cuentas _161510001 CV 2018821E2020 INF CES S BA _161501002 CV 2002117E2020 INFRA VERBENAL, – 1615010005 CV 2148508E2021 AMPLIACION DOTACIONCALLE 80,_161501007 CV 0860E2011 CAPS S BA , por valor de \$14.081.188.286,45 la diferencia corresponde a la legali:aci.n de los convenios, tramite a reali:ar por parte del 6rea de activos posterior a la entrega de los soportes por parte de la oficina de desarrollo institucional, para luego ser entregados junto con los movimientos de activos fijos del 6rea de contabilidad en atenci.n a las actas de liquidaci.n presenidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias e n la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronogra	Solicitar a las 6reas involucradas el envo de la informaci.n, con el fin de validar los saldos que sean objeto de actuali:aci.n	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2548E25 RECOMENDACIONES EEFF S BRED NORTE 28 DE FEBRERO 2025	A corte de 28 de febrero de 2025, se evidencia un saldo contable neto de \$508.100.012.111. Sobre los cuales se identifica lo siguiente: 1. n saldo en proceso de depuraci.n por valor de \$14.081.188.287 de acuerdo con la informaci.n suministrada en la conciliaci.n contable. Dicho saldo no pudo ser confirmado de acuerdo con la limitaci.n anteriormente indicada. 2. De acuerdo con la informaci.n registrada en la conciliaci.n contable las diferencias se originan por cuentas _161510001 CV 2018821E2020 INF CES S BA _161501002 CV 2002117E2020 INFRA VERBENAL, – 1615010005 CV 2148508E2021 AMPLIACION DOTACIONCALLE 80,_161501007 CV 0860E2011 CAPS S BA , por valor de \$14.081.188.286,45 la diferencia corresponde a la legali:aci.n de los convenios, tramite a reali:ar por parte del 6rea de activos posterior a la entrega de los soportes por parte de la oficina de desarrollo institucional, para luego ser entregados junto con los movimientos de activos fijos del 6rea de contabilidad en atenci.n a las actas de liquidaci.n presen	Se requiere toda la documentaci.n necesaria, referente a la ejecuci.n de convenios, para hacer los respectivos ajustes y actuali:aciones contables, en los respectivos m.dulos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME2548E25 RECOMENDACIONES EEF S BRED NORTE 28 DE FEBRERO 2025	A corte de 28 de febrero de 2025, se evidencia un saldo contable neto de \$508.100.012.111. Sobre los cuales se identifica lo siguiente: 1. n saldo en proceso de depuraci.n por valor de \$14.081.188.287 de acuerdo con la informaci.n suministrada en la conciliaci.n contable. Dicho saldo no pudo ser confirmado de acuerdo con la limitaci.n anteriormente indicada. 2. De acuerdo con la informaci.n registrada en la conciliaci.n contable las diferencias se originan por cuentas _161510001 CV 2018821E2020 INF CES S BA _161501002 CV 2002117E2020 INFRA VERBENAL, – 1615010005 CV 2148508E2021 AMPLIACION DOTACIONCALLE 80,_161501007 CV 0860E2011 CAPS S BA , por valor de \$14.081.188.286,45 la diferencia corresponde a la legali:aci.n de los convenios, tramite a reali:ar por parte del Grea de activos posterior a la entrega de los soportes por parte de la oficina de desarrollo institucional, para luego ser entregados junto con los movimientos de activos fijos del Grea de contabilidad en atenci.n a las actas de liquidaci.n presenWWWWW WWWWW WWWWW WWWWW WWWWW WWWWW WWWWW	Esta informaci.n se actuali:ar6 una ve: se alleguen los documentos que validen tanto la ejecuci.n de los convenios, como los costos y gastos que corresponden al inmueble	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME2548E25 RECOMENDACIONES EEF S BRED NORTE 28 DE FEBRERO 2025	A corte de 28 de febrero de 2025, se evidencia un saldo contable neto de \$508.100.012.111. Sobre los cuales se identifica lo siguiente: 1. n saldo en proceso de depuraci.n por valor de \$14.081.188.287 de acuerdo con la informaci.n suministrada en la conciliaci.n contable. Dicho saldo no pudo ser confirmado de acuerdo con la limitaci.n anteriormente indicada. 2. De acuerdo con la informaci.n registrada en la conciliaci.n contable las diferencias se originan por cuentas _161510001 CV 2018821E2020 INF CES S BA _161501002 CV 2002117E2020 INFRA VERBENAL, – 1615010005 CV 2148508E2021 AMPLIACION DOTACIONCALLE 80,_161501007 CV 0860E2011 CAPS S BA , por valor de \$14.081.188.286,45 la diferencia corresponde a la legali:aci.n de los convenios, tramite a reali:ar por parte del Grea de activos posterior a la entrega de los soportes por parte de la oficina de desarrollo institucional, para luego ser entregados junto con los movimientos de activos fijos del Grea de contabilidad en atenci.n a las actas de liquidaci.n presenidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias e n la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronogra	Realiz:aci.n de conciliaci.n de los saldos de la cuenta construcciones en curso	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8848E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O SAN L IS Y LORENCITA VILLEGAS	Se verific. la sede de San Luis ha estado experimentando problemas de conectividad con el proveedor de internet TIGO durante los Hltimos tres meses. la conexi.n se reali:a a travGs de m.dems inal6mbricos de la marca HuaSei, lo que impide que el antivirus se actualice correctamente. Esta falta de actuali:aciones se debe a la inestabilidad de la conexi.n, que interrumpe el proceso de descarga de las definiciones de virus y parches de seguridad. Como resultado, los equipos quedan vulnerables a posibles virus y amena:as cibernGticas.	Definir requisitos tGcnicos mnimos (ancho de banda, SLA, redundancia, IPs, tiempo de instalaci.nC y aprobarlos internamente.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8848E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O SAN L IS Y LORENCITA VILLEGAS	Se verific. la sede de San Luis ha estado experimentando problemas de conectividad con el proveedor de internet TIGO durante los Hltimos tres meses. la conexi.n se reali:a a travGs de m.dems inal6mbricos de la marca HuaSei, lo que impide que el antivirus se actualice correctamente. Esta falta de actuali:aciones se debe a la inestabilidad de la conexi.n, que interrumpe el proceso de descarga de las definiciones de virus y parches de seguridad. Como resultado, los equipos quedan vulnerables a posibles virus y amena:as cibernGticas.	Solicitar coti:aciones y requerir cartas de factibilidad a mnimo 2 proveedores.	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8848E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O SAN L IS Y LORENCITA VILLEGAS	Se verific. la sede de San Luis ha estado experimentando problemas de conectividad con el proveedor de internet TIGO durante los Hltimos tres meses. la conexi.n se reali:a a travGs de m.dems inal6mbricos de la marca HuaSei, lo que impide que el antivirus se actualice correctamente. Esta falta de actuali:aciones se debe a la inestabilidad de la conexi.n, que interrumpe el proceso de descarga de las definiciones de virus y parches de seguridad. Como resultado, los equipos quedan vulnerables a posibles virus y amena:as cibernGticas.	Evaluar factibilidad de las propuestas presentadas por los proveedores	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8848E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O SAN L IS Y LORENCITA VILLEGAS	Se verific. la sede de San Luis ha estado experimentando problemas de conectividad con el proveedor de internet TIGO durante los Hltimos tres meses. la conexi.n se reali:a a travGs de m.dems inal6mbricos de la marca HuaSei, lo que impide que el antivirus se actualice correctamente. Esta falta de actuali:aciones se debe a la inestabilidad de la conexi.n, que interrumpe el proceso de descarga de las definiciones de virus y parches de seguridad. Como resultado, los equipos quedan vulnerables a posibles virus y amena:as cibernGticas.	Sociali:ar las recomendaciones y presentarlas	Gesti. n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8848E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O SAN L IS Y LORENCITA VILLEGAS	Se verific. que los equipos en la sede Lorencita Villegas de Santos no cuentan con polticas de restricci.n para sitios no autori:ados, como juegos, contenido sexual y violencia. Actualmente, solo se aplican restricciones a plataformas como YouTube y Facebook. Es necesario verificar, ya que el fireSall no est6 actuali:ando correctamente las poltic as de restricci.n para las direcciones IP de esta sede .	Definir categoras a bloquear y aprobar lista blanc a mnima	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME8848E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O SAN L IS Y LORENCITA VILLEGAS	Se verific. que los equipos en la sede Lorencita Villegas de Santos no cuentan con polticas de restricci.n para sitios no autori:ados, como juegos, contenido sexual y violencia. Actualmente, solo se aplican restricciones a plataformas como YouTube y Facebook. Es necesario verificar, ya que el fireSall no est6 actuali:ando correctamente las poltic as de restricci.n para las direcciones IP de esta sede .	Crear objetos por subred/VLAN y migrar reglas desde IPs sueltas	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8848E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O SAN L IS Y LORENCITA VILLEGAS	Se verific. que los equipos en la sede Lorencita Villegas de Santos no cuentan con polticas de restricci.n para sitios no autori:ados, como juegos, contenido sexual y violencia. Actualmente, solo se aplican restricciones a plataformas como YouTube y Facebook. Es necesario verificar, ya que el fireSall no est6 actuali:ando correctamente las poltic as de restricci.n para las direcciones IP de esta sede .	Probar en grupo piloto y ajustar excepciones (lista blancaC	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME8848E25 A DITORIA EN SEG RIDAD DE LA INFORMACIN O SAN L IS Y LORENCITA VILLEGAS	Se verific. que los equipos en la sede Lorencita Villegas de Santos no cuentan con polticas de restricci.n para sitios no autori:ados, como juegos, contenido sexual y violencia. Actualmente, solo se aplican restricciones a plataformas como YouTube y Facebook. Es necesario verificar, ya que el fireSall no est6 actuali:ando correctamente las poltic as de restricci.n para las direcciones IP de esta sede .	Estandari:ar checklist de cambios y documentar procedimiento	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	En saquen donde se tiene el Rack de comunicaciones se recomienda tener un control m6s adecuado, y seguro. Ya que la puerta permanece abierta y no se cuenta con premiosas de seguridad (camara de vigilanciaC, para este se puede tener un control de acceso con tarjeta o control biometrico.	Definir el sistema de control de acceso a implementar	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	En saquen donde se tiene el Rack de comunicaciones se recomienda tener un control m6s adecuado, y seguro. Ya que la puerta permanece abierta y no se cuenta con premiosas de seguridad (camara de vigilanciaC, para este se puede tener un control de acceso con tarjeta o control biometrico.	Adquisici.n del sistema de seguridad	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	En saquen donde se tiene el Rack de comunicaciones se recomienda tener un control m6s adecuado, y seguro. Ya que la puerta permanece abierta y no se cuenta con premiosas de seguridad (camara de vigilanciaC, para este se puede tener un control de acceso con tarjeta o control biometrico.	Validar la implementaci.n del sistema de seguridad	G esti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	En saquen donde se tiene el Rack de comunicaciones se recomienda tener un control m6s adecuado, y seguro. Ya que la puerta permanece abierta y no se cuenta con premiosas de seguridad (camara de vigilanciaC, para este se puede tener un control de acceso con tarjeta o control biometrico.	Aplicar acciones correctivas en caso de da-os en el sistema de seguridad	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	Durante la revisi.n aleatoria de los equipos de c.mputo en el centro de salud saquen se evidencia que varios equipos No tienen activa la licencia de WindoSs 10 Pro.	Definir Cronograma procedimiento de muestreo	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	Durante la revisi.n aleatoria de los equipos de c.mputo en el centro de salud saquen se evidencia que varios equipos No tienen activa la licencia de WindoSs 10 Pro.	Implementar el cronograma de muestreo	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	Durante la revisi.n aleatoria de los equipos de c.mputo en el centro de salud saquen se evidencia que varios equipos No tienen activa la licencia de Windo\$ 10 Pro.	Emitir informe de la sede con los halla:gos encontrados	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	Durante la revisi.n aleatoria de los equipos de c.mputo en el centro de salud saquen se evidencia que varios equipos No tienen activa la licencia de Windo\$ 10 Pro.	Aplicar acciones correctivas de acuerdo a los halla:gos encontrados	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	Realizando la prueba a los equipos de computo de la sede San Cristobal, se evidenci. que el equipo de c.mputo de nombre 44EfarmacE101 que esta ubicado en Farmacia SS se estaba apagando. Se recomienda validar el mHltimo mantenimiento realizado, o verificar si tiene problemas de hardSare.	Realizar diagn.stico y mantenimiento correctivo/preventivo al equipo 44EfarmacE101.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	Realizando la prueba a los equipos de computo de la sede San Cristobal, se evidenci. que el equipo de c.mputo de nombre 44EfarmacE101 que esta ubicado en Farmacia SS se estaba apagando. Se recomienda validar el mHltimo mantenimiento realizado, o verificar si tiene problemas de hardSare.	Ejecutar el procedimiento de mantenimiento al equipo de computo.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	Realizando la prueba a los equipos de computo de la sede San Cristobal, se evidenci. que el equipo de c.mputo de nombre 44EfarmacE101 que esta ubicado en Farmacia SS se estaba apagando. Se recomienda validar el mHltimo mantenimiento realizado, o verificar si tiene problemas de hardSare.	Verificar la hoja de vida del equipo de computo	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4617E25 A DITORIA TICS S BRED NORTE	Realizando la prueba a los equipos de computo de la sede San Cristobal, se evidenci. que el equipo de c.mputo de nombre 44EfarmacE101 que esta ubicado en Farmacia SS se estaba apagando. Se recomienda validar el mHltimo mantenimiento realizado, o verificar si tiene problemas de hardSare.	Aplicar las acciones correctivas en caso de continuidad de la falla	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Ausencia de la conciliaci.n de los convenios suscritos por la entidad, toda ve: que, al verificar el anexo emitido por la entidad, las cuentas relacionadas no se encuentran conciliadas con los valores registrados en contabilidad.	Realizar mesa de trabajo para la planeaci.n de la a ctividad	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Ausencia de la conciliaci.n de los convenios suscritos por la entidad, toda ve: que, al verificar el anexo emitido por la entidad, las cuentas relacionadas no se encuentran conciliadas con los valores registrados en contabilidad.	Solicitar instructivo o procedimiento de conciliaciones contables	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Ausencia de la conciliaci.n de los convenios suscritos por la entidad, toda ve: que, al verificar el anexo emitido por la entidad, las cuentas relacionadas no se encuentran conciliadas con los valores registrados en contabilidad.	Establecer cronograma con la participaci.n de la areas involucradas	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Ausencia de la conciliaci.n de los convenios suscritos por la entidad, toda ve: que, al verificar el anexo emitido por la entidad, las cuentas relacionadas no se encuentran conciliadas con los valores registrados en contabilidad.	Dar inicio a la actividad	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Se reali.: la verificaci.n de las cuentas 270101001 O Civiles y 270108001 O Administrativas, identificando 18 procesos clasificados como probables que no cuentan con un valor inicial registrado. Como resultado, dichos procesos no se encuentran reconocidos en los estados financieros con corte a junio de 2025.	Concepto ante la Contadura general de la naci.n sobre el registro contable de los pasivos contingentes o las provisiones cuando la demanda no contiene el valor de las pretensiones econ.micas.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Se reali.: la verificaci.n de las cuentas 270101001 O Civiles y 270108001 O Administrativas, identificando 18 procesos clasificados como probables que no cuentan con un valor inicial registrado. Como resultado, dichos procesos no se encuentran reconocidos en los estados financieros con corte a junio de 2025.	Solicitud a la oficina de talento humano la matri: de los salarios establecidos para los funcionarios de planta.	Gesti.n Yurdica	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Se reali.: la verificaci.n de las cuentas 270101001 O Civiles y 270108001 O Administrativas, identificando 18 procesos clasificados como probables que no cuentan con un valor inicial registrado. Como resultado, dichos procesos no se encuentran reconocidos en los estados financieros con corte a junio de 2025.	Realiz:ar matri: para el c6lculo de los procesos de contrato realidad que refleje solamente un promedio.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Se reali.: la verificaci.n de las cuentas 270101001 O Civiles y 270108001 O Administrativas, identificando 18 procesos clasificados como probables que no cuentan con un valor inicial registrado. Como resultado, dichos procesos no se encuentran reconocidos en los estados financieros con corte a junio de 2025.	Socializ:aci.n de matri: para el c6lculo de los procesos de contrato realidad que refleje solamente un promedio, con loa abogados de defensa para actualiz:ar las cuantias de los procesos que no establecen un valor economico en supretensi.n.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Se reali.: la verificaci.n de las cuentas 270101001 O Civiles y 270108001 O Administrativas, identificando 18 procesos clasificados como probables que no cuentan con un valor inicial registrado. Como resultado, dichos procesos no se encuentran reconocidos en los estados financieros con corte a junio de 2025.	Incluir en la Version 2.0 Anexo E Calificaci.n procesos judiciales la matri: para el calculo de los procesos de contrato realidad que refleje solo un promedio.	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>En el mes de junio se efectHa un movimiento crGdito en la cuenta del patrimonio 822502001 por valor \$712.426.548 por concepto de ajuste de provisi.n de cesantas. De acuerdo a lo indagado con la entidad, este valor obedece a ajustes de provisiones de cesantas retroactivas, derivados de una verificaci.n efectuada por el 6rea de Talento Humano con corte al 80 de junio de 2025.</p> <p>Sin embargo, dado que se trata de ajustes correspondientes a la vigencia 2025, el registro no debera afectar la cuenta del patrimonio.</p> <p>Se solicit. a la administraci.n el concepto tGcnico que soporta el registro, as como los documentos y análisis reali:ados por el 6rea de Talento Humano para determinar la ra:onabilidad del ajusteA sin embargo, no fueron entregados los soportes que evidencien el c6lculo de la transacci.n.</p> <p>En cuanto al concepto tGcnico aplicado, la entidad indic. que se encuentra en tr6mite la solicitud de concepto ante la Contadura General de la Naci.n, con el prop.sito de validar el tratamiento contable corresponWWWWWWW</p>	Revisi.n de cada uno de los movimientos que se originan para el reporte al 6rea de contabilidad.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>En el mes de junio se efectHa un movimiento crGdito en la cuenta del patrimonio 822502001 por valor \$712.426.548 por concepto de ajuste de provisi.n de cesantas. De acuerdo a lo indagado con la entidad, este valor obedece a ajustes de provisiones de cesantas retroactivas, derivados de una verificaci.n efectuada por el 6rea de Talento Humano con corte al 80 de junio de 2025.</p> <p>Sin embargo, dado que se trata de ajustes correspondientes a la vigencia 2025, el registro no debera afectar la cuenta del patrimonio.</p> <p>Se solicit. a la administraci.n el concepto tGcnico que soporta el registro, as como los documentos y análisis reali:ados por el 6rea de Talento Humano para determinar la ra:onabilidad del ajusteA sin embargo, no fueron entregados los soportes que evidencien el c6lculo de la transacci.n.</p> <p>En cuanto al concepto tGcnico aplicado, la entidad indic. que se encuentra en tr6mite la solicitud de concepto ante la Contadura General de la Naci.n, con el prop.sito de validar el tratamiento contable corresponidad de</p>	Revision de los saldos de los movimientos	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>En el mes de junio se efectHa un movimiento crGdito en la cuenta del patrimonio 822502001 por valor \$712.426.548 por concepto de ajuste de provisi.n de cesantas. De acuerdo a lo indagado con la entidad, este valor obedece a ajustes de provisiones de cesantas retroactivas, derivados de una verificaci.n efectuada por el 6rea de Talento Humano con corte al 80 de junio de 2025.</p> <p>Sin embargo, dado que se trata de ajustes correspondientes a la vigencia 2025, el registro no debera afectar la cuenta del patrimonio.</p> <p>Se solicit. a la administraci.n el concepto tGcnico que soporta el registro, as como los documentos y anélisis reali:ados por el 6rea de Talento Humano para determinar la ra:onabilidad del ajusteA sin embargo, no fueron entregados los soportes que evidencien el cólculo de la transacci.n.</p> <p>En cuanto al concepto tGcnico aplicado, la entidad indic. que se encuentra en trómite la solicitud de concepto ante la Contadura General de la Naci.n, con el prop.sito de validar el tratamiento contable corresponidad de</p>	Soporte por parte de talento humano de la diferencia en provision del tercero a contabilidad	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>En el mes de junio se efectHa un movimiento crGdito en la cuenta del patrimonio 822502001 por valor \$712.426.548 por concepto de ajuste de provisi.n de cesantas. De acuerdo a lo indagado con la entidad, este valor obedece a ajustes de provisiones de cesantas retroactivas, derivados de una verificaci.n efectuada por el 6rea de Talento Humano con corte al 80 de junio de 2025.</p> <p>Sin embargo, dado que se trata de ajustes correspondientes a la vigencia 2025, el registro no debera afectar la cuenta del patrimonio.</p> <p>Se solicit. a la administraci.n el concepto tGcnico que soporta el registro, as como los documentos y anélisis reali:ados por el 6rea de Talento Humano para determinar la ra:onabilidad del ajusteA sin embargo, no fueron entregados los soportes que evidencien el cólculo de la transacci.n.</p> <p>En cuanto al concepto tGcnico aplicado, la entidad indic. que se encuentra en trómite la solicitud de concepto ante la Contadura General de la Naci.n, con el prop.sito de validar el tratamiento contable corresponWWWWWWW</p>	Análisis de la cuenta contable a afectar en el caso de que no se cuente con saldo en la provision	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>En el mes de junio se efectuó un movimiento creditado en la cuenta del patrimonio 822502001 por valor \$712.426.548 por concepto de ajuste de provisión de cesantas. De acuerdo a lo indagado con la entidad, este valor obedece a ajustes de provisiones de cesantas retroactivas, derivados de una verificación efectuada por el área de Talento Humano con corte al 30 de junio de 2025.</p> <p>Sin embargo, dado que se trata de ajustes correspondientes a la vigencia 2025, el registro no deberá afectar la cuenta del patrimonio.</p> <p>Se solicitó a la administración el concepto técnico que soporta el registro, así como los documentos y análisis realizados por el área de Talento Humano para determinar la razonabilidad del ajuste. Sin embargo, no fueron entregados los soportes que evidencien el cálculo de la transacción.</p> <p>En cuanto al concepto técnico aplicado, la entidad indica que se encuentra en trámite la solicitud de concepto ante la Contaduría General de la Nación, con el propósito de validar el tratamiento contable correspondiente.</p>	Registro contable del movimiento debidamente soportado, concepto CGN	Gestión del Talento Humano	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>Se realizó la revisión y recálculo de una muestra de 10 empleados, incluyendo tanto empleados públicos como trabajadores oficiales. Con base en lo dispuesto en el Decreto 1252 de 2000, se identificó que la funcionaria Felisa Vafara Rivas (CC 81.756.128C, quien se acoge al régimen de cesantas retroactivas, no cuenta con la respectiva provisión registrada.</p> <p>Al consultar con el área de Talento Humano, se indicó que el sistema de información Dinámica Gerencial no tiene habilitada la funcionalidad para el cálculo y registro automático de dicha prestación para los funcionarios cobijados por este régimen.</p> <p>Adicionalmente, se detectaron fluctuaciones significativas (tanto negativas como positivas) en las cuentas de costo y gasto de cesantías retroactivas durante los meses de febrero, marzo y junio.</p>	Diagnóstico del estado del módulo de cesantas retroactivas	Gestión del Talento Humano	Cumplida	100%

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE**  
**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>Se reali.: la revisi.n y rec6lculo de una muestra de 10 empleados, incluyendo tanto empleados pHblicos como trabajadores oficiales. Con base en lo dispuesto en el Decreto 1252 de 2000, se identific. que la funcionaria Felisa Viafara Rivas (CC 81.756.128C, quien se acoge al rGgimen de cesantas retroactivas, no cuenta con la respectiva provisi.n registrada.</p> <p>Al consultar con el 6rea de Talento Humano, se indic. que el sistema de informaci.n Din6mica Gerencial no tiene habilitada la funcionalidad para el c6lculo y registro autom6tico de dicha prestaci.n para los funcionarios cobijados por este rGgimen.</p> <p>Adicionalmente, se detectaron fluctuaciones significativas (tanto negativas como positivasC en las cuentas de costo y gasto de cesantias retroactivas durante los meses de febrero, mar:o y junio.</p>	Mesa de trabajo con la oficina de TICS para fortalecer el proceso de implementaci.n del m.dulo, priorizando la liquidaci.n de las cesantas retroactivas	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>Se reali.: la revisi.n y rec6lculo de una muestra de 10 empleados, incluyendo tanto empleados pHblicos como trabajadores oficiales. Con base en lo dispuesto en el Decreto 1252 de 2000, se identific. que la funcionaria Felisa Viafara Rivas (CC 81.756.128C, quien se acoge al rGgimen de cesantas retroactivas, no cuenta con la respectiva provisi.n registrada.</p> <p>Al consultar con el 6rea de Talento Humano, se indic. que el sistema de informaci.n Din6mica Gerencial no tiene habilitada la funcionalidad para el c6lculo y registro autom6tico de dicha prestaci.n para los funcionarios cobijados por este rGgimen.</p> <p>Adicionalmente, se detectaron fluctuaciones significativas (tanto negativas como positivasC en las cuentas de costo y gasto de cesantias retroactivas durante los meses de febrero, mar:o y junio.</p>	Validar la liquidaci.n de la provisiones por concepto de cesantas retroactivas, corriendo el proceso y comparando con la matri: de excel	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>Se reali.: la revisi.n y rec6lculo de una muestra de 10 empleados, incluyendo tanto empleados pHblicos como trabajadores oficiales. Con base en lo dispuesto en el Decreto 1252 de 2000, se identific. que la funcionaria Felisa Viafara Rivas (CC 81.756.128C, quien se acoge al rGgimen de cesantas retroactivas, no cuenta con la respectiva provisi.n registrada.</p> <p>Al consultar con el 6rea de Talento Humano, se indic. que el sistema de informaci.n Din6mica Gerencial no tiene habilitada la funcionalidad para el c6lculo y registro autom6tico de dicha prestaci.n para los funcionarios cobijados por este rGgimen.</p> <p>Adicionalmente, se detectaron fluctuaciones significativas (tanto negativas como positivasC en las cuentas de costo y gasto de cesantias retroactivas durante los meses de febrero, mar:o y junio.</p>	Conciliaci.n con el 6rea contable de acuerdo al comprobante generado por el m.dulo de cesantas retroactivas.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>En el marco de la revisi.n del plan de depuraci.n contable, se identificaron inconsistencias entre el plan de depuraci.n y los valores reportados en los documentos de conciliaci.n suministrados por la entidad:</p> <p>De acuerdo con el plan de depuraci.n la cuenta 1884 O Otros deudores, presenta saldo por valor de \$1.072.811.077. Sin embargo, de acuerdo con el documento suministrado por la entidad 188410 conciliaci.n el valor en depuraci.n es por \$1.087.611.721, generando una diferencia por valor de \$85.271.856.</p> <p>De acuerdo con el plan de depuraci.n la cuenta 2410 O Otras cuentas por pagar, presenta saldo por valor de \$2.824.802.158. Sin embargo, de acuerdo con el documento suministrado por la entidad 241010 conciliaci.n el valor en depuraci.n es por \$1.670.154.868, generando una diferencia por valor de \$658.847.710.</p>	Revisi.n de cada uno de los terceros que componen el rubro de prestamos	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>En el marco de la revisi.n del plan de depuraci.n contable, se identificaron inconsistencias entre el plan de depuraci.n y los valores reportados en los documentos de conciliaci.n suministrados por la entidad:</p> <p>De acuerdo con el plan de depuraci.n la cuenta 1884 O Otros deudores, presenta saldo por valor de \$1.072.811.077. Sin embargo, de acuerdo con el documento suministrado por la entidad 188410 conciliaci.n el valor en depuraci.n es por \$1.087.611.721, generando una diferencia por valor de \$85.271.856.</p> <p>De acuerdo con el plan de depuraci.n la cuenta 2410 O Otras cuentas por pagar, presenta saldo por valor de \$2.824.802.158. Sin embargo, de acuerdo con el documento suministrado por la entidad 241010 conciliaci.n el valor en depuraci.n es por \$1.670.154.868, generando una diferencia por valor de \$658.847.710.</p>	Identificaci.n y cruce de cada tercero con lo reportado en la conciliaci.n	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>En el marco de la revisi.n del plan de depuraci.n contable, se identificaron inconsistencias entre el plan de depuraci.n y los valores reportados en los documentos de conciliaci.n suministrados por la entidad:</p> <p>De acuerdo con el plan de depuraci.n la cuenta 1884 O Otros deudores, presenta saldo por valor de \$1.072.811.077. Sin embargo, de acuerdo con el documento suministrado por la entidad 188410 conciliaci.n el valor en depuraci.n es por \$1.087.611.721, generando una diferencia por valor de \$85.271.856.</p> <p>De acuerdo con el plan de depuraci.n la cuenta 2410 O Otras cuentas por pagar, presenta saldo por valor de \$2.824.802.158. Sin embargo, de acuerdo con el documento suministrado por la entidad 241010 conciliaci.n el valor en depuraci.n es por \$1.670.154.868, generando una diferencia por valor de \$658.847.710.</p>	Ajuste de los terceros y la cifra en el plan de depuraci.n	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>En el marco de la revisi.n del plan de depuraci.n contable, se identificaron inconsistencias entre el plan de depuraci.n y los valores reportados en los documentos de conciliaci.n suministrados por la entidad:</p> <p>De acuerdo con el plan de depuraci.n la cuenta 1884 O Otros deudores, presenta saldo por valor de \$1.072.811.077. Sin embargo, de acuerdo con el documento suministrado por la entidad 188410 conciliaci.n el valor en depuraci.n es por \$1.087.611.721, generando una diferencia por valor de \$85.271.856.</p> <p>De acuerdo con el plan de depuraci.n la cuenta 2410 O Otras cuentas por pagar, presenta saldo por valor de \$2.824.802.158. Sin embargo, de acuerdo con el documento suministrado por la entidad 241010 conciliaci.n el valor en depuraci.n es por \$1.670.154.868, generando una diferencia por valor de \$658.847.710.</p>	Actuali:aci.n y ajuste del plan de depuraci.n conta ble	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>Ausencia de los documentos que soportan la medici.n inicial de las propiedades de inversi.n.</p> <p>De acuerdo a indagaci.n, la entidad determin. el valor de las propiedades de inversi.n, con base a los evaluaos efectuados, sin embargo, se evidencia una diferencia de 247.481.408.514, respecto al detalle de los avalHos de las propiedades de inversi.n por un valor de \$ 241.028.115.100, y el saldo contable de la cuenta 1151 Propiedades de inversi.n por un valor de \$ 1.547.58 6.506.</p>	Validar la informaci.n registrada en el sistema	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>Ausencia de los documentos que soportan la medici.n inicial de las propiedades de inversi.n.</p> <p>De acuerdo a indagaci.n, la entidad determin. el valor de las propiedades de inversi.n, con base a los evaluaos efectuados, sin embargo, se evidencia una diferencia de 247.481.408.514, respecto al detalle de los avalHos de las propiedades de inversi.n por un valor de \$ 241.028.115.100, y el saldo contable de la cuenta 1151 Propiedades de inversi.n por un valor de \$ 1.547.58 6.506.</p>	Actuali:aci.n en el sistema de infromaci.n del grupo propiedades de inversi.n	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>Ausencia de los documentos que soportan la medici.n inicial de las propiedades de inversi.n.</p> <p>De acuerdo a indagaci.n, la entidad determin. el valor de las propiedades de inversi.n, con base a los evaluaos efectuados, sin embargo, se evidencia una diferencia de 247.481.408.514, respecto al detalle de los avalHos de las propiedades de inversi.n por un valor de \$ 241.028.115.100, y el saldo contable de la cuenta 1151 Propiedades de inversi.n por un valor de \$ 1.547.58 6.506.</p>	Conciliaci.n de la cuenta Propiedades de inversi.n con el Grea contable	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emissor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Ausencia de los documentos que soportan la medici.n inicial de las propiedades de inversi.n.  De acuerdo a indagaci.n, la entidad determin. el valor de las propiedades de inversi.n, con base a los evaluaos efectuados, sin embargo, se evidencia una diferencia de 247.481.408.514, respecto al detalle de los avalHos de las propiedades de inversi.n por un valor de \$ 241.028.115.100, y el saldo contable de la cuenta 1151 Propiedades de inversi.n por un valor de \$ 1.547.58 6.506.	Implementar las acciones determinadas en la mesa de trabajo solicitada	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	Las notas a los estados financieros en su totalidad no cumplen de manera ntegra con los requerimientos establecidos por el marco normativo vigente aplicable a entidades que no coti:an en el mercado de valores ni captan ni administran ahorro del pHblico. En particular, se identific. la omisi.n de ciertas revelaciones requeridas, las cuales son fundamentales para proporcionar una presentaci.n ra:onable y completa de la situaci.n financiera y el desempe-o de la entidad.  Las notas a los estados financieros no cumplen de manera ntegra con los requerimientos establecidos en la Resoluci.n No. 088 del 18 de febrero de 2024, as como con las disposiciones contenidas en su anexo: PPlantilla para la preparaci.n y presentaci.n uniforme de las notas a los estados financierosX. Se evidencian omisiones de informaci.n requerida que afectan la uniformidad, comparabilidad y transparencia de la informaci.n financiera presentada  Adicionalmente, algunas de las revelaciones presentadas carecen de la claridad y precisi.n necesasWWWWW WWWWW WWWWW WWWWW WWWWW	Aplicaci.n de la normatividad frente a la presentaci.n de las notas a los Estados financieros	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>Las notas a los estados financieros en su totalidad no cumplen de manera ntegra con los requerimientos establecidos por el marco normativo vigente aplicable a entidades que no coti:an en el mercado de valores ni captan ni administran ahorro del pHblico. En particular, se identific. la omisi.n de ciertas revelaciones requeridas, las cuales son fundamentales para proporcionar una presentaci.n ra:onable y completa de la situaci.n financiera y el desempe-o de la entidad.</p> <p>Las notas a los estados financieros no cumplen de manera ntegra con los requerimientos establecidos en la Resoluci.n No. 088 del 18 de febrero de 2024, as como con las disposiciones contenidas en su anexo: PPlantilla para la preparaci.n y presentaci.n uniforme de las notas a los estados financierosX. Se evidencian omisiones de informaci.n requerida que afectan la uniformidad, comparabilidad y transparencia de la informaci.n financiera presentada</p> <p>Adicionalmente, algunas de las revelaciones presentadas carecen de la claridad y precisi.n</p>	Actuali:aci.n de la presentaci.n conforme a la normatividad	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>Las notas a los estados financieros en su totalidad no cumplen de manera ntegra con los requerimientos establecidos por el marco normativo vigente aplicable a entidades que no coti:an en el mercado de valores ni captan ni administran ahorro del pHblico. En particular, se identific. la omisi.n de ciertas revelaciones requeridas, las cuales son fundamentales para proporcionar una presentaci.n ra:onable y completa de la situaci.n financiera y el desempe-o de la entidad.</p> <p>Las notas a los estados financieros no cumplen de manera ntegra con los requerimientos establecidos en la Resoluci.n No. 088 del 18 de febrero de 2024, as como con las disposiciones contenidas en su anexo: PPlantilla para la preparaci.n y presentaci.n uniforme de las notas a los estados financierosX. Se evidencian omisiones de informaci.n requerida que afectan la uniformidad, comparabilidad y transparencia de la informaci.n financiera presentada</p> <p>Adicionalmente, algunas de las revelaciones presentadas carecen de la claridad y precisi.n</p>	Presentaci.n de las notas intermedias trimestrales de acuerdo a la normatividad	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>El saldo de la Cuenta 1175 Amorti:aci.n acumulada de activos intangibles es de \$7.855.487.486A no obstante, el valor recalculado por la Revisora Fiscal correspondiente a la amorti:aci.n es de \$6.224.418.651, generando una diferencia de \$1.180.188.651.</p> <p>El recalcu de la amorti:aci.n se efectu. de acuerdo con la informaci.n suministrada en el detalle de la entidad, identificando lo siguiente:</p> <p>A. Se identificaron licencias con valor hist.rico registra das que no presentan depreciaci.n ni depreciaci.n acumulada, a pesar de tener una vida Htil de 120 meses y estar activas para depreciaci.n en el sistema.</p> <p>B. Se evidenci. que las placas con nHmeros 0000010026 y 6516415627 tienen asignada una vida Htil de 120 meses. Sin embargo, esta vida Htil difiere de las fechas de corte de depreciaci.n, lo que ha provocado que dichas placas aHn se encuentren activas para depreciaci.n.</p> <p>Cuenta 6 Depreciaci.n y Amorti:aci.n: El valor contable de la cuenta de costo por depreciaci.n y amorti:aci.n se evidencia por valor de \$ idad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte d</p>	Actuali:ar y ajustar la base de datos de inventarios de DINAMICA GERENCIAL	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME4888E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA CORTE A Y NIO 2025	<p>El saldo de la Cuenta 1175 Amorti:aci.n acumulada de activos intangibles es de \$7.855.487.486A no obstante, el valor recalculado por la Revisora Fiscal correspondiente a la amorti:aci.n es de \$6.224.418.651, generando una diferencia de \$1.180.188.651.</p> <p>El recalcu de la amorti:aci.n se efectu. de acuerdo con la informaci.n suministrada en el detalle de la entidad, identificando lo siguiente:</p> <p>A. Se identificaron licencias con valor hist.rico registra das que no presentan depreciaci.n ni depreciaci.n acumulada, a pesar de tener una vida Htil de 120 meses y estar activas para depreciaci.n en el sistema.</p> <p>B. Se evidenci. que las placas con nHmeros 0000010026 y 6516415627 tienen asignada una vida Htil de 120 meses. Sin embargo, esta vida Htil difiere de las fechas de corte de depreciaci.n, lo que ha provocado que dichas placas aHn se encuentren activas para depreciaci.n.</p> <p>Cuenta 6 Depreciaci.n y Amorti:aci.n: El valor contable de la cuenta de costo por depreciaci.n y amorti:aci.n se evidencia por valor de \$                      WWWWWWWW                      WWWWWWWW                      WWWWWWWW                      WWWWWWWW</p>	Seguimiento al adecuado manejo de los ingresos de activos fijos, de acuerdo a lo indicado en el instructivo de ingreso de bienes devolutivos y de consumo controlado	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

[illegible]

[illegible]



[illegible]

[illegible]





**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE**  
**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	Durante la revisi.n de los saldos contables comparativos correspondientes a julio de 2025 y 2024, se identific. una diferencia de \$766 entre los valores registrados en el balance de prueba de las cuentas contables 2486 (Retenci.n en la fuente e impuesto de timbreC y 4808 (Ingresos diversosC, y los reportados en los estados financieros oficiales firmados y publicados. De acuerdo con lo siguiente: Ver informe RME5515E25	Revisi.n de cada partida en excel que compone la matri: CGN	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	Durante la revisi.n de los saldos contables comparativos correspondientes a julio de 2025 y 2024, se identific. una diferencia de \$766 entre los valores registrados en el balance de prueba de las cuentas contables 2486 (Retenci.n en la fuente e impuesto de timbreC y 4808 (Ingresos diversosC, y los reportados en los estados financieros oficiales firmados y publicados. De acuerdo con lo siguiente: Ver informe RME5515E25	Revisi.n de las formulas y cruce con los Estados Financieros	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	Durante la revisi.n de los saldos contables comparativos correspondientes a julio de 2025 y 2024, se identific. una diferencia de \$766 entre los valores registrados en el balance de prueba de las cuentas contables 2486 (Retenci.n en la fuente e impuesto de timbreC y 4808 (Ingresos diversosC, y los reportados en los estados financieros oficiales firmados y publicados. De acuerdo con lo siguiente: Ver informe RME5515E25	Presentaci.n mensual del CGN	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	Al 81 de julio, la cuenta 2102 O Recursos recibidos en administraci.n, presenta un saldo en el balance por \$107.864.088. De acuerdo con indagaciones reali:adas con la entidad, se inform. que dicho valor corresponde a saldos iniciales pendientes por presentar ante el comitG para su aprobaci.n e inclusi.n en el plan de depura ci.n.	Inclusi.n de la cigra en el plan de depuraci.n	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	Al 81 de julio, la cuenta 2102 O Recursos recibidos en administraci.n, presenta un saldo en el balance por \$107.864.088. De acuerdo con indagaciones reali:adas con la entidad, se inform. que dicho valor corresponde a saldos iniciales pendientes por presentar ante el comitG para su aprobaci.n e inclusi.n en el plan de depura ci.n.	Presentaci.n a comitG tecnico de sostenibilidad	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	Al 81 de julio, la cuenta 2102 O Recursos recibidos en administraci.n, presenta un saldo en el balance por \$107.864.088. De acuerdo con indagaciones reali:adas con la entidad, se inform. que dicho valor corresponde a saldos iniciales pendientes por presentar ante el comitG para su aprobaci.n e inclusi.n en el plan de depura ci.n.	Consecuci.n de soportes, para elaboraci.n de la ficha de depuraci.n	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	Al 81 de julio, la cuenta 2102 O Recursos recibidos en administraci.n, presenta un saldo en el balance por \$107.864.088. De acuerdo con indagaciones reali:adas con la entidad, se inform. que dicho valor corresponde a saldos iniciales pendientes por presentar ante el comitG para su aprobaci.n e inclusi.n en el plan de depura ci.n.	Seguimiento en comitG de sostenibilidad	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02

[illegible]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	<p>a. Al 81 de julio de 2025, la cuenta 2401 C Adquisici.n de bienes y servicios nacionales, presenta un saldo en el balance por valor de \$117.475.760.651.</p> <p>Para el an6lisis de antigüedad, la entidad manifiesta que el sistema no genera un reporte automati:ado del c6lculo de antigüedad, por lo cual dicho an6lisis se elabora de manera manual. De acuerdo con el anexo suministrado por la entidad, denominado PSeguimiento CNP Subred Norte YulioX, se reali:a la comparaci.n entre los saldos de antigüedad reportados por la entidad y los recalculados por el equipo auditor, utili:ando los datos proporcionados por la entidad. Ver informe RME5515E25</p> <p>Adicional a lo anterior, se determina lo siguiente:</p> <p>K La entidad no genera distinc.i.n de las cuentas por pagar vigentes, son incluidas dentro del rango de 0 a 80 das</p> <p>K Se identifica cuenta por pagar vigentes clasificadas por la entidad dentro de antigüedades de 81 a 180 das</p> <p>b. Teniendo en cuenta lo estipulado en el manual de polticas contables de la entidad, se procedi.</p> <p>a. Al 81 de julio de 2025, la cuenta 2401 C Adquisici.n de bienes y servicios nacionales, presenta un saldo en el balance por valor de \$117.475.760.651.</p> <p>Para el an6lisis de antigüedad, la entidad manifiesta que el sistema no genera un reporte automati:ado del c6lculo de antigüedad, por lo cual dicho an6lisis se elabora de manera manual. De acuerdo con el anexo suministrado por la entidad, denominado PSeguimiento CNP Subred Norte YulioX, se reali:a la comparaci.n entre los saldos de antigüedad reportados por la entidad y los recalculados por el equipo auditor, utili:ando los datos proporcionados por la entidad. Ver informe RME5515E25</p> <p>Adicional a lo anterior, se determina lo siguiente:</p> <p>K La entidad no genera distinc.i.n de las cuentas por pagar vigentes, son incluidas dentro del rango de 0 a 80 das</p> <p>K Se identifica cuenta por pagar vigentes clasificadas por la entidad dentro de antigüedades de 81 a 180 das</p> <p>b. Teniendo en cuenta lo estipulado en el manual de polticas contables de la entidad, se procedi.</p>	<p>Modificar la matri: de Estado de cuentas por pagar , incluyendo una columna informativa denominada POR VENCER donde se evidencien las facturas que aun no cumplen el pla:o de pago establecido contractualmen te.</p>	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	<p>a. Al 81 de julio de 2025, la cuenta 2401 C Adquisici.n de bienes y servicios nacionales, presenta un saldo en el balance por valor de \$117.475.760.651.</p> <p>Para el an6lisis de antigüedad, la entidad manifiesta que el sistema no genera un reporte automati:ado del c6lculo de antigüedad, por lo cual dicho an6lisis se elabora de manera manual. De acuerdo con el anexo suministrado por la entidad, denominado PSeguimiento CNP Subred Norte YulioX, se reali:a la comparaci.n entre los saldos de antigüedad reportados por la entidad y los recalculados por el equipo auditor, utili:ando los datos proporcionados por la entidad. Ver informe RME5515E25</p> <p>Adicional a lo anterior, se determina lo siguiente:</p> <p>K La entidad no genera distinc.i.n de las cuentas por pagar vigentes, son incluidas dentro del rango de 0 a 80 das</p> <p>K Se identifica cuenta por pagar vigentes clasificadas por la entidad dentro de antigüedades de 81 a 180 das</p> <p>b. Teniendo en cuenta lo estipulado en el manual de polticas contables de la entidad, se procedi.</p>	<p>Remitir mediante correo electr.nico a la direcci.n financiera la matri: modificada del item anterior para revisi.n y aprobaci.n y porterior remitir a calidad para su normaliz:aci.n.</p>	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emissor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	<p>a. Al 81 de julio de 2025, la cuenta 2401 C Adquisici.n de bienes y servicios nacionales, presenta un saldo en el balance por valor de \$117.475.760.651.</p> <p>Para el análisis de antigüedad, la entidad manifiesta que el sistema no genera un reporte automatizado del cálculo de antigüedad, por lo cual dicho análisis se elabora de manera manual. De acuerdo con el anexo suministrado por la entidad, denominado PSeguimiento CNP Subred Norte YulioX, se realiza la comparación entre los saldos de antigüedad reportados por la entidad y los recalculados por el equipo auditor, utilizando los datos proporcionados por la entidad. Ver informe RME5515E25</p> <p>Adicional a lo anterior, se determina lo siguiente:</p> <p>K La entidad no genera distinción de las cuentas por pagar vigentes, son incluidas dentro del rango de 0 a 80 días</p> <p>K Se identifica cuenta por pagar vigentes clasificadas por la entidad dentro de antigüedades de 81 a 180 días</p> <p>b. Teniendo en cuenta lo estipulado en el manual de políticas contables de la entidad, se procedió al análisis del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la información.</p>	Aplicar la matriz aprobada por la Dirección Financiera en el cálculo de las edades de cuentas por pagar	Gestión Financiera	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	<p>Como resultado de la compilación efectuada sobre los convenios, se presentan las siguientes observaciones:</p> <p>K De acuerdo con la verificación realizada para identificar la cantidad de convenios suscritos por la Subred, se determinó que en la información suministrada presenta diferencia en el número de convenios reportados, como se muestra a continuación: Ver informe RME5515E25</p> <p>K Revisando el anexo suministrado denominado Información convenio julio 2025X, los convenios presentan los siguientes estados: Ver informe RME5515E25</p> <p>K Se presenta ausencia en la conciliación de los convenios, toda vez que, al verificar el anexo emitido por la entidad, las siguientes cuentas relacionadas no se encuentran conciliadas con los valores registrados en contabilidad: Ver informe RME5515E25</p> <p>K Para el convenio 6112180, según el certificado emitido por la entidad, la cuenta bancaria fue cancelada el 20 de mayo de 2025. Sin embargo, este convenio tiene activa la cuenta 111006071 E CTA E DAV 007700882822 CV 6112180 E 2024 m6s bien</p>	Desarrollar e identificar los campos que van a ir dentro de la matriz:	Gestión Financiera	Cumplida	100%





**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME5515E25 A DITORIA EEFF Y LIO S BRED NORTE	<p>Como resultado de la compilaci.n efectuada sobre los convenios, se presentan las siguientes observaciones:</p> <p>K De acuerdo con la verificaci.n reali:ada para identificar la cantidad de convenios suscritos por la Subred, se determin. que en la informaci.n suministrada presenta diferencia en el nHmero de convenios reportados, como se muestra a continuaci.n: Ver informe RME5515E25</p> <p>KRevisando el anexo suministrado denominado Pinformaci.n convenio julio 2025X, los convenios presentan los siguientes estados: Ver informe RME5515E25</p> <p>KSe presenta ausencia en la conciliaci.n de los convenios, toda ve: que, al verificar el anexo emitido por la entidad, las siguientes cuentas relacionadas no se encuentran conciliadas con los valores registrados en contabilidad: Ver informe RME5515E25</p> <p>K Para el convenio 6112180, segHn el certificado emitido por la entidad, la cuenta bancaria fue cancelada el 20 de mayo de 2025. Sin embargo, este convenio tiene activa la cuenta 111006071 E CTA E DAV 007700882822 CV 6112180 E 2024 m6s bienidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del ins</p>	Implementar mejoras	Gesti.n Financiera	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	<p>Desarrollar y comunicar polticas claras sobre el uso de escritorios limpios, que incluyan directrices sobre el almacenamiento de documentos y la protecci.n de dispositivos.</p> <p>K Realiz:ar campa-as de concienciaci.n sobre la seguridad de la informaci.n, destacando los riesgos asociados con el acceso no autori:ado y la falta de protecci.n en los escritorios.</p>	Actualiz:ar el captulo MSPI de PEscritorio Limpio y Protecci.n de DispositivosX (alcance, roles, sancionator io, checklistsC	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	<p>Desarrollar y comunicar polticas claras sobre el uso de escritorios limpios, que incluyan directrices sobre el almacenamiento de documentos y la protecci.n de dispositivos.</p> <p>K Realiz:ar campa-as de concienciaci.n sobre la seguridad de la informaci.n, destacando los riesgos asociados con el acceso no autori:ado y la falta de protecci.n en los escritorios.</p>	Socializ:ar la poltica a lderes de proceso y multiplicador esA publicar canales de duda y reporte	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	<p>Desarrollar y comunicar polticas claras sobre el uso de escritorios limpios, que incluyan directrices sobre el almacenamiento de documentos y la protecci.n de dispositivos.</p> <p>K Realiz:ar campa-as de concienciaci.n sobre la seguridad de la informaci.n, destacando los riesgos asociados con el acceso no autori:ado y la falta de protecci.n en los escritorios.</p>	Aplicar auditora con checklist (muestra representativa p or sedeC y registrar halla:gos/correctivos	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Desarrollar y comunicar polticas claras sobre el uso de escritorios limpios, que incluyan directrices sobre el almacenamiento de documentos y la protecci.n de dispositivos. K Reali:ar campa-as de concienciaci.n sobre la seguridad de la informaci.n, destacando los riesgos asociados con el acceso no autori:ado y la falta de protecci.n en los escritorios.	Informe de resultados, cerrar halla:gos y ajustar el plan (refuer:os, recordatorios trimestralesC	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Reali:ar auditoras peri.dicas para verificar el estado de las licencias de softSare en uso dentro de la organi:aci.n. Esto ayudar6 a identificar softSare sin licencia o con licencias caducadas.	Definir Cronograma procedimiento de muestreo	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Reali:ar auditoras peri.dicas para verificar el estado de las licencias de softSare en uso dentro de la organi:aci.n. Esto ayudar6 a identificar softSare sin licencia o con licencias caducadas.	Implementar el cronograma de muestreo	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Reali:ar auditoras peri.dicas para verificar el estado de las licencias de softSare en uso dentro de la organi:aci.n. Esto ayudar6 a identificar softSare sin licencia o con licencias caducadas.	Emitir informe por sede (licenciado / caducado / no autori:adoC	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Reali:ar auditoras peri.dicas para verificar el estado de las licencias de softSare en uso dentro de la organi:aci.n. Esto ayudar6 a identificar softSare sin licencia o con licencias caducadas.	Aplicar acciones correctivas de acuerdo a los halla:gos encontrados	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	K Asegurarse de que el fireSall estG correctamente configurado y actuali:ado para aplicar las polticas de restricci.n de manera efectiva. Esto incluye l a revisi.n regular de las configuraciones y la implementaci.n de actuali:aciones de firmSare.	Actuali:ar el Plan de Mesa de Ayuda (canales oficiales, SLA/OLA, hitos de notificaci.n, CSATC	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	K Asegurarse de que el fireSall estG correctamente configurado y actuali:ado para aplicar las polticas de restricci.n de manera efectiva. Esto incluye l a revisi.n regular de las configuraciones y la implementaci.n de actuali:aciones de firmSare.	Capacitar a mesa de ayuda y usuarios clave (SLA, canales, protocolo de suplencia, CSATC	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	K Asegurarse de que el fireSall estG correctamente configurado y actuali:ado para aplicar las polticas de restricci.n de manera efectiva. Esto incluye l a revisi.n regular de las configuraciones y la implementaci.n de actuali:aciones de firmSare.	Monitorear TME/TMR, 2 notificado, 2 turnos con suplente y aplicar encuestas	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	K Asegurarse de que el fireSall estG correctamente configurado y actuali:ado para aplicar las polticas de restricci.n de manera efectiva. Esto incluye l a revisi.n regular de las configuraciones y la implementaci.n de actuali:aciones de firmSare.	Ajustar plantillas de notificaci.n, optimi:ar cargas/col as y formali:ar revisi.n trimestral del plan	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Evaluar y cambiar el proveedor de internet o actuali:ar el equipo de red (m.dems y routersC para garanti:ar una conexi.n m6s estable y r6pida. Esto facilitar6 las actuali:aciones del antivirus y otros sistemas crt icos.	Levantarse inventario y mapear topologa (subredes/VLAN, CPE, cableado, energia/ PSC	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Evaluar y cambiar el proveedor de internet o actuali:ar el equipo de red (m.dems y routersC para garanti:ar una conexi.n m6s estable y r6pida. Esto facilitar6 las actuali:aciones del antivirus y otros sistemas crt icos.	Ejecutar pruebas controladas (pruebas cru:adas de cableado, puertos, patch cordsA pruebas con enlace alterno/pilotoC	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Evaluar y cambiar el proveedor de internet o actualizar el equipo de red (m.dems y routersC para garantizar una conexi.n m6s estable y r6pida. Esto facilitar6 las actualizaciones del antivirus y otros sistemas crt icos.	Consolidar resultados y determinar causa (infraestructura fsica vs operadorC con evidencia	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Evaluar y cambiar el proveedor de internet o actualizar el equipo de red (m.dems y routersC para garantizar una conexi.n m6s estable y r6pida. Esto facilitar6 las actualizaciones del antivirus y otros sistemas crt icos.	Implementar la acci.n correctiva (ajustes fsicos o gesti. n con operadorC y documentar checklist est6ndar	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Establecer canales de comunicaci.n m6s efectivos o sistemas de notificaci.n autom6tica, para mantener a los usuarios informados sobre el estado de sus solicitudes y tiempo de respuesta. K Establecer un protocolo para designar a un suplente o un equipo de respaldo que pueda asumir las responsabilidades del lder del equipo en caso de incapacidades. Esto asegurar6 que siempre haya alguien disponible para gestionar los tickets y coordinar la atenci.n.	Definir el cronograma de socializaci.n del Instructivo de Mesa de Servicios.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Establecer canales de comunicaci.n m6s efectivos o sistemas de notificaci.n autom6tica, para mantener a los usuarios informados sobre el estado de sus solicitudes y tiempo de respuesta. K Establecer un protocolo para designar a un suplente o un equipo de respaldo que pueda asumir las responsabilidades del lder del equipo en caso de incapacidades. Esto asegurar6 que siempre haya alguien disponible para gestionar los tickets y coordinar la atenci.n.	Capacitar a los usuarios en el uso de la mesa de servicios	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Establecer canales de comunicaci.n m6s efectivos o sistemas de notificaci.n autom6tica, para mantener a los usuarios informados sobre el estado de sus solicitudes y tiempo de respuesta. K Establecer un protocolo para designar a un suplente o un equipo de respaldo que pueda asumir las responsabilidades del lder del equipo en caso de incapacidades. Esto asegurar6 que siempre haya alguien disponible para gestionar los tickets y coordinar la atenci.n.	Evaluar los conocimientos de los usuarios en el uso de la mesa de servicios	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Establecer canales de comunicaci.n m6s efectivos o sistemas de notificaci.n autom6tica, para mantener a los usuarios informados sobre el estado de sus solicitudes y tiempo de respuesta. K Establecer un protocolo para designar a un suplente o un equipo de respaldo que pueda asumir las responsabilidades del lder del equipo en caso de incapacidades. Esto asegurar6 que siempre haya alguien disponible para gestionar los tickets y coordinar la atenci.n.	Implementar las acciones correctivas	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Evaluar la posibilidad de actualizar o reemplazar equipos obsoletos que puedan estar contribuyendo a las demoras en la comunicaci.n.	Definir las características t6cnicas de los dispositivos de red a reponer.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Evaluar la posibilidad de actualizar o reemplazar equipos obsoletos que puedan estar contribuyendo a las demoras en la comunicaci.n.	Elaborar y publicar los estudios de mercado	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Evaluar la posibilidad de actuali:ar o reempla:ar equipos obsoletos que puedan estar contribuyendo a las demoras en la comunicaci.n.	Real:iar la evaluaci.n tGcnica del resultado del estudio de mercado	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4185E25 A DITORIA TIES BRED NORTEEY NIO	Evaluar la posibilidad de actuali:ar o reempla:ar equipos obsoletos que puedan estar contribuyendo a las demoras en la comunicaci.n.	Remitir a la direcci.n respectiva los resulatdos con el fin de dar inicio al proceso de contrataci.n	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6186E25 ASPECTOS AMBIENTALESE SAN CRISTOBAL	Durante la visita reali:ada a la unidad de atenci.n se evidencio que est6 no cuenta con mapa de evacuaci.n publicado en sus instalaciones, ni l6mparas de emergencia. Esto limita el desarrollo del plan de gesti.n de riesgo existente.	Solicitar en Mapa de evacuaci.n actuali:ado a SST	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6186E25 ASPECTOS AMBIENTALESE SAN CRISTOBAL	Durante la visita reali:ada a la unidad de atenci.n se evidencio que est6 no cuenta con mapa de evacuaci.n publicado en sus instalaciones, ni l6mparas de emergencia. Esto limita el desarrollo del plan de gesti.n de riesgo existente.	bicar el Mapa de evacuaci.n por SST en las :onas indicadas	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6186E25 ASPECTOS AMBIENTALESE SAN CRISTOBAL	Durante la visita reali:ada a la unidad de atenci.n se evidencio que est6 no cuenta con mapa de evacuaci.n publicado en sus instalaciones, ni l6mparas de emergencia. Esto limita el desarrollo del plan de gesti.n de riesgo existente.	Solicitar lamparas de emergencia del 6rea a la Direcci.n administrativa	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6186E25 ASPECTOS AMBIENTALESE SAN CRISTOBAL	Durante la visita reali:ada a la unidad de atenci.n se evidencio que est6 no cuenta con mapa de evacuaci.n publicado en sus instalaciones, ni l6mparas de emergencia. Esto limita el desarrollo del plan de gesti.n de riesgo existente.	Instalaci.n de l6mparas de emergencia para el desarrollo del plan de gesti.n del riesgo	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	802
Externa	Revisora Fiscal	RME6186E25 ASPECTOS AMBIENTALESE SAN CRISTOBAL	Durante la visita se observ. que la caneca destinada a residuos no aprovechables tiene caneca de color verde, la cual no cumple con el nuevo c.digo de color ni con el PGIRS. TambiGn se evidenci. que algunas canecas estaban apiladas, dificultando su uso. Aunque existe se-ali:aci.n en pared, no siempre se encontr. la bolsa reglamentaria en los recipientes.	Solicitar capacitacion a Gesti.n ambiental sobre la gesti. n del cuarto de reisduos, uso de bolsas adecuadas y solicitud de canecas de acuerdo al nuevo c.digo de color	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6186E25 ASPECTOS AMBIENTALESE SAN CRISTOBAL	Durante la visita se observ. que la caneca destinada a residuos no aprovechables tiene caneca de color verde, la cual no cumple con el nuevo c.digo de color ni con el PGIRS. TambiGn se evidenci. que algunas canecas estaban apiladas, dificultando su uso. Aunque existe se-ali:aci.n en pared, no siempre se encontr. la bolsa reglamentaria en los recipientes.	Real:iar capacitaci.n	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6186E25 ASPECTOS AMBIENTALESE SAN CRISTOBAL	Durante la visita se observ. que la caneca destinada a residuos no aprovechables tiene caneca de color verde, la cual no cumple con el nuevo c.digo de color ni con el PGIRS. TambiGn se evidenci. que algunas canecas estaban apiladas, dificultando su uso. Aunque existe se-ali:aci.n en pared, no siempre se encontr. la bolsa reglamentaria en los recipientes.	Suiministro de canecas por el 6rea de Gesti.n ambiental de acuerdo al c.digo de color	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6186E25 ASPECTOS AMBIENTALESE SAN CRISTOBAL	Durante la visita se observ. que la caneca destinada a residuos no aprovechables tiene caneca de color verde, la cual no cumple con el nuevo c.digo de color ni con el PGIRS. También se evidenci. que algunas canecas estaban apiladas, dificultando su uso. Aunque existe señalización en pared, no siempre se encontr. la bolsa reglamentaria en los recipientes.	Recorrido de verificación de la gestión de cuarto de residuos de acuerdo a la norma	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 no ha cumplido con las metas establecidas trimestralmente de incrementar al 882 y 812 el porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte, toda vez que, se present. una calificación del 852 en ambos trimestres. A saber:	Socialización del resultado de las guías de adherencia de control prenatal a las líderes de unidades por medio del ranking	Gestión de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	60%
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 no ha cumplido con las metas establecidas trimestralmente de incrementar al 882 y 812 el porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte, toda vez que, se present. una calificación del 852 en ambos trimestres. A saber:	Realizar fortalecimiento sobre diligenciamiento de historia clínica HC 088	Gestión de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	60%
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 no ha cumplido con las metas establecidas trimestralmente de incrementar al 882 y 812 el porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte, toda vez que, se present. una calificación del 852 en ambos trimestres. A saber:	Realizar seguimiento aleatorio del diligenciamiento de la historia clínica HC 088	Gestión de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	60%
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 no ha cumplido con las metas establecidas trimestralmente de incrementar al 882 y 812 el porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte, toda vez que, se present. una calificación del 852 en ambos trimestres. A saber:	Socializar resultados a la líder de la unidad del seguimiento aleatorio a historias clínicas	Gestión de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	60%

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred NorteX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 no ha cumplido con las metas establecidas trimestralmente de incrementar al 882 y 812 el porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte, toda ve: que, se present. una calificaci.n del 852 en ambos trimestres. A saber:	Retroalimentar los resultados a sus profesionales y tomar correctivos de acuerdo a los porcentajes aceptables y críticos es decir por debajo del 102 y ajustar el proceso.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	602
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de HTA en la Subred NorteX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 no ha cumplido con las metas establecidas trimestralmente de incrementar al 822 y 882 el porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de HTA en la Subred Norte, toda ve: que, para el primer trimestre del 2025 no se evidenci. el cargue de los resultados y para el segundo trimestre se obtuvo un resultado del 612. A saber:	Generar cronograma de fortalecimiento técnico por parte de la RIAS CCVM dirigido a talento humano de consulta externa.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de HTA en la Subred NorteX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 no ha cumplido con las metas establecidas trimestralmente de incrementar al 822 y 882 el porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de HTA en la Subred Norte, toda ve: que, para el primer trimestre del 2025 no se evidenci. el cargue de los resultados y para el segundo trimestre se obtuvo un resultado del 612. A saber:	Ejecutar cronograma de socialización de resultados y fortalecimiento técnico.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de HTA en la Subred NorteX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 no ha cumplido con las metas establecidas trimestralmente de incrementar al 822 y 882 el porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de HTA en la Subred Norte, toda ve: que, para el primer trimestre del 2025 no se evidenci. el cargue de los resultados y para el segundo trimestre se obtuvo un resultado del 612. A saber:	Verificación de apropiación de conceptos mediante pretest y posttest.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de DM en la Subred NorteX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral, donde no se evidenci. el cargue de los resultados correspondientes al primer trimestre del 2025. Cabe aclarar que, para el segundo trimestre del 2025 se cumplió con la meta establecida.	Establecer mesa de trabajo con equipo PAMEC donde se genere estrategia de seguimiento y medición de la adherencia a GPC de Diabetes Mellitus	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de DM en la Subred NorteX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral, donde no se evidenci. el cargue de los resultados correspondientes al primer trimestre del 2025. Cabe aclarar que, para el segundo trimestre del 2025 se cumplió con la meta establecida.	Cargar avance de medicación de adherencia a GPC de Diabetes Mellitus realizado por el equipo PAMEC correspondiente a la medicación del segundo semestre del año 2025	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aún no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Identificar localidades, PJs y barrios con menor cobertura y mayor riesgo vacunal de manera bimensual	Gestión Integral del Riesgo en Salud	EN EYEC CIN	202
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aún no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Fortalecer bimensualmente la estrategia casa a casa en los barrios priorizados teniendo en cuenta el riesgo vacunal, priorizando menores de 1 año.	Gestión Integral del Riesgo en Salud	SIN INICIAR	02
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aún no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Coordinar jornadas extramurales en los barrios priorizados, mediante la colaboración activa con líderes locales.	Gestión Integral del Riesgo en Salud	EN EYEC CIN	202
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aún no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Fortalecer la demanda inducida desde las IPS mediante seguimientos telefónicos, envíos de mensajes de texto y la publicación de piezas comunicativas en redes sociales.	Gestión Integral del Riesgo en Salud	SIN INICIAR	02



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aHn no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Realizar de manera bimensual cruce con las bases de datos (PAI distrital vs susceptible de cada EAPBC para identificar menores pendientes por dosis de triple viral.	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	EN EYEC CIN	802
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aHn no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Verificar el nHmero de dosis aplicadas a travGs de la estrategia casa a casa.	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	EN EYEC CIN	252
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aHn no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Verificar el nHmero de dosis aplicadas a travGs de la estrategia de jornadas en entornos educativos y comunitarios.	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	EN EYEC CIN	802
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aHn no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Realizar cruce de las bases de datos del PAI distrital vs susceptible de cada EAPB para identificar los menores pendientes por vacunaci.n y realizar seguimiento de estos menores	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	EN EYEC CIN	802
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aHn no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Realizar seguimiento a la Estrategia casa a casa ajustando los recorridos, horarios y :onas en funci.n de los resultados de las :onas con mayor re:ago vacunal	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aHn no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Articular de manera bimensual con comunicaciones estrategias de comunicaci.n optimi:ando canales y redes sociales para aumentar la demanda y la asistencia a los servicios de vacunaci.n.	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	EN EYEC CIN	502
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se observ. el indicador PPorcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viralX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 aHn no ha cumplido con sus metas establecidas de incrementar el 28,72 y 47,42 el porcentaje de cobertura de vacunaci.n para ni-os y ni-as menores de un a-o con triple viral, teniendo en cuenta que, se obtuvo un resultado del 28,052 para el primer trimestre y 44,472 para el segundo trimestre. A saber:	Realiz:ar cuando se requiera acciones correctivas a las desviaciones evidenciadas para fortalecer el porcentaje de cumplimiento de coberturas en cada una de las estrategias implementadas	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	EN EYEC CIN	252
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de HTA en la Subred NorteX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral y para el 2025 no ha cumplido con las metas establecidas trimestralmente de incrementar al 822 y 882 el porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de HTA en la Subred Norte, toda ve: que, para el primer trimestre del 2025 no se evidenci. el cargue de los resultados y para el segundo trimestre se obtuvo un resultado del 612. A saber:	Seguimiento mediante el informe de adherencia y evaluaci.n en gua de emergencia hipertensiva segundo semestre 2025 reali:ado por PAMEC.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de DM en la Subred NorteX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral, donde no se evidenci. el cargue de los resultados correspondientes al primer trimestre del 2025. Cabe aclarar que, para el segundo trimestre del 2025 se cumpli. con la meta estableci da.	Seguimiento mediante el informe de adherencia y evaluaci.n en gua de Diabetes Mellitus segundo semestre 2025 reali:ado por PAMEC.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6240E25 GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	Se evidenci. el indicador PResultado de porcentaje de adherencia a la Gua de Práctica Clínica de DM en la Subred NorteX en el aplicativo Almera, el cual, cuenta con una periodicidad trimestral, donde no se evidenci. el cargue de los resultados correspondientes al primer trimestre del 2025. Cabe aclarar que, para el segundo trimestre del 2025 se cumpli. con la meta estableci da.	Implementar acciones correctivas o de mejora, si se identifican desviaciones, con base en los resultados de la evaluaci.n de adherencia a la GPC de Diabetes Mellitus del segundo semestre de 2025.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4178E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN BACH E	Se evidencia que el 6rea destinada al almacenamiento de dispositivos mGdicos, medicamentos y reactivos no cuenta con el sistema de semafori:aci.n establecido en el est6ndar de medicamentos y dispositivos mGdicos de la Resoluci.n 8100 de 2011, lo cual constituye un incumplimiento normativo y representa una oportunidad de mejora en el proceso de gesti.n de insumos.	Realiz:ar citaci.n a la auxiliar a cargo del deposito de almacenamiento.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4178E25 A DITORIA EN SAL D S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCIN BACH E	Se evidencia que el 6rea destinada al almacenamiento de dispositivos mGdicos, medicamentos y reactivos no cuenta con el sistema de semafori:aci.n establecido en el est6ndar de medicamentos y dispositivos mGdicos de la Resoluci.n 8100 de 2011, lo cual constituye un incumplimiento normativo y representa una oportunidad de mejora en el proceso de gesti.n de insumos.	De acuerdo a la revisi.n del deposito de almacenamiento revisar si hay pr.ximos a vencer que no estGn semafori:ados.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	En la bandeja de la unidad odontol.gica, fueron identifican dos (2C jeringas con hipoclorito de sodio al 52, las cuales no se encontraban marcadas ni rotuladas. El personal manifiesta que dichas jeringas se dejan preparadas previamente para la atenci.n de los paci entes.	Realiz:ar cronograma de capacitacion con el personal asistencial del servicio de odontologa en el uso del hipoclorito de sodio	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	En la bandeja de la unidad odontol.gica, fueron identifican dos (2C jeringas con hipoclorito de sodio al 52, las cuales no se encontraban marcadas ni rotuladas. El personal manifiesta que dichas jeringas se dejan preparadas previamente para la atenci.n de los paci entes.	Realiz:ar capacitaciones con el personal asistencial del servicio de odontologa el uso de hipoclorito de so dio	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	En la bandeja de la unidad odontol.gica, fueron identifican dos (2C jeringas con hipoclorito de sodio al 52, las cuales no se encontraban marcadas ni rotuladas. El personal manifiesta que dichas jeringas se dejan preparadas previamente para la atenci.n de los paci entes.	Realiz:ar verificaci.n de adherencia del uso de hipoclorito de sodio a travGs de aplicaci.n de lista de chequeo LISTA DE CHEM EO VISITAS ODONTOLOGIA MIEGAEFE52E01	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	En la bandeja de la unidad odontol.gica, fueron identifican dos (2C jeringas con hipoclorito de sodio al 52, las cuales no se encontraban marcadas ni rotuladas. El personal manifiesta que dichas jeringas se dejan preparadas previamente para la atenci.n de los paci entes.	Retroalimentar resultados y tomar correctivos	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	Se observa 6rea de lavado de caretas, sin punto de jab.n y toallas de manos.	Solicitar colocaci.n de punto de jabon y de toallas en area de lavado de caretas	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	Se observa 6rea de lavado de caretas, sin punto de jab.n y toallas de manos.	Verificar la colocaci.n del punto de jabon y toalla en el area de lavado de caretas	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	<p>1ESe evidenci. que los horarios de atenci.n de los servicios de radiologa odontol.gica y endodoncia no están registrados en el REPS, situaci.n que requiere actuali:aci.n para reflejar la oferta real de los s ervicios.</p> <p>2EAl comparar los horarios ofertados con las agendas programadas del mes de mayo, se identific. inconsistencia en el servicio de periodoncia, el cual se oferta los das miGrcoles y jueves de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., y las agendas van de 7:00 a 17:00.</p> <p>8EEn cuanto a la oferta del servicio de endodoncia, se presta los lunes de 7:00 a.m. a 12:00 m. El personal refiere que la especialista es quien toma las radiografías, por lo que se recomienda revisar y ajustar el horario reportado para el servicio de radiologa odontol.gica, a fin de que sea concordante con la atenci.n real.</p>	Revisar tiempos y responsables para ajustar la prestaci.n del servicio o actuali:ar REPS	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	<p>1ESe evidenci. que los horarios de atenci.n de los servicios de radiologa odontol.gica y endodoncia no están registrados en el REPS, situaci.n que requiere actuali:aci.n para reflejar la oferta real de los s ervicios.</p> <p>2EAl comparar los horarios ofertados con las agendas programadas del mes de mayo, se identific. inconsistencia en el servicio de periodoncia, el cual se oferta los das miGrcoles y jueves de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., y las agendas van de 7:00 a 17:00.</p> <p>8EEn cuanto a la oferta del servicio de endodoncia, se presta los lunes de 7:00 a.m. a 12:00 m. El personal refiere que la especialista es quien toma las radiografías, por lo que se recomienda revisar y ajustar el horario reportado para el servicio de radiologa odontol.gica, a fin de que sea concordante con la atenci.n real.</p>	Realizar ajuste de la prestacion del Servicioconforme a lo reportado en REPS	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	<p>1ESe evidenci. que los horarios de atenci.n de los servicios de radiologa odontol.gica y endodoncia no están registrados en el REPS, situaci.n que requiere actuali:aci.n para reflejar la oferta real de los s ervicios.</p> <p>2EAl comparar los horarios ofertados con las agendas programadas del mes de mayo, se identific. inconsistencia en el servicio de periodoncia, el cual se oferta los das miGrcoles y jueves de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., y las agendas van de 7:00 a 17:00.</p> <p>8EEn cuanto a la oferta del servicio de endodoncia, se presta los lunes de 7:00 a.m. a 12:00 m. El personal refiere que la especialista es quien toma las radiografas, por lo que se recomienda revisar y ajustar el horario reportado para el servicio de radiologa odontol.gica, a fin de que sea concordante con la atenci.n real.</p>	Comunicar los cambios al personal involucrado y actuali:ar los documentos internos pertinentes.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	<p>1ESe evidenci. que los horarios de atenci.n de los servicios de radiologa odontol.gica y endodoncia no están registrados en el REPS, situaci.n que requiere actuali:aci.n para reflejar la oferta real de los s ervicios.</p> <p>2EAl comparar los horarios ofertados con las agendas programadas del mes de mayo, se identific. inconsistencia en el servicio de periodoncia, el cual se oferta los das miGrcoles y jueves de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., y las agendas van de 7:00 a 17:00.</p> <p>8EEn cuanto a la oferta del servicio de endodoncia, se presta los lunes de 7:00 a.m. a 12:00 m. El personal refiere que la especialista es quien toma las radiografas, por lo que se recomienda revisar y ajustar el horario reportado para el servicio de radiologa odontol.gica, a fin de que sea concordante con la atenci.n real.</p>	Realizar seguimiento a la prestaci.n del servicio acorde a lo reportado en REPS	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	<p>Se recomienda alinear la pr6ctica observada en campo con lo establecido en el manual institucional, garanti:ando el uso de insumos para el secado (pa-os que no suelten partculasC y evitando mGtodos que puedan comprometer la limpie:a o integridad del instrumental, como el uso de toallas de papel no estandari:adas. Asimismo, se sugiere refor:ar la capacitaci.n al personal sobre este procedimiento prioritario.</p> <p>Debido a que, durante la verificaci.n en campo, el personal de salud explic. el procedimiento reali:ado para el secado de dispositivos mGdicos utili:ables, indicando inicialmente que estos se dejan secar al medio ambiente. Posteriormente, se se-al. que se reali:a el secado utili:ando toallas de papel.</p>	Realizar cronograma de capacitacion con el personal asistencial del servicio de odontologa para el proceso de esterili:aci.n	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	<p>Se recomienda alinear la pr6ctica observada en campo con lo establecido en el manual institucional, garanti:ando el uso de insumos para el secado (pa-os que no suelten partculasC y evitando mGtodos que puedan comprometer la limpie:a o integridad del instrumental, como el uso de toallas de papel no estandari:adas. Asimismo, se sugiere refor:ar la capacitaci.n al personal sobre este procedimiento prioritario.</p> <p>Debido a que, durante la verificaci.n en campo, el personal de salud explic. el procedimiento reali:ado para el secado de dispositivos mGdicos utili:ables, indicando inicialmente que estos se dejan secar al medio ambiente. Posteriormente, se se-al. que se reali:a el secado utili:ando toallas de papel.</p>	Realiz:ar capacitacion con el personal asistencial del servicio de odontologa para el proceso de esterili :aci.n	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	<p>Se recomienda alinear la pr6ctica observada en campo con lo establecido en el manual institucional, garanti:ando el uso de insumos para el secado (pa-os que no suelten partculasC y evitando mGtodos que puedan comprometer la limpie:a o integridad del instrumental, como el uso de toallas de papel no estandari:adas. Asimismo, se sugiere refor:ar la capacitaci.n al personal sobre este procedimiento prioritario.</p> <p>Debido a que, durante la verificaci.n en campo, el personal de salud explic. el procedimiento reali:ado para el secado de dispositivos mGdicos utili:ables, indicando inicialmente que estos se dejan secar al medio ambiente. Posteriormente, se se-al. que se reali:a el secado utili:ando toallas de papel.</p>	Realiz:ar verificaci.n de adherencia a protocolo el proceso de esterili:aci.n a travGs de la aplicaci.n de lista de chqueo MIEGHEFE101E02 ELista de chequeo verificaci.n de cumplimiento de procesamiento estGril	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME4188E25 ASPECTOS DEL SERVICIO ODONTOLOGICO EN LA NIDAD DE ATENCION S BA	<p>Se recomienda alinear la pr6ctica observada en campo con lo establecido en el manual institucional, garanti:ando el uso de insumos para el secado (pa-os que no suelten partculasC y evitando mGtodos que puedan comprometer la limpie:a o integridad del instrumental, como el uso de toallas de papel no estandari:adas. Asimismo, se sugiere refor:ar la capacitaci.n al personal sobre este procedimiento prioritario.</p> <p>Debido a que, durante la verificaci.n en campo, el personal de salud explic. el procedimiento reali:ado para el secado de dispositivos mGdicos utili:ables, indicando inicialmente que estos se dejan secar al medio ambiente. Posteriormente, se se-al. que se reali:a el secado utili:ando toallas de papel.</p>	Retroalimentar resultados y tomar correctivos	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6154E25 A DITORIA ASISTENCIAL Y DE GESTIN DEL RIESGOEVERBENAL	Se evidenci. que los servicios de Psiquiatra y Ciruga General no cuentan con horario de atenci.n registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, a pesar de que la Direcci.n de Servicios Ambulatorios reali:. la solicitud de novedad de asignaci.n de horario el da 18 de febrero de 2025.	Revisar programacion de consultas de Psiquiatria y de Cirugia general	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6154E25 A DITORIA ASISTENCIAL Y DE GESTIN DEL RIESGOEVERBENAL	Se evidenci. que los servicios de Psiquiatra y Ciruga General no cuentan con horario de atenci.n registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, a pesar de que la Direcci.n de Servicios Ambulatorios reali.: la solicitud de novedad de asignaci.n de horario el da 18 de febrero de 2025.	Realizar solicitud al Grea de Habilitacion del proceso de Calidad de reporte de horario	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6154E25 A DITORIA ASISTENCIAL Y DE GESTIN DEL RIESGOEVERBENAL	Se evidenci. que los servicios de Psiquiatra y Ciruga General no cuentan con horario de atenci.n registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, a pesar de que la Direcci.n de Servicios Ambulatorios reali.: la solicitud de novedad de asignaci.n de horario el da 18 de febrero de 2025.	Realizar solicitud a SDS de ajuste de horarios segHn programacion de especialidades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6154E25 A DITORIA ASISTENCIAL Y DE GESTIN DEL RIESGOEVERBENAL	Se evidenci. que los servicios de Psiquiatra y Ciruga General no cuentan con horario de atenci.n registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, a pesar de que la Direcci.n de Servicios Ambulatorios reali.: la solicitud de novedad de asignaci.n de horario el da 18 de febrero de 2025.	Verificar el ajuste reali:ado por el Grea de Habilitaci.n en el REPS	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6154E25 A DITORIA ASISTENCIAL Y DE GESTIN DEL RIESGOEVERBENAL	Se evidenci. que los servicios de Psiquiatra y Ciruga General no cuentan con horario de atenci.n registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, a pesar de que la Direcci.n de Servicios Ambulatorios reali.: la solicitud de novedad de asignaci.n de horario el da 18 de febrero de 2025.	Realizar seguimiento al cumplimiento de horario de consulta de las especialidades segHn REPS	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6114E25 A DITORIA ODONTOLOGICAE VERBENAL	1. Durante la verificaci.n en campo se observ., en el contenedor de transporte de instrumental contaminado que se lleva a esterili:aci.n, una fresa de pie:a de alta redonda de uso odontol.gicoA incumpliendo lo que establece el documento institucional Pdisposici.n final d e las fresas una ve: finalice el primer usoX 2. Adicionalmente, en el recorrido se evidenci. la presencia de puntas desechables de insumos odontol.gicos tipo desminerali:ante sobre uno de los contenedores ubicados en la superficie de trabajo, elementos que deben ser desechados de manera inmediata posterior a su uso.	Programar capacitacion instructivo de reprocesamiento de dispositivos medicos reutili:ables	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6114E25 A DITORIA ODONTOLOGICAE VERBENAL	1. Durante la verificaci.n en campo se observ., en el contenedor de transporte de instrumental contaminado que se lleva a esterili:aci.n, una fresa de pie:a de alta redonda de uso odontol.gicoA incumpliendo lo que establece el documento institucional Pdisposici.n final d e las fresas una ve: finalice el primer usoX 2. Adicionalmente, en el recorrido se evidenci. la presencia de puntas desechables de insumos odontol.gicos tipo desminerali:ante sobre uno de los contenedores ubicados en la superficie de trabajo, elementos que deben ser desechados de manera inmediata posterior a su uso.	Realizar capacitaciones con el personal asistencial del servicio de odontologa instructivo de reprocesamiento de dispositivos medicos reutili:ables	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6114E25 A DITORIA ODONTOLOGICAE VERBENAL	1. Durante la verificaci.n en campo se observ., en el contenedor de transporte de instrumental contaminado que se lleva a esterili:aci.n, una fresa de pie:a de alta redonda de uso odontol.gicoA incumpliendo lo que establece el documento institucional Pdisposici.n final d e las fresas una ve: finalice el primer usoX 2. Adicionalmente, en el recorrido se evidenci. la presencia de puntas desechables de insumos odontol.gicos tipo desminerali:ante sobre uno de los contenedores ubicados en la superficie de trabajo, elementos que deben ser desechados de manera inmediata posterior a su uso.	Realiz:ar verificaci.n de adherencia instructivo de reprocesamiento de dispositivos medicos reutiliz:ables	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6114E25 A DITORIA ODONTOLOGICAE VERBENAL	1. Durante la verificaci.n en campo se observ., en el contenedor de transporte de instrumental contaminado que se lleva a esterili:aci.n, una fresa de pie:a de alta redonda de uso odontol.gicoA incumpliendo lo que establece el documento institucional Pdisposici.n final d e las fresas una ve: finalice el primer usoX 2. Adicionalmente, en el recorrido se evidenci. la presencia de puntas desechables de insumos odontol.gicos tipo desminerali:ante sobre uno de los contenedores ubicados en la superficie de trabajo, elementos que deben ser desechados de manera inmediata posterior a su uso.	Retroalimentar resultados y tomar correctivos	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6114E25 A DITORIA ODONTOLOGICAE VERBENAL	Se evidenci. que el servicio de Radiologa Odontol.gica se encuentra habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, con fecha de apertura del 14 de febrero de 2025, y con horario ofertado de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Sin embargo, se constat. que el servicio, pese a estar habilitado, no se encuentra en funcionamiento.	Solicitar al proveedor la llave de programacion para el computador del periapical.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6114E25 A DITORIA ODONTOLOGICAE VERBENAL	Se evidenci. que el servicio de Radiologa Odontol.gica se encuentra habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, con fecha de apertura del 14 de febrero de 2025, y con horario ofertado de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Sin embargo, se constat. que el servicio, pese a estar habilitado, no se encuentra en funcionamiento.	Instalaci.n de llave de programaci.n en Equipo Peri apical	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6114E25 A DITORIA ODONTOLOGICAE VERBENAL	Se evidenci. que el servicio de Radiologa Odontol.gica se encuentra habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, con fecha de apertura del 14 de febrero de 2025, y con horario ofertado de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Sin embargo, se constat. que el servicio, pese a estar habilitado, no se encuentra en funcionamiento.	Realiz:ar verificaci.n de funcionamiento de Equipo periapical	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6114E25 A DITORIA ODONTOLOGIAE VERBENAL	Se evidenci. que el servicio de Radiologa Odontol.gica se encuentra habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSC, con fecha de apertura del 14 de febrero de 2025, y con horario ofertado de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Sin embargo, se constat. que el servicio, pese a estar habilitado, no se encuentra en funcionamiento.	Hacer seguimiento al funcionamiento adecuado del equipo.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6854E25EMEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SIE S BRED NORTE OCT BRE (1C	Durante la auditora se reali.: una revisi.n selectiva en lo s equipos de c.mputo de la SS Gaitana, donde se observ. que en el computador de epidemiologia se tenia instalado el programa AnyDesk sin soporte o adquisici.n de li cencia.	Realizar la revisi.n del equipo de Gaitana para verificar el funcionamiento de Anydesk y desinstalarlo.	Gesti.n TICTS	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6854E25EMEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SIE S BRED NORTE OCT BRE (1C	Durante la revisi.n aleatoria reali:ada en las tres sedes, s e identific. que la totalidad de los equipos de c.mputo utili:an el sistema operativo WindoSs 10 Professional. Es importante resaltar que el soporte oficial de este sistema operativo finali.: el 14 de octubre de 2025, lo cual implica que ya no recibir6 actuali:aciones de seguridad ni soporte tGcnico por parte del fabricante, incrementando el riesgo de exposici.n ante vulnerabilidades y amena:as cibernGticas. Adicionalmente, se evidenci. que tres (8C equipos no cuentan con la activaci.n del sistema operativo WindoSs, situaci.n que puede afectar la recepci.n de actuali:aciones, la conformidad del licenciamiento y el cumplimiento de las polticas de softSare legal y seguro establecidas por la organi: aci.n.	Realizar la activaci.n del sistema operativo de los equipos institucionales.	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6854E25EMEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SIE S BRED NORTE OCT BRE (1C	En la SS Fray BartolomG, uno de los rack de comunicaciones est6 expuesto, no se tiene un control adecuado, cualquier persona puede acceder, no hay cerradura con llave, hay un gabinete y no tiene llave.	Implementar sistema de seguridad (Candado E chapaC para asegurar el rack de comunicaciones de Fray BartolomG	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6854E25EMEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA SIE S BRED NORTE OCT BRE (1C	Durante la inspecci.n aleatoria de los equipos de c.mputo, se evidenci. que Hnicamente los lderes de 6rea o proceso cuentan con correo corporativo asignado, mientras que el resto del personal utili:a cuentas de correo personales con dominio ggmail.com para el desarrollo de sus funciones y el intercambio de informaci.n institucional.	Proyectar una poltica interna clara sobre el uso de correos personales	Gesti.n TICTS	ATRASADA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6871E25 A DITORIA MATRIJ DE RIESGOSETICS	Teniendo en cuenta la revisi.n de la matri: de riesgos institucional 2025 para el proceso de Gesti.n TICHs, se evidenci. que el riesgo PPosibilidad de afectaci.n econ.mica por interrupci.n de los servicios tecnol.gicos, debido a fallas en la infraestructura tecnol.gicaX c.digo GITICS08 no cuenta con seguimiento por parte de la primera lnea de defensa ni con los soportes adjuntos, cabe aclarar que el Manual del sistema integrado de gesti.n de riesgos c.digo ESEGEEME02 establece que el seguimiento de los riesgos debe reali:arse de manera trimestral.	Realizar seguimiento trimestral de los riesgos en Almera, registrando controles y soportes	Gesti.n de Recursos Fscos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6124E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA ODONTOLGICA HOSPITAL SIMN BOLIVAR	<p>1. Se evidenciaron medias ca-as deterioradas en los consultorios de endodoncia y ciruga maxilofacial, as como pisos en estado de deterioro.</p> <p>2. El techo del consultorio de ciruga maxilofacial no cumple con las condiciones de limpie:a y desinfecci.n requeridas para el servicio.</p> <p>8. Se identific. mobiliario deteriorado, lo que impide garanti:ar procesos adecuados de limpie:a y desinfecci.n.</p>	Programar Actividades de adecuaci.n del servicio de Odontologia para dar cumplimiento a lo establecido en el est6ndar de infraestructura de la Resoluci.n 8100 de 2011.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME6124E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA ODONTOLGICA HOSPITAL SIMN BOLIVAR	<p>1. Durante el recorrido se observa el aspirador port6til MEDIPMPASPIRATOR, marca Thomas, utilizado en el consultorio de ciruga maxilofacial durante los procedimientos, el cual, segHn lo indicado por la auxiliar del servicio, contaba con un canister y un filtro hidrof.bico con fecha del 21/05/2028.</p> <p>2. Al verificar si el equipo se encuentra registrado en el cronograma de mantenimiento preventivo y aseguramiento metrol.gico de equipos biomGdicos, identificado con c.digo APEATEFE48E05, aportado porel servicio de odontologa especiali:ada, se evidencia que el aspirador no est6 relacionado.</p> <p>8. Se solicita la hoja de vida y la ficha tGcnica del equipoA sin embargo, no se aporta hoja de vida dado que el equipo no se encuentra relacionado dentro del inventario biomGdico del servicio.</p> <p>4. Se verifica la ficha tGcnica del aspirador port6til MEDIPMPASPIRATOR, marca Thomas que, en relaci.n con el filtro hidrof.bico, establece lo siguiente: PQMantenimiento y Limpie:a: El filtro hidrof.bico debe ser cambiabilidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias</p>	Solicitar verificaci.n del inventario de equipo biomedico s de uso odontologico del hspital Simon Bolivar,	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6124E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA ODONTOLGICA HOSPITAL SIMN BOLIVAR	<p>1. Durante el recorrido se observa el aspirador port6til MEDI P MP ASPIRATOR, marca Thomas, utili:ado en el consultorio de ciruga maxilofacial durante los procedimientos, el cual, segHn lo indicado por la auxiliar del servicio, contaba con un canister y un filtro hidrof.bico con fecha del 21/05/2028.</p> <p>2. Al verificar si el equipo se encuentra registrado en el cronograma de mantenimiento preventivo y aseguramiento metrol.gico de equipos biomGdicos, identificado con c.digo APEATEFE48E05, aportado poel servicio de odontologa especiali:ada, se evidencia que el aspirador no est6 relacionado.</p> <p>8. Se solicita la hoja de vida y la ficha tGcnica del equipoA sin embargo, no se aporta hoja de vida dado que el equipo no se encuentra relacionado dentro del inventario biomGdico del servicio.</p> <p>4. Se verifica la ficha tGcnica del aspirador port6til MEDI P MP ASPIRATOR, marca Thomas que, en relaci.n con el filtro hidrof.bico, establece lo siguiente: PQMantenimiento y Limpie:a: El filtro hidrof.bico d ebe ser cambiadad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias</p>	Programar Equipo inventariado en Cronograma de Mantenimeitno de equipo Biomedico	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6124E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA ODONTOLGICA HOSPITAL SIMN BOLIVAR	<p>1. Durante el recorrido se observa el aspirador port6til MEDI P MP ASPIRATOR, marca Thomas, utili:ado en el consultorio de ciruga maxilofacial durante los procedimientos, el cual, segHn lo indicado por la auxiliar del servicio, contaba con un canister y un filtro hidrof.bico con fecha del 21/05/2028.</p> <p>2. Al verificar si el equipo se encuentra registrado en el cronograma de mantenimiento preventivo y aseguramiento metrol.gico de equipos biomGdicos, identificado con c.digo APEATEFE48E05, aportado poel servicio de odontologa especiali:ada, se evidencia que el aspirador no est6 relacionado.</p> <p>8. Se solicita la hoja de vida y la ficha tGcnica del equipoA sin embargo, no se aporta hoja de vida dado que el equipo no se encuentra relacionado dentro del inventario biomGdico del servicio.</p> <p>4. Se verifica la ficha tGcnica del aspirador port6til MEDI P MP ASPIRATOR, marca Thomas que, en relaci.n con el filtro hidrof.bico, establece lo siguiente: PQMantenimiento y Limpie:a: El filtro hidrof.bico d ebe ser cambiadad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias</p>	Verficar la inclusi.n de todos los equipos inventariados, e n el Plan de Mantenimiento Institucional y verificar que cuenten con su respectiva hoja de vida.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6124E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA ODONTOLGICA HOSPITAL SIMN BOLIVAR	1. Se evidenciaron medias ca-as deterioradas en los consultorios de endodoncia y ciruga maxilofacial, as como pisos en estado de deterioro. 2. El techo del consultorio de ciruga maxilofacial no cumple con las condiciones de limpie:a y desinfecci.n requeridas para el servicio. 8. Se identific. mobiliario deteriorado, lo que impide garanti:ar procesos adecuados de limpie:a y desinfecci.n.	Realiz:ar Actividades de adecuaci.n del servicio de Odontologia para dar cumplimiento a lo establecido en el est6ndar de infraestructura de la Resoluci.n 8100 de 2011.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	EN EYEC CIN	02
Externa	Revisora Fiscal	RME6124E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA ODONTOLGICA HOSPITAL SIMN BOLIVAR	1. Se evidenciaron medias ca-as deterioradas en los consultorios de endodoncia y ciruga maxilofacial, as como pisos en estado de deterioro. 2. El techo del consultorio de ciruga maxilofacial no cumple con las condiciones de limpie:a y desinfecci.n requeridas para el servicio. 8. Se identific. mobiliario deteriorado, lo que impide garanti:ar procesos adecuados de limpie:a y desinfecci.n.	Verficar la ejecuci.n de las adecuaciones correspondientes en el servicio de Odontologia para dar cumplimiento a lo establecido en el est6ndar de infraestructura de la Resoluci.n 8100 de 2011.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	EN EYEC CIN	02
Externa	Revisora Fiscal	RME6124E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA ODONTOLGICA HOSPITAL SIMN BOLIVAR	1. Se evidenciaron medias ca-as deterioradas en los consultorios de endodoncia y ciruga maxilofacial, as como pisos en estado de deterioro. 2. El techo del consultorio de ciruga maxilofacial no cumple con las condiciones de limpie:a y desinfecci.n requeridas para el servicio. 8. Se identific. mobiliario deteriorado, lo que impide garanti:ar procesos adecuados de limpie:a y desinfecci.n.	Seguimiento a actividades ejecutads que se deben incluir en mantenimiento preventivo para cumplir con Resoouci.n 8100.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	EN EYEC CIN	02

<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE</b>							
<b>NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO</b>							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6124E25 MEMORANDO DE RECOMENDACIONES A DITORIA ODONTOLGICA HOSPITAL SIMN BOLIVAR	<p>1. Durante el recorrido se observa el aspirador portátil MEDIPMPASPIRATOR, marca Thomas, utilizado en el consultorio de cirugía maxilofacial durante los procedimientos, el cual, según lo indicado por la auxiliar del servicio, contaba con un canister y un filtro hidrofóbico con fecha del 21/05/2028.</p> <p>2. Al verificar si el equipo se encuentra registrado en el cronograma de mantenimiento preventivo y aseguramiento metodológico de equipos biomédicos, identificado con código APEATEFE48E05, aportado por el servicio de odontología especializada, se evidencia que el aspirador no está relacionado.</p> <p>3. Se solicita la hoja de vida y la ficha técnica del equipo sin embargo, no se aporta hoja de vida dado que el equipo no se encuentra relacionado dentro del inventario biotecnológico del servicio.</p> <p>4. Se verifica la ficha técnica del aspirador portátil MEDIPMPASPIRATOR, marca Thomas que, en relación con el filtro hidrofóbico, establece lo siguiente:</p> <p>PQMantenimiento y Limpieza: El filtro hidrofóbico debe ser cambiado</p> <p>WWWWW WWWWW WWWWW</p>	Socializar al personal de Odontología el estado de los equipos y la periodicidad de cambio de insumos críticos, según ficha técnica del fabricante.	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RME6818E25 ADITORGESTION DEL RIESGOESSANLIS	Se evidencio en el consultorio de toma de muestras de cuello uterino presencia de .xido en el mobiliario, impidiendo la limpieza y desinfección adecuada.	Programar mantenimiento de mobiliario del consultorio	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RME6818E25 ADITORGESTION DEL RIESGOESSANLIS	Se evidencio en el consultorio de toma de muestras de cuello uterino presencia de .xido en el mobiliario, impidiendo la limpieza y desinfección adecuada.	Ejecutar mantenimiento programado	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RME6818E25 ADITORGESTION DEL RIESGOESSANLIS	Se evidenciaron tres (8C tubos de color amarillo vencidos, con fecha 80 de septiembre de 2025, ubicados en la vitrina de almacenamiento de insumos del servicio de toma de muestras del laboratorio clínico. Adicionalmente, se observó que no se cuenta con un sistema de semaforización para los insumos almacenados, incluyendo aquellos con fechas próximas a vencerse (noviembre de 2025).	Reorganizar el área de toma de muestras donde se garantice la disponibilidad del mes de trabajo	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	100%
Externa	Revisora Fiscal	RME6818E25 ADITORGESTION DEL RIESGOESSANLIS	Se evidenciaron tres (8C tubos de color amarillo vencidos, con fecha 80 de septiembre de 2025, ubicados en la vitrina de almacenamiento de insumos del servicio de toma de muestras del laboratorio clínico. Adicionalmente, se observó que no se cuenta con un sistema de semaforización para los insumos almacenados, incluyendo aquellos con fechas próximas a vencerse (noviembre de 2025).	Realizar el inventario de insumos de toma de muestras en la sede grantificando el descarte de insumos vencidos, revisión del kardex de insumos y semaforización de los insumos restantes de acuerdo a los lineamientos institucionales (MIECEI E84 Instructivo de manejo de reactivos e insumos laboratorio y gestión pretransfusión)	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	100%

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6818E25 A DITORA GESTION DEL RIESGO E SS SAN L IS	Se evidenciaron tres (8C tubos de color amarillo vencidos, con fecha 80 de septiembre de 2025, ubicados en la vitrina de almacenamiento de insumos del servicio de toma de muestras del laboratorio clínico. Adicionalmente, se observ. que no se cuenta con un sistema de semaforización para los insumos almacenados, incluyendo aquellos con fechas próximas a vencerse (noviembre de 2025C.	Retirar los insumos de menos de 6 meses de vencimiento y rotarlos en las sedes de tomas de muestras de gran volumen para evitar vencimientos posteriores.	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6818E25 A DITORA GESTION DEL RIESGO E SS SAN L IS	Se evidenciaron tres (8C tubos de color amarillo vencidos, con fecha 80 de septiembre de 2025, ubicados en la vitrina de almacenamiento de insumos del servicio de toma de muestras del laboratorio clínico. Adicionalmente, se observ. que no se cuenta con un sistema de semaforización para los insumos almacenados, incluyendo aquellos con fechas próximas a vencerse (noviembre de 2025C.	Capacitar al personal encargado de la toma de muestras en la sede San Luis en los aspectos relacionados con el manejo de insumos y dispositivos médicos, semaforización y reactivovigilancia.	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6818E25 A DITORA GESTION DEL RIESGO E SS SAN L IS	Se evidenciaron tres (8C tubos de color amarillo vencidos, con fecha 80 de septiembre de 2025, ubicados en la vitrina de almacenamiento de insumos del servicio de toma de muestras del laboratorio clínico. Adicionalmente, se observ. que no se cuenta con un sistema de semaforización para los insumos almacenados, incluyendo aquellos con fechas próximas a vencerse (noviembre de 2025C.	Realizar ronda de seguridad y seguimiento en el punto de toma de muestras para el mes de noviembre.	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6818E25 A DITORA GESTION DEL RIESGO E SS SAN L IS	Se evidenci. que el servicio de toma de muestras de cuello uterino no cuenta con un mes. destinado exclusivamente para la preparación, embalaje y remisión de las muestras biológicas, conforme a lo establecido en la Resolución 8100 de 2011. Se observ. que en una misma mesa se ubican los insumos requeridos para la toma de la muestra y, adicionalmente, se realiza la preparación y embalaje de las muestras recolectadas.  Al no contar con un área o superficie diferenciada para la manipulación y embalaje de las muestras biológicas, se incrementa la probabilidad de contaminación cruzada entre insumos limpios y muestras biológicas.	Reorganizar el área de toma de muestras donde se garantice la disponibilidad del mes. de trabajo	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6158E 25 SEGURIDAD DE LA INFORMACION SEPTIEMBRE 2025	Durante la prueba selectiva de los equipos de cómputo se evidenci. que varias licencias de Microsoft Office 2016 que estaban inactivas. Falta activarlas.	Activar las licencias de Microsoft Office 2016 en todos los equipos, garantizando que el software quede correctamente licenciado y funcional.	Gestión TICS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6158E 25 SEGURIDAD DE LA INFORMACION SEPTIEMBRE 2025	Durante el desarrollo de la auditora se evidenci. que el Centro de Cómputo de la sede no tiene un Control de Acceso adecuado. La cerradura no tenía llave. Aunque está instalado un Control Biométrico, éste no está en uso. Está inactivo.	Implementar un sistema de seguridad con candado para controlar el acceso al Centro de Cómputo.	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	502
Externa	Revisora Fiscal	RME5528E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION	Se evidenciaron que varios equipos de cómputo no tienen instaladas las últimas versiones de seguridad del Sistema Operativo Windows 10 Pro. en las tres sedes.	Actualizar todos los equipos de cómputo a la última versión de Windows 10 Pro en las tres sedes.	Gestión TICS	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME5528E25 RECOMENDACIONES PARA FORTALECER ASPECTOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	En la SS Buenavista, el Rack de comunicaciones está expuesto, no se tiene un control adecuado, cualquier persona puede acceder, ya que queda detrás de unos cubculos, y no hay cerradura con llave, hay un gabinete y no tiene llave.	Instalar un gabinete de seguridad para resguardar los equipos de comunicación y evitar accesos no autorizados.	Gestión TICTS	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112025 RECOMENDACIONES ADITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Limitación en la verificación de la información, toda vez que, del total de 12 muestras seleccionadas, no fue suministrado 6 documentos que soportan las pólizas de seguros.	Atender las solicitudes de la Revisora fiscal para la entrega de los soportes requeridos de manera clara	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112025 RECOMENDACIONES ADITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Limitación en la verificación de la información, toda vez que, del total de 12 muestras seleccionadas, no fue suministrado 6 documentos que soportan las pólizas de seguros.	toda vez que la Revisora Fiscal solicite la muestra para su revisión indicando soportes requeridos	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112025 RECOMENDACIONES ADITORIA FINANCIERA OCT 2025	<p>Durante el desarrollo de la auditoría, se evidenció que los saldos reportados en el Plan de Depuración presentan inconsistencias, al encontrarse desactualizados. Específicamente, no se identificaron los siguientes valores dentro del reporte, lo cual indica una falta de conciliación oportuna y actualización de la información contable relacionada:</p> <p>K Durante la revisión de la conciliación de cartera suministrada, se identificó una diferencia por valor de \$2.864.451.860 entre el saldo conciliado y el saldo registrado en contabilidad. Seguramente informado por el Departamento de Cartera, esta diferencia corresponde a saldos iniciales que actualmente se encuentran en proceso de depuración.</p> <p>Sin embargo, al realizar la trazabilidad con el Plan de Depuración Contable, se evidenció que dichos valores no están incluidos en dicho plan. Es importante destacar que el Departamento de Cartera manifestó haber enviado una comunicación por correo electrónico solicitando la incorporación de esta información en el plan correspondiente del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la</p>	Revisar de las cifras con corte a diciembre de 2025, determinar las que son susceptibles de depuración	Gestión Financiera	SIN INICIAR	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	<p>Durante el desarrollo de la auditoría, se evidenci. que los saldos reportados en el Plan de Depuraci.n presentan inconsistencias, al encontrarse desactuali:ados. Especificamente, no se identificaron los siguientes valor es dentro del reporte, lo cual indica una falta de conciliaci.n oportuna y actuali:aci.n de la informaci.n contable relacionada:</p> <p>K Durante la revisi.n de la conciliaci.n de cartera suministrada, se identific. una diferencia por valor de \$2.864.451.860 entre el saldo conciliado y el saldo registrado en contabilidad. SegHn lo informado por el Departamento de Cartera, esta diferencia corresponde a saldos iniciales que actualmente se encuentran en proceso de depuraci.n.</p> <p>Sin embargo, al reali:ar la tra:abilidad con el Plan de Depuraci.n Contable, se evidenci. que dichos valores no est6n incluidos en dicho plan. Es importante destacar que el Departamento de Cartera manifest. haber enviado una comunicaci.n por correo electr.nico solicitando la incorporaci.n de esta informaci.n en el plan correspondidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidaci.n de la</p>	Presentar al comitG Tecnico de depuraci.n contable la actuali:aci.n del plan de depuraci.n, para ejecuci.n en la vigencia 2026	Gesti.n Financiera	SIN INICIAR	02
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	<p>Durante el desarrollo de la auditoría, se evidenci. que los saldos reportados en el Plan de Depuraci.n presentan inconsistencias, al encontrarse desactuali:ados. Especificamente, no se identificaron los siguientes valor es dentro del reporte, lo cual indica una falta de conciliaci.n oportuna y actuali:aci.n de la informaci.n contable relacionada:</p> <p>K Durante la revisi.n de la conciliaci.n de cartera suministrada, se identific. una diferencia por valor de \$2.864.451.860 entre el saldo conciliado y el saldo registrado en contabilidad. SegHn lo informado por el Departamento de Cartera, esta diferencia corresponde a saldos iniciales que actualmente se encuentran en proceso de depuraci.n.</p> <p>Sin embargo, al reali:ar la tra:abilidad con el Plan de Depuraci.n Contable, se evidenci. que dichos valores no est6n incluidos en dicho plan. Es importante destacar que el Departamento de Cartera manifest. haber enviado una comunicaci.n por correo electr.nico solicitando la incorporaci.n de esta informaci.n en el plan correspond</p>	Circulari:ar el plan de depuraci.n a las 6reas intervinente s y efectuar el respectivo seguimiento de car6cter mensual a travGs del ComitG TGcnico de Sostenibilidad	Gesti.n Financiera	SIN INICIAR	02



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	<p>Durante el desarrollo de la auditoría, se evidenci. que los saldos reportados en el Plan de Depuraci.n presentan inconsistencias, al encontrarse desactuali:ados. Especificamente, no se identificaron los siguientes valor es dentro del reporte, lo cual indica una falta de conciliaci.n oportuna y actuali:aci.n de la informaci.n contable relacionada:</p> <p>K Durante la revisi.n de la conciliaci.n de cartera suministrada, se identific. una diferencia por valor de \$2.864.451.860 entre el saldo conciliado y el saldo registrado en contabilidad. SegHn lo informado por el Departamento de Cartera, esta diferencia corresponde a saldos iniciales que actualmente se encuentran en proceso de depuraci.n.</p> <p>Sin embargo, al reali:ar la tra:abilidad con el Plan de Depuraci.n Contable, se evidenci. que dichos valores no est6n incluidos en dicho plan. Es importante destacar que el Departamento de Cartera manifest. haber enviado una comunicaci.n por correo electr.nico solicitando la incorporaci.n de esta informaci.n en el plan correspond</p>	<p>Solicitar al Grea de Tesorera de la ESE mediante correo electr.nico con base en la relaci.n de facturas registradas en el estado de cuentas por pagar a corte 81 de agosto de 2025 de las vigencias 2015, 2016 y 2017, la existencia fsica de los soportes mnimos requeridos para reali:ar el pago de los saldos registrados. As mismo, a la oficina Yurdica de la ESE, el estado de los procesos juridicos de los proveedores inmersos en dicha relaci.n.</p>	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	<p>Durante el desarrollo de la auditoría, se evidenci. que los saldos reportados en el Plan de Depuraci.n presentan inconsistencias, al encontrarse desactuali:ados. Especificamente, no se identificaron los siguientes valor es dentro del reporte, lo cual indica una falta de conciliaci.n oportuna y actuali:aci.n de la informaci.n contable relacionada:</p> <p>K Durante la revisi.n de la conciliaci.n de cartera suministrada, se identific. una diferencia por valor de \$2.864.451.860 entre el saldo conciliado y el saldo registrado en contabilidad. SegHn lo informado por el Departamento de Cartera, esta diferencia corresponde a saldos iniciales que actualmente se encuentran en proceso de depuraci.n.</p> <p>Sin embargo, al reali:ar la tra:abilidad con el Plan de Depuraci.n Contable, se evidenci. que dichos valores no est6n incluidos en dicho plan. Es importante destacar que el Departamento de Cartera manifest. haber enviado una comunicaci.n por correo electr.nico solicitando la incorporaci.n de esta informaci.n en el plan correspondencia del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidaci.n de la</p>	<p>Incluir en el plan de depuraci.n contable las facturas resultantes que no cuentan con soportes fsicos, por lo tanto, no cumplen con los requisitos mnimos para ser pagadas.</p>	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Diferencia de \$88.816.856 entre el saldo por amortizar determinado mediante el rec6lculo efectuado por la Revisora Fiscal y el saldo contable registrado, teniendo en cuenta las vidas Htiles relacionadas en el archivo extracontable. El rec6lculo, con corte al 31 de agosto de 2025, arroja un saldo pendiente por amortizar de \$1.841.488.840, mientras que el saldo contable registrado asciende a \$ 1.807.511.884.	Entregar reporte generado por el 6rea de cuentas por pagar	Gesti.n Financiera	EN EYEC CIN	602
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Diferencia de \$88.816.856 entre el saldo por amortizar determinado mediante el rec6lculo efectuado por la Revisora Fiscal y el saldo contable registrado, teniendo en cuenta las vidas Htiles relacionadas en el archivo extracontable. El rec6lculo, con corte al 31 de agosto de 2025, arroja un saldo pendiente por amortizar de \$1.841.488.840, mientras que el saldo contable registrado asciende a \$ 1.807.511.884.	Conciliar la informaci.n adicional requerida en la conciliaci.n por el 6rea de seguros	Gesti.n Financiera	EN EYEC CIN	812
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Diferencia de \$88.816.856 entre el saldo por amortizar determinado mediante el rec6lculo efectuado por la Revisora Fiscal y el saldo contable registrado, teniendo en cuenta las vidas Htiles relacionadas en el archivo extracontable. El rec6lculo, con corte al 31 de agosto de 2025, arroja un saldo pendiente por amortizar de \$1.841.488.840, mientras que el saldo contable registrado asciende a \$ 1.807.511.884.	Realizar conciliaci.n de saldos entre cuentas por pagar, seguros y contabilidad	Gesti.n Financiera	EN EYEC CIN	812
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Diferencia de \$88.816.856 entre el saldo por amortizar determinado mediante el rec6lculo efectuado por la Revisora Fiscal y el saldo contable registrado, teniendo en cuenta las vidas Htiles relacionadas en el archivo extracontable. El rec6lculo, con corte al 31 de agosto de 2025, arroja un saldo pendiente por amortizar de \$1.841.488.840, mientras que el saldo contable registrado asciende a \$ 1.807.511.884.	Determinar diferencias y reali:aci.n de ajuste por parte del 6rea correspondiente	Gesti.n Financiera	EN EYEC CIN	812
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Diferencia de \$102.107.861 entre el valor registrado en el archivo extracontable P1. Amorti:aci.n agosto 2025X, que asciende a \$1.110.411.245, y el saldo contable reportado en la cuenta al mes de agosto de 2025, que corresponde a \$1.807.511.884.	Entregar reporte generado por el 6rea de cuentas por pagar	Gesti.n Financiera	EN EYEC CIN	602
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Diferencia de \$102.107.861 entre el valor registrado en el archivo extracontable P1. Amorti:aci.n agosto 2025X, que asciende a \$1.110.411.245, y el saldo contable reportado en la cuenta al mes de agosto de 2025, que corresponde a \$1.807.511.884.	Conciliar la informaci.n adicional requerida en la conciliaci.n por el 6rea de seguros	Gesti.n Financiera	EN EYEC CIN	812
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Diferencia de \$102.107.861 entre el valor registrado en el archivo extracontable P1. Amorti:aci.n agosto 2025X, que asciende a \$1.110.411.245, y el saldo contable reportado en la cuenta al mes de agosto de 2025, que corresponde a \$1.807.511.884.	Realizar conciliaci.n de saldos entre cuentas por pagar, seguros y contabilidad	Gesti.n Financiera	EN EYEC CIN	812
Externa	Revisora Fiscal	RMO6112O25 RECOMENDACIONES A DITORIA FINANCIERA OCT 2025	K Diferencia de \$102.107.861 entre el valor registrado en el archivo extracontable P1. Amorti:aci.n agosto 2025X, que asciende a \$1.110.411.245, y el saldo contable reportado en la cuenta al mes de agosto de 2025, que corresponde a \$1.807.511.884.	Determinar diferencias y reali:aci.n de ajuste por parte del 6rea correspondiente	Gesti.n Financiera	EN EYEC CIN	812

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6281E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	El procedimiento interno No. 14 PRevisar el documentoX del PProcedimiento Normal:aci.n DocumentaX c.digo ESE GCEPE04 versi.n 5 del 15 de septiembre del 2028 establece que: PRevisar el documento cada tres a-os y si no requiere cambios se genera nueva versi.n justificando en el control de cambios se reali:a revisi.n del documentoX.	Verificar el estado actual de los documentos, acorde a la informaci.n ddenominada revisi.n documental la cual es entregada por el area de calidad ( Normal:aci.nC e identificar aquellos que requieren actuali:aci.n.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6281E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	El procedimiento interno No. 14 PRevisar el documentoX del PProcedimiento Normal:aci.n DocumentaX c.digo ESE GCEPE04 versi.n 5 del 15 de septiembre del 2028 establece que: PRevisar el documento cada tres a-os y si no requiere cambios se genera nueva versi.n justificando en el control de cambios se reali:a revisi.n del documentoX.	Verificar en el aplicativo ALMERA si los documentos actuali:ados ya se encuentran normali:ados y disponibles oficialmente en el sistema, asegurando as la tra:abilidad y cierre del proceso.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6281E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	El procedimiento interno No. 14 PRevisar el documentoX del PProcedimiento Normal:aci.n DocumentaX c.digo ESE GCEPE04 versi.n 5 del 15 de septiembre del 2028 establece que: PRevisar el documento cada tres a-os y si no requiere cambios se genera nueva versi.n justificando en el control de cambios se reali:a revisi.n del documentoX.	Generar las acciones correctivas en caso de ser necesario	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6281E25 A DITORIA ADMINISTRATIVA GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL D 2025	El procedimiento interno No. 14 PRevisar el documentoX del PProcedimiento Normal:aci.n DocumentaX c.digo ESE GCEPE04 versi.n 5 del 15 de septiembre del 2028 establece que: PRevisar el documento cada tres a-os y si no requiere cambios se genera nueva versi.n justificando en el control de cambios se reali:a revisi.n del documentoX.	Realizar la actuali:acion de los documentos y enviar a normali:aci.n	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6862E25 A DITORIA AMBIENTAL SS SAN L IS	Se evidencia que el cuarto de almacenamiento de residuos no presenta se-ali:aci.n visible ni identificaci.n que indique el tipo de residuos almacenados, incumpliendo con las condiciones de seguridad y se-ali:aci.n establecidas en el Manual para la Gesti.n Integral de Residuos Generados en la Atenci.n en Salud (Resoluci.n 511 de 2024C.X	Se reali:. instalaci.n inmediata a la se-ali:aci.n de los cuartos de residuos de la sede San Luis	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25 _AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Durante la visita se evidenci. que en el consultorio del primer piso existen manchas y presencia de humedad en las paredes, lo que afecta las condiciones de orden, limpie:a y salubridad del 6rea. Esta situaci.n genera un ambiente inadecuado para la atenci.n y no cumple con los criterios de mantenimiento locativo ni con los lineamientos tGcnicos de higiene establecidos por la normatividad vigente.	Realizar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identifi car el alcance de las actividades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25 _AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Durante la visita se evidenci. que en el consultorio del primer piso existen manchas y presencia de humedad en las paredes, lo que afecta las condiciones de orden, limpie:a y salubridad del 6rea. Esta situaci.n genera un ambiente inadecuado para la atenci.n y no cumple con los criterios de mantenimiento locativo ni con los lineamientos tGcnicos de higiene establecidos por la normatividad vigente.	Realizar programaci.n de las actividades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Se evidenci. que la sede Codito no cuenta con una visita ambiental previa ni con el correspondiente concepto higiGnicoEsanitario, condici.n necesaria para evaluar y certificar el cumplimiento del Estóndar de Infraestructura definido en la Resoluci.n 8100 de 2011	Realizar inspecci.n previa entre las 6reas de Gest.i.n Ambiental e Infraestructura para determinar el estado de la sede	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Se evidenci. que la sede Codito no cuenta con una visita ambiental previa ni con el correspondiente concepto higiGnicoEsanitario, condici.n necesaria para evaluar y certificar el cumplimiento del Estóndar de Infraestructura definido en la Resoluci.n 8100 de 2011	Establecer acciones para determinar las necesidades de la sede con el fin de dar cumplimiento a los estandares establecidos por IVC	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Se evidenci. que la sede Codito no cuenta con una visita ambiental previa ni con el correspondiente concepto higiGnicoEsanitario, condici.n necesaria para evaluar y certificar el cumplimiento del Estóndar de Infraestructura definido en la Resoluci.n 8100 de 2011	Ejecutar las acciones definidas de acuerdo a la verificaci. n real:ada	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Se evidenci. que la sede Codito no cuenta con una visita ambiental previa ni con el correspondiente concepto higiGnicoEsanitario, condici.n necesaria para evaluar y certificar el cumplimiento del Estóndar de Infraestructura definido en la Resoluci.n 8100 de 2011	Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Se evidenci. que la sede Codito no cuenta con una visita ambiental previa ni con el correspondiente concepto higiGnicoEsanitario, condici.n necesaria para evaluar y certificar el cumplimiento del Estóndar de Infraestructura definido en la Resoluci.n 8100 de 2011	solicitar visita tecnica de inspecci.n Vigilancia y Control	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Durante el recorrido real:iado el 04 de noviembre se evidencio que en el consultorio 208 el contenedor tipo guardi6n para residuos cortopun:antes se encuentra colgado en la estructura de la ventana, sin soporte o anclaje adecuado a una superficie firme o resistente, lo cual no cumple con los criterios de estabilidad y seguridad establecidos.	Solicitar el soporte del contenedor al almacGn y entrega al 6rea de mantenimiento	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Durante el recorrido real:iado el 04 de noviembre se evidencio que en el consultorio 208 el contenedor tipo guardi6n para residuos cortopun:antes se encuentra colgado en la estructura de la ventana, sin soporte o anclaje adecuado a una superficie firme o resistente, lo cual no cumple con los criterios de estabilidad y seguridad establecidos.	Realizar programaci.n de las actividades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Durante el recorrido real:iado el 04 de noviembre se evidencio que en el consultorio 208 el contenedor tipo guardi6n para residuos cortopun:antes se encuentra colgado en la estructura de la ventana, sin soporte o anclaje adecuado a una superficie firme o resistente, lo cual no cumple con los criterios de estabilidad y seguridad establecidos.	Realizar la instalaci.n del soporte en el 6rea indi cada	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	En la sede Codito se evidenci. que las escaleras no cuentan con bandas o superficies antidesli:antes, presentando un acabado liso que puede incrementar el riesgo de resbalones, especialmente en condiciones de humedad	Realizar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identi car el alcance de las actividades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	En la sede Codito se evidenci. que las escaleras no cuentan con bandas o superficies antidesli:antes, presentando un acabado liso que puede incrementar el riesgo de resbalones, especialmente en condiciones de humedad	Realiz:ar programaci.n de las actividades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	En la sede Codito se evidenci. que las escaleras no cuentan con bandas o superficies antidesli:antes, presentando un acabado liso que puede incrementar el riesgo de resbalones, especialmente en condiciones de humedad	Ejecutar las actividades de mantenimiento	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	En la sede Codito se evidenci. que las escaleras no cuentan con bandas o superficies antidesli:antes, presentando un acabado liso que puede incrementar el riesgo de resbalones, especialmente en condiciones de humedad	Realiz:ar verificaci.n de las actividades entregadas e indentificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Durante la visita se evidenci. que en el consultorio del primer piso existen manchas y presencia de humedad en las paredes, lo que afecta las condiciones de orden, limpie:a y salubridad del 6rea. Esta situaci.n genera un ambiente inadecuado para la atenci.n y no cumple con los criterios de mantenimiento locativo ni con los lineamientos tGcnicos de higiene establecidos por la normatividad vigente.	Ejecutar las actividades de mantenimiento	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7415E25_AMBIENTAL_S BRED NORTE NIDAD DE ATENCION CODITO	Durante la visita se evidenci. que en el consultorio del primer piso existen manchas y presencia de humedad en las paredes, lo que afecta las condiciones de orden, limpie:a y salubridad del 6rea. Esta situaci.n genera un ambiente inadecuado para la atenci.n y no cumple con los criterios de mantenimiento locativo ni con los lineamientos tGcnicos de higiene establecidos por la normatividad vigente.	Realiz:ar verificaci.n de las actividades entregadas e indentificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7418E25 A DITORIA AMBIENTAL S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCION SAM EN	Durante el recorrido realiz:ado el 05 de noviembre se evidenci. que el sitio de almacenamiento no cuenta con un sistema de seguridad funcional (chapa o candadoC que permita restringir y controlar el acceso. Esta situaci.n incumple los requisitos establecidos en la Resoluci.n 511 de 2024 para el adecuado aseguramiento del 6rea, pudiendo generar vulnerabilidades en la gesti.n interna de residuos.	Realiz:ar ronda de verificaci.n de halla:gos, para identi:fi car el alcance de las actividades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Externa	Revisora Fiscal	RME7418E25 A DITORIA AMBIENTAL S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCION SAM EN	Durante el recorrido realiz:ado el 05 de noviembre se evidenci. que el sitio de almacenamiento no cuenta con un sistema de seguridad funcional (chapa o candadoC que permita restringir y controlar el acceso. Esta situaci.n incumple los requisitos establecidos en la Resoluci.n 511 de 2024 para el adecuado aseguramiento del 6rea, pudiendo generar vulnerabilidades en la gesti.n interna de residuos.	Realiz:ar programaci.n de las actividades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME7418E25 A DITORIA AMBIENTAL S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCION SAM EN	Se revis. el Informe de Caracteri:aci.n de Agua Residual No DomGstica elaborado por el Instituto de Higiene Ambiental S.A.S. (Informe No. 0684, diciembre 2024C correspondiente al punto de monitoreo PCaja de inspecci.nX del Centro de Salud saquGn, donde se evidencia que el par6metro de fenoles presenta una concentraci.n de 0,667 mg/L, valor que excede el lmite m6ximo permisible establecido de 0,200 mg/L.	Realiz:ar cronograma para toma de muestreo compuesto en la caja de salida de vertimientos del Centro de Salud Verbenal	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7418E25 A DITORIA AMBIENTAL S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCION SAM EN	Se revis. el Informe de Caracteri:aci.n de Agua Residual No DomGstica elaborado por el Instituto de Higiene Ambiental S.A.S. (Informe No. 0684, diciembre 2024C correspondiente al punto de monitoreo PCaja de inspecci.nX del Centro de Salud saquGn, donde se evidencia que el par6metro de fenoles presenta una concentraci.n de 0,667 mg/L, valor que excede el lmite m6ximo permisible establecido de 0,200 mg/L.	Realiz:ar la toma de muestreo compuesto del vertimiento generado en el Centro de Salud saquGn	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7418E25 A DITORIA AMBIENTAL S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCION SAM EN	Se revis. el Informe de Caracteri:aci.n de Agua Residual No DomGstica elaborado por el Instituto de Higiene Ambiental S.A.S. (Informe No. 0684, diciembre 2024C correspondiente al punto de monitoreo PCaja de inspecci.nX del Centro de Salud saquGn, donde se evidencia que el par6metro de fenoles presenta una concentraci.n de 0,667 mg/L, valor que excede el lmite m6ximo permisible establecido de 0,200 mg/L.	Verificar los resultados obtenidos del muestreo, de acuerdo a la radicaci.n de informes por parte del laboratorio	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7418E25 A DITORIA AMBIENTAL S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCION SAM EN	Se revis. el Informe de Caracteri:aci.n de Agua Residual No DomGstica elaborado por el Instituto de Higiene Ambiental S.A.S. (Informe No. 0684, diciembre 2024C correspondiente al punto de monitoreo PCaja de inspecci.nX del Centro de Salud saquGn, donde se evidencia que el par6metro de fenoles presenta una concentraci.n de 0,667 mg/L, valor que excede el lmite m6ximo permisible establecido de 0,200 mg/L.	Realiz:ar capacitaci.n en manejo y preparaci.n adecuada de productos de limpie:a y desinfecci.n, a fin de evitar que se generen altas cargas contaminantes en el vertimiento por el uso de dichos productos	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME7418E25 A DITORIA AMBIENTAL S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCION SAM EN	Durante el recorrido reali:ado el 05 de noviembre se evidenci. que el sitio de almacenamiento no cuenta con un sistema de seguridad funcional (chapa o candadoC que permita restringir y controlar el acceso. Esta situaci.n incumple los requisitos establecidos en la Resoluci.n 511 de 2024 para el adecuado aseguramiento del Grea, pudiendo generar vulnerabilidades en la gesti.n interna de residuos.	Ejecutar las actividades de mantenimiento	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	SIN INICIAR	02
Externa	Revisora Fiscal	RME7418E25 A DITORIA AMBIENTAL S BRED NORTE E NIDAD DE ATENCION SAM EN	Durante el recorrido reali:ado el 05 de noviembre se evidenci. que el sitio de almacenamiento no cuenta con un sistema de seguridad funcional (chapa o candadoC que permita restringir y controlar el acceso. Esta situaci.n incumple los requisitos establecidos en la Resoluci.n 511 de 2024 para el adecuado aseguramiento del Grea, pudiendo generar vulnerabilidades en la gesti.n interna de residuos.	Realiz:ar verificaci.n de las actividades entregadas e indentificar posibles acciones de mejora	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	En la sede Verbenal los cables no se encuentran cubiertos ni organizados adecuadamente, permaneciendo en un área de fácil acceso para el personal, lo que puede generar riesgos de tropiezos, daños en los cables o incidentes eléctricos. Esta situación se evidencia en la oficina de enfermera, la ubicación de la impresora 4 piso, etc. (INFRAESTRUCTURA)	Realizar ordenamiento de cables con espiral plástico	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	No obstante, se identificó incumplimiento en el parámetro de fenoles, cuyo resultado fue 0,811 mg/L, superando el valor máximo permisible de 0,200 mg/L. Esta situación representa una no conformidad frente a la normatividad ambiental vigente, lo que implica la necesidad de establecer acciones correctivas inmediatas para controlar y reducir esta concentración en los vertimientos (AMBIENTALC)	Realizar cronograma para toma de muestreo compuesto en la caja de salida de vertimientos del Centro de Salud Verbenal	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	No obstante, se identificó incumplimiento en el parámetro de fenoles, cuyo resultado fue 0,811 mg/L, superando el valor máximo permisible de 0,200 mg/L. Esta situación representa una no conformidad frente a la normatividad ambiental vigente, lo que implica la necesidad de establecer acciones correctivas inmediatas para controlar y reducir esta concentración en los vertimientos (AMBIENTALC)	Realizar la toma de muestreo compuesto del vertimiento generado en el Centro de Salud Verbenal	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	No obstante, se identificó incumplimiento en el parámetro de fenoles, cuyo resultado fue 0,811 mg/L, superando el valor máximo permisible de 0,200 mg/L. Esta situación representa una no conformidad frente a la normatividad ambiental vigente, lo que implica la necesidad de establecer acciones correctivas inmediatas para controlar y reducir esta concentración en los vertimientos (AMBIENTALC)	Verificar los resultados obtenidos del muestreo, de acuerdo a la radicación de informes por parte del laboratorio	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	No obstante, se identificó incumplimiento en el parámetro de fenoles, cuyo resultado fue 0,811 mg/L, superando el valor máximo permisible de 0,200 mg/L. Esta situación representa una no conformidad frente a la normatividad ambiental vigente, lo que implica la necesidad de establecer acciones correctivas inmediatas para controlar y reducir esta concentración en los vertimientos (AMBIENTALC)	Realizar capacitación en manejo y preparación adecuada de productos de limpieza y desinfección, a fin de evitar que se generen altas cargas contaminantes en el vertimiento por el uso de dichos productos	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	Se observó acumulación de canecas que dificulta la manipulación y genera problemas de acceso. La señalización está presente en muros, pero no en todos los recipientes directamente, lo que podrá generar confusión. El espacio destinado para almacenamiento temporal resultó limitado. Adicionalmente, algunas de las canecas no estaban debidamente marcadas y se identificaron guardianes sin fecha final de uso, lo que afecta la trazabilidad y el control de estos elementos. (AMBIENTALC)	Programar visita de inspección de gestión ambiental al Centro de Salud Verbenal	Gestión de Servicios Ambulatoria	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	Se observ. acumulaci.n de canecas que dificulta la manipulaci.n y genera problemas de acceso. La se-ali:aci.n est6 presente en muros, pero no en todos los recipientes directamente, lo que podra generar confusi.n. El espacio destinado para almacenamiento temporal result. limitado. Adicionalmente, algunas de las canecas no estaban debidamente marcadas y se identificaron guardianes sin fecha final de uso, lo que afecta la tra:abilidad y el control de estos elementos. (AMBIENTALC	Realizar rotulaci.n de los cuartos de residuos de acuerdo a su característica y peligrosidad. Y rotular canecas	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	Se observ. acumulaci.n de canecas que dificulta la manipulaci.n y genera problemas de acceso. La se-ali:aci.n est6 presente en muros, pero no en todos los recipientes directamente, lo que podra generar confusi.n. El espacio destinado para almacenamiento temporal result. limitado. Adicionalmente, algunas de las canecas no estaban debidamente marcadas y se identificaron guardianes sin fecha final de uso, lo que afecta la tra:abilidad y el control de estos elementos. (AMBIENTALC	Aplicar lista de chequeo de verificaci.n PIGA en el Centro de Verbenal	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	Se observ. acumulaci.n de canecas que dificulta la manipulaci.n y genera problemas de acceso. La se-ali:aci.n est6 presente en muros, pero no en todos los recipientes directamente, lo que podra generar confusi.n. El espacio destinado para almacenamiento temporal result. limitado. Adicionalmente, algunas de las canecas no estaban debidamente marcadas y se identificaron guardianes sin fecha final de uso, lo que afecta la tra:abilidad y el control de estos elementos. (AMBIENTALC	Calcular medici.n de adherencia de acuerdo a los resultados de la inspecci.n especificamente en segregaci.n almacenamiento de residuos	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Revisora Fiscal	RME6184E25 ASPECTOS AMBIENTALESE VERBENAL	Se observ. acumulaci.n de canecas que dificulta la manipulaci.n y genera problemas de acceso. La se-ali:aci.n est6 presente en muros, pero no en todos los recipientes directamente, lo que podra generar confusi.n. El espacio destinado para almacenamiento temporal result. limitado. Adicionalmente, algunas de las canecas no estaban debidamente marcadas y se identificaron guardianes sin fecha final de uso, lo que afecta la tra:abilidad y el control de estos elementos. (AMBIENTALC	Capacitar al personal en el uso adecuado de guardianes en los servicios asistenciales	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Externa	Veeduría Distrital	PM54_2024 ENPEDIENTE VEED RIA DISTRITAL Ni 20215008881100021E E 20245000076021	Verificar los hechos conocidos por la Veeduría Distrital sobre posibles irregularidades en la custodia y cuidado de equipos mGdicos en la Subred Norte E.S.E E Sim.n Bolvary y determinar si la conducta de los funcionarios y/o trabajadores oficiales es contraria a la probidad, discriminatoria o abiertamente violatoria del ordenamiento jurdico vigente.	Actuali:aci.n de los equipos de detector de metales tipo arcos en los controles de acceso.	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Veeduría Distrital	PM54_2024 ENPEDIENTE VEED RIA DISTRITAL Ni 20215008881100021E E 20245000076021	Verificar los hechos conocidos por la Veeduría Distrital sobre posibles irregularidades en la custodia y cuidado de equipos mGdicos en la Subred Norte E.S.E E Sim.n Bolvary y determinar si la conducta de los funcionarios y/o trabajadores oficiales es contraria a la probidad, discriminatoria o abiertamente violatoria del ordenamiento jurdico vigente.	Instalaci.n de nuevas c6maras en servicios crticos, reanimaci.n, dep.sito y 6rea de respiratorios de equipos biomGdicos.	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Veedura Distrital	PM54_2024 ENPEDIENTE VEED RIA DISTRITAL Ni 20215008881100021E E 20245000076021	Verificar los hechos conocidos por la Veedura Distrital sobre posibles irregularidades en la custodia y cuidado de equipos mGdicos en la Subred Norte E.S.E E Sim.n Bolvary y determinar si la conducta de los funcionarios y/o trabajadores oficiales es contraria a la probidad, discriminatoria o abiertamente violatoria del ordenamiento juridico vigente.	Implementaci.n de la instalaci.n de manillas para los equipos biomGdicos de tripulaci.n externas a la Subred Norte.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Veedura Distrital	PM54_2024 ENPEDIENTE VEED RIA DISTRITAL Ni 20215008881100021E E 20245000076021	Verificar los hechos conocidos por la Veedura Distrital sobre posibles irregularidades en la custodia y cuidado de equipos mGdicos en la Subred Norte E.S.E E Sim.n Bolvary y determinar si la conducta de los funcionarios y/o trabajadores oficiales es contraria a la probidad, discriminatoria o abiertamente violatoria del ordenamiento juridico vigente.	Se reali:ar6 PreEtest de la instructiva cuida lo pHblico al personal asistencial de todas las unidades de servicios de salud.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Veedura Distrital	PM54_2024 ENPEDIENTE VEED RIA DISTRITAL Ni 20215008881100021E E 20245000076021	Verificar los hechos conocidos por la Veedura Distrital sobre posibles irregularidades en la custodia y cuidado de equipos mGdicos en la Subred Norte E.S.E E Sim.n Bolvary y determinar si la conducta de los funcionarios y/o trabajadores oficiales es contraria a la probidad, discriminatoria o abiertamente violatoria del ordenamiento juridico vigente.	Capacitaci.n a la personal asistencial del hospital Simon Bolivar, para el fortalecimiento de competencias y humani:aci.n en el instructivo Cuida lo publico	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Veedura Distrital	PM54_2024 ENPEDIENTE VEED RIA DISTRITAL Ni 20215008881100021E E 20245000076021	Verificar los hechos conocidos por la Veedura Distrital sobre posibles irregularidades en la custodia y cuidado de equipos mGdicos en la Subred Norte E.S.E E Sim.n Bolvary y determinar si la conducta de los funcionarios y/o trabajadores oficiales es contraria a la probidad, discriminatoria o abiertamente violatoria del ordenamiento juridico vigente.	Se reali:a PostE test de la instructiva cuida lo pHblico al personal asistencial de todas las unidades de servicios de salud.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Externa	Veedura Distrital	PM54_2024 ENPEDIENTE VEED RIA DISTRITAL Ni 20215008881100021E E 20245000076021	Verificar los hechos conocidos por la Veedura Distrital sobre posibles irregularidades en la custodia y cuidado de equipos mGdicos en la Subred Norte E.S.E E Sim.n Bolvary y determinar si la conducta de los funcionarios y/o trabajadores oficiales es contraria a la probidad, discriminatoria o abiertamente violatoria del ordenamiento juridico vigente.	Medici.n de apropiaci.n al conocimiento para los colaboradores que se les aplique la capacitaci.n.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO								
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 80 E 2024 A DITORIA PROCESO GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLGICO	Halla:go No. 04: Incumplimiento al Procedimiento de almacGn y suministros (APEATEPE04C, numeral Gest.i.n recepci.n tGcnica de insumos y/o bienes, al Manual de Buenas prácticas de Almacenamiento (APEATEME04C en su numeral 5.2 Recepci.n tGcnica, as como con lo estipulado en el Decreto 2200 de 2005, art. 15, concerniente con el uso inadecuado y los problemas relacionados con la utili:aci.n de los medicamentos y dispositivos mGdicos. Lo anterior debido a que se evidenci. discrepancias entre los registros de los medicamentos en el sistema de informaci.n, as como, en el registro de la informaci.n del formato de recepci.n tGcnica de algunos pedidos a causa del ingreso manual de esta informaci.n, lo que podra generar riesgo en la distribuci.n de elementos sin las caractersticas adecuadas que desencadenen eventos adversos y hasta sanciones a la entidad.	Platear formato para reporte generado que permita verificar la infomacion	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	Sin iniciar	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 80 E 2024 A DITORIA PROCESO GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLGICO	Halla:go No. 04: Incumplimiento al Procedimiento de almacGn y suministros (APEATEPE04C, numeral Gest.i.n recepci.n tGcnica de insumos y/o bienes, al Manual de Buenas prácticas de Almacenamiento (APEATEME04C en su numeral 5.2 Recepci.n tGcnica, as como con lo estipulado en el Decreto 2200 de 2005, art. 15, concerniente con el uso inadecuado y los problemas relacionados con la utili:aci.n de los medicamentos y dispositivos mGdicos. Lo anterior debido a que se evidenci. discrepancias entre los registros de los medicamentos en el sistema de informaci.n, as como, en el registro de la informaci.n del formato de recepci.n tGcnica de algunos pedidos a causa del ingreso manual de esta informaci.n, lo que podra generar riesgo en la distribuci.n de elementos sin las caractersticas adecuadas que desencadenen eventos adversos y hasta sanciones a la entidad.	Solicitar informe generado al area de sistemas	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	Sin iniciar	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 80 E 2024 A DITORIA PROCESO GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLGICO	Halla:go No. 04: Incumplimiento al Procedimiento de almacGn y suministros (APEATEPE04C, numeral Gest.i.n recepci.n tGcnica de insumos y/o bienes, al Manual de Buenas prácticas de Almacenamiento (APEATEME04C en su numeral 5.2 Recepci.n tGcnica, as como con lo estipulado en el Decreto 2200 de 2005, art. 15, concerniente con el uso inadecuado y los problemas relacionados con la utili:aci.n de los medicamentos y dispositivos mGdicos. Lo anterior debido a que se evidenci. discrepancias entre los registros de los medicamentos en el sistema de informaci.n, as como, en el registro de la informaci.n del formato de recepci.n tGcnica de algunos pedidos a causa del ingreso manual de esta informaci.n, lo que podra generar riesgo en la distribuci.n de elementos sin las caractersticas adecuadas que desencadenen eventos adversos y hasta sanciones a la entidad.	Verificar mediante pruebas que este informe refleje la informacion deseada	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	Sin iniciar	02	

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE**  
**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 80 E 2024 A DITORIA PROCESO GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLGICO	Halla:go No. 04: Incumplimiento al Procedimiento de almacGn y suministros (APEATEPE04C, numeral Gest.i.n recepci.n tGcnica de insumos y/o bienes, al Manual de Buenas pr6cticas de Almacenamiento (APEATEME04C en su numeral 5.2 Recepci.n tGcnica, as como con lo estipulado en el Decreto 2200 de 2005, art. 15, concniente con el uso inadecuado y los problemas relacionados con la utili:aci.n de los medicamentos y dispositivos mGdicos. Lo anterior debido a que se evidenci. discrepancias entre los registros de los medicamentos en el sistema de informaci.n, as como, en el registro de la informaci.n del formato de recepci.n tGcnica de algunos pedidos a causa del ingreso manual de esta informaci.n, lo que podra generar riesgo en la distribuci.n de elementos sin las caractersticas adecuadas que desencadenen eventos adversos y hasta sanciones a la entidad.	Notificar a los lideres de los almacenes del infomere y como se debe hacer el autocontrol.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 80 E 2024 A DITORIA PROCESO GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLGICO	Halla:go No. 05: Incumplimiento al Manual de Buenas Pr6cticas de Almacenamiento (APEATEME04C en su numeral 7.2 Solicitud de insumos a almacGn por parte de las 6reas, adicionalmente la posible material:aci.n del riesgo de corrupci.n COREGAFTE02 Probabilidad de pGrdida econ.mica por ineficiencia en los controles de elementos mGdicoEquirHrgicos por parte del almacGn a los servicios mGdicoEasistenciales, debido a la evidencia de reali:aci.n de despachos desde almacGn sin los soportes de pedido requeridos o suficientes, gener6ndose riesgos por pGrdida de elementos con afectaciones econ.micas y legales para la instituci.n.	Realiz:ar pruebas del proceso de solicitudes	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 80 E 2024 A DITORIA PROCESO GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLGICO	Halla:go No. 05: Incumplimiento al Manual de Buenas Pr6cticas de Almacenamiento (APEATEME04C en su numeral 7.2 Solicitud de insumos a almacGn por parte de las 6reas, adicionalmente la posible material:aci.n del riesgo de corrupci.n COREGAFTE02 Probabilidad de pGrdida econ.mica por ineficiencia en los controles de elementos mGdicoEquirHrgicos por parte del almacGn a los servicios mGdicoEasistenciales, debido a la evidencia de reali:aci.n de despachos desde almacGn sin los soportes de pedido requeridos o suficientes, gener6ndose riesgos por pGrdida de elementos con afectaciones econ.micas y legales para la instituci.n.	Ajustar los manuales y procedimientos con la implementacion de las solicitudes.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	SEG IMIENTO A PLAN DE MEYORAMIENTO GESTION FINANCIERA A Y NIO 2028 (Reformulaci.n de accionesC	2.Actuali:aci.n del Manual de Polticas Contables.	Socializ:ar el manual, a todas las 6reas generadoras de informaci.n financiera y contable cono:can el Manual de Polticas Contables de la entidad.	Gesti.n Financiera	En ejecuci.n	802
Interna	Control Interno	SEG IMIENTO A PLAN DE MEYORAMIENTO GESTION FINANCIERA A Y NIO 2028 (Reformulaci.n de accionesC	2.Actuali:aci.n del Manual de Polticas Contables.	Publicar en el aplicativo ALMERA, para conocimiento de las 6reas.	Gesti.n Financiera	En ejecuci.n	802
Interna	Control Interno	SEG IMIENTO A PLAN DE MEYORAMIENTO GESTION FINANCIERA A Y NIO 2028 (Reformulaci.n de accionesC	5.Se observa en el dictamen de Revisoria Fiscal, las debilidades en la calidad de la informaci.n financiera, obteniendo una opini.n con salvedades.	Efectuar mesa de trabajo con los procesos de objeto de observaci.n, jurdica y activos fijos.	Gesti.n Financiera	En ejecuci.n	802

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 055 E 2024 A DITORIA GESTIN DEL RIESGO EN SAL D	Incumplimiento al Procedimiento MIERSEPE06E02 Procedimiento Rutas Integrales de Atenci.n en Salud	Realizar seguimiento a los usuarios identificados con eventos que no cuentan con valoraciones integrales de acuerdo a las frecuencias de uso por curso de vida	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 055 E 2024 A DITORIA GESTIN DEL RIESGO EN SAL D	Incumplimiento al Procedimiento MIERSEPE06E02 Procedimiento Rutas Integrales de Atenci.n en Salud	Realizar acciones correctivas con los usuarios identifica dos con eventos de riesgo y que no cuenten con valoraciones integrales de acuerdo a las frecuencias de uso por curso de vida	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 055 E 2024 A DITORIA GESTIN DEL RIESGO EN SAL D	Deficiencia en la efectividad de los controles y seguimientos implementados en la gesti.n de las RIAS de acuerdo con los documentos MIERSEME01E02 Ruta de atenci.n cardio cerebro vascular y metab.lica y MIERSEIE68E02 Implementaci.n ruta promoci.n y mantenimiento	Realizar seguimiento a los usuarios identificados con falta de adherencia a su tratamiento para el control de su enfermedad por parte de la ruta cardio cerebro vascular y metab.lica	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 055 E 2024 A DITORIA GESTIN DEL RIESGO EN SAL D	Deficiencia en la efectividad de los controles y seguimientos implementados en la gesti.n de las RIAS de acuerdo con los documentos MIERSEME01E02 Ruta de atenci.n cardio cerebro vascular y metab.lica y MIERSEIE68E02 Implementaci.n ruta promoci.n y mantenimiento	Generar acciones correctivas en caso de ser necesario	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 055 E 2024 A DITORIA GESTIN DEL RIESGO EN SAL D	Incumplimiento de los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos (C.digo: ESEGCEME01C	Generar acciones correctivas en caso de ser necesario	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 055 E 2024 A DITORIA GESTIN DEL RIESGO EN SAL D	Incumplimiento en el control de los criterios establecidos en el procedimiento MIERSEPRE02E08, correspondiente a la Ruta de Atenci.n en Salud para Enfermedad Respiratoria Cr.nica (EPOCC	Realizar seguimiento a la demanda inducida de los pacientes remitidos por las unidades de atenci.n	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 055 E 2024 A DITORIA GESTIN DEL RIESGO EN SAL D	Incumplimiento en el control de los criterios establecidos en el procedimiento MIERSEPRE02E08, correspondiente a la Ruta de Atenci.n en Salud para Enfermedad Respiratoria Cr.nica (EPOCC	Retroalimentar a los referentes de Medicina Interna y a los lderes de las nidades, los halla:gos evidenciados en la demanda inducida de aquellos pacientes que no cumplen los criterios para ingresar a la Ruta de EPOC y generar acciones de acuerdo a los resultados	Gesti.n Integral del Riesgo en Salud	C MPLIDA	1002

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTIN FINANCIERA	HALLAJGO N. 4: Incumplimiento del articulo 617 del Estatuto Tributario PREquisitos de la Factura de Venta. Para efectos tributarios, la expedici.n de factura a que se refiere el articulo 615 consiste en entregar el original de l a misma, con el lleno de los siguientes requisitos: aC Estar denominada expresamente como factura de venta. bC Apellidos y nombre o ra:.n y NIT del vendedor o de quien presta el servicio. cC Apellidos y nombre o ra:.n social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminaci.n del IVA pagado. dC Llevar un nHmero que corresponda a un sistema de numeraci.n consecutiva de facturas de venta. eC Fecha de su expedici.n. fC Descripci.n especifica o genGrica de los artculos vendido s o servicios prestados. gC Valor total de la operaci.nQX, situaci.n evidenciada en la revisi.n de los talonarios en PusoX de las facturas manuales a cargo de los facturadores, donde se hall. errores en el diligenciamiento de los datos requeridos segHn la normatividad y adicional en algunos ca	Realizar reportes mensuales de seguimiento a la facturaci.n manual de la Subred	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
			ca				
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTIN FINANCIERA	HALLAJGO N. 4: Incumplimiento del articulo 617 del Estatuto Tributario PREquisitos de la Factura de Venta. Para efectos tributarios, la expedici.n de factura a que se refiere el articulo 615 consiste en entregar el original de l a misma, con el lleno de los siguientes requisitos: aC Estar denominada expresamente como factura de venta. bC Apellidos y nombre o ra:.n y NIT del vendedor o de quien presta el servicio. cC Apellidos y nombre o ra:.n social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminaci.n del IVA pagado. dC Llevar un nHmero que corresponda a un sistema de numeraci.n consecutiva de facturas de venta. eC Fecha de su expedici.n. fC Descripci.n especifica o genGrica de los artculos vendido s o servicios prestados. gC Valor total de la operaci.nQX, situaci.n evidenciada en la revisi.n de los talonarios en PusoX de las facturas manuales a cargo de los facturadores, donde se hall. errores en el diligenciamiento de los datos requeridos segHn la normatividad y adicional en algunos ca	Ajustar la informaci.n registrada en el reporte de facturas manuales de acuerdo a los seguimientos mensuales	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
			idad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como por la falta de control sobre el cumplimi				

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTIN FINANCIERA	HALLAJGO N. 5: Inobservancia de la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artculo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal aC Proteger los recursos de la organi:aci.n, buscando su adecuada administraci.n ante posibles riesgos que lo afecten. De acuerdo con lo observado en la revisi.n y seguimiento a la facturaci.n manual, se hallaron inconsistencias en el diligenciamiento de las facturas, facturas manuales sin que haya sido migradas al sistema de informaci.n Din6mica Gerencial, y la falta de manejo, control y custodia de los talonarios de las facturas manuales. Lo anterior evidencia que no existe control en la facturaci.n manual, abocando a la Entidad a un posible riesgo financiero.	Realizar reportes mensuales de seguimiento a la facturaci.n manual de la Subred	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTIN FINANCIERA	HALLAJGO N. 5: Inobservancia de la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artculo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal aC Proteger los recursos de la organi:aci.n, buscando su adecuada administraci.n ante posibles riesgos que lo afecten. De acuerdo con lo observado en la revisi.n y seguimiento a la facturaci.n manual, se hallaron inconsistencias en el diligenciamiento de las facturas, facturas manuales sin que haya sido migradas al sistema de informaci.n Din6mica Gerencial, y la falta de manejo, control y custodia de los talonarios de las facturas manuales. Lo anterior evidencia que no existe control en la facturaci.n manual, abocando a la Entidad a un posible riesgo financiero.	Ajustar la informacion registrada en el reporte de facturas manuales de acuerdo a los seguimientos mensuales	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

[illegible]

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTIN FINANCIERA	HALLAJGO N.2 Ingresos: Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, el cual refiere: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX. El equipo auditor, durante el seguimiento a los controles en las actividades desarrolladas en el subproceso de ingresos evidenci. debilidades, inconsistencias y fallas, que inciden en la consecuci.n de los recursos financieros de manera oportuna, efica: y eficiente teniendo en cuenta, que existen: Servicios de salud pendientes de facturar (ingresos abiertosC por valor aproximadamente de \$7.252 millones de pesos, Tiempos prolongados entre la fecha de egreso del paciente y la fecha para la generaci.n de la factura definitiva, valores pendiente por refacturar por un valor aproximado de \$6.666 millones de pesos, valor pendiente de radicar \$21 mil millones y m6s de 800 autori:aciones pendientes de soporidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidaci.n de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de informaci.n tra:able y consolidada limita la identificaci .n oportuna de riesgos, dificulta el an6lisis de las causas de las pr6cticas inseguras, afectando la efectividad del	Notificar al 6rea de mercadeo de manera semanal los errores y/o falta de parametri:aci.n de los c.digos cups en el sistema de informaci.n	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTIN FINANCIERA	HALLAJGO N. 1: Inobservancia a la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artculo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal fC. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organi:aci.n y que puedan afectar el logro de sus objetivos. El equipo auditor evidenci. durante la emisi.n, recuperaci.n de los recursos financieros y custodia de los ttulos valores, una posible materiali:aci.n del riesgo econ.mico para la Entidad, teniendo en cuenta que el saldo pendiente de cobro por concepto de los pagarGs asciende a \$1.404 millones al cierre del mes de septiembre 2024. Situaci.n que aboca a la Subred Norte a sanciones o multas por parte de los Entes de Control relacionados por omisi.n y falta de gesti.n en el recaudo.	Revisar y Validar la documentaci.n y los soportes de los pagares que firma el usuario conforme a la resoluci.n de costo beneficio viente.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	462



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTION FINANCIERA	HALLAJGO N. 1: Inobservancia a la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artculo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal fC. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organi:aci.n y que puedan afectar el logro de sus objetivos. El equipo auditor evidenci. durante la emisi.n, recuperaci.n de los recursos financieros y custodia de los ttulos valores, una posible material:aci.n del riesgo econ.mico para la Entidad, teniendo en cuenta que el saldo pendiente de cobro por concepto de los pagarGs asciende a \$1.404 millones al cierre del mes de septiembre 2024. Situaci.n que aboca a la Subred Norte a sanciones o multas por parte de los Entes de Control relacionados por omisi.n y falta de gesti.n en el recaudo.	Realiz:ar gesti.n de cobro persuasivo iniciando con llamadas telef.nicas conforme a la resoluci.n costo beneficio.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	462
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTION FINANCIERA	HALLAJGO N. 1: Inobservancia a la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artculo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal fC. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organi:aci.n y que puedan afectar el logro de sus objetivos. El equipo auditor evidenci. durante la emisi.n, recuperaci.n de los recursos financieros y custodia de los ttulos valores, una posible material:aci.n del riesgo econ.mico para la Entidad, teniendo en cuenta que el saldo pendiente de cobro por concepto de los pagarGs asciende a \$1.404 millones al cierre del mes de septiembre 2024. Situaci.n que aboca a la Subred Norte a sanciones o multas por parte de los Entes de Control relacionados por omisi.n y falta de gesti.n en el recaudo.	Realiz:ar gesti.n de cobro persuasivo mediante generaci.n de oficios de cobro conforme a la resoluci.n costo beneficio.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	462

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTION FINANCIERA	HALLAJGO N. 1: Inobservancia a la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artculo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal fC. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organi:aci.n y que puedan afectar el logro de sus objetivos. El equipo auditor evidenci. durante la emisi.n, recuperaci.n de los recursos financieros y custodia de los ttulos valores, una posible material:aci.n del riesgo econ.mico para la Entidad, teniendo en cuenta que el saldo pendiente de cobro por concepto de los pagarGs asciende a \$1.404 millones al cierre del mes de septiembre 2024. Situaci.n que aboca a la Subred Norte a sanciones o multas por parte de los Entes de Control relacionados por omisi.n y falta de gesti.n en el recaudo.	Realiz:ar verificaci.n con las diferentes entidades nacionales de propiedades, informaci.n de ubicaci.n y dem6s datos que permitan realiz:ar el cobro de la obligaci.n y su recuperaci.n.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	462
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTION FINANCIERA	HALLAJGO N. 1: Inobservancia a la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artculo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal fC. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organi:aci.n y que puedan afectar el logro de sus objetivos. El equipo auditor evidenci. durante la emisi.n, recuperaci.n de los recursos financieros y custodia de los ttulos valores, una posible material:aci.n del riesgo econ.mico para la Entidad, teniendo en cuenta que el saldo pendiente de cobro por concepto de los pagarGs asciende a \$1.404 millones al cierre del mes de septiembre 2024. Situaci.n que aboca a la Subred Norte a sanciones o multas por parte de los Entes de Control relacionados por omisi.n y falta de gesti.n en el recaudo.	Reportar a jurídica los ttulos que por resoluci.n costo beneficio aplicam cobro juridico y conforme al resultado del cobro persuasivo previo.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	462

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTION FINANCIERA	HALLAJGO N. 1: Inobservancia a la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artículo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal fC. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organi:aci.n y que puedan afectar el logro de sus objetivos. El equipo auditor evidenci. durante la emisi.n, recuperaci.n de los recursos financieros y custodia de los ttulos valores, una posible material:aci.n del riesgo econ.mico para la Entidad, teniendo en cuenta que el saldo pendiente de cobro por concepto de los pagarGs asciende a \$1.404 millones al cierre del mes de septiembre 2024. Situaci.n que aboca a la Subred Norte a sanciones o multas por parte de los Entes de Control relacionados por omisi.n y falta de gesti.n en el recaudo.	Identificar cuales ttulos valores ya no cumplen con las condiciones para cobro y adelantar el proceso de depuraci.n ordinaria.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	462
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTION FINANCIERA	HALLAJGO N. 6: No cumplimiento al objetivo estratGgico de la perspectiva Financiera de la Subred Norte ESE PLograr la sostenibilidad financieraX. Mediante la base de datos suministrada por la Direcci.n Financiera relacionad o con las glosas definitivas se evidenci. que la Entidad dejo de percibir \$8.817 millones originados de la facturaci.n generada entre los meses de enero a julio 2024 de, demostrando que se continHa presentando debilidades en el subproceso de ingresos al momento de generar la facturaci.n por venta en la prestaci.n de servicios de salud. Lo anterior contribuye en el aumento del dGficit financiero de la Subred Norte E.S.E.	Sociali:ar de forma oportuna los motivos de glosas y devoluciones a los diferentes responsables tanto al personal asistencial como al administrativo.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTION FINANCIERA	HALLAJGO N. 6: No cumplimiento al objetivo estratGgico de la perspectiva Financiera de la Subred Norte ESE PLograr la sostenibilidad financieraX. Mediante la base de datos suministrada por la Direcci.n Financiera relacionad o con las glosas definitivas se evidenci. que la Entidad dejo de percibir \$8.817 millones originados de la facturaci.n generada entre los meses de enero a julio 2024 de, demostrando que se continHa presentando debilidades en el subproceso de ingresos al momento de generar la facturaci.n por venta en la prestaci.n de servicios de salud. Lo anterior contribuye en el aumento del dGficit financiero de la Subred Norte E.S.E.	Hacer capacitaci.n continua al personal asistencial y al adminisitrativo en diferentes temas que pueden llegar a ser motivo de glosas o devoluciones si no se reali:an correctamente.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTIN FINANCIERA	HALLAJGO N. 6: No cumplimiento al objetivo estratGgico de la perspectiva Financiera de la Subred Norte ESE PLograr la sostenibilidad financieraX. Mediante la base de datos suministrada por la Direcci.n Financiera relacionad o con las glosas definitivas se evidenci. que la Entidad dejo de percibir \$8.817 millones originados de la facturaci.n generada entre los meses de enero a julio 2024 de, demostrando que se continHa presentando debilidades en el subproceso de ingresos al momento de generar la facturaci.n por venta en la prestaci.n de servicios de salud. Lo anterior contribuye en el aumento del dGficit financiero de la Subred Norte E.S.E.	Realizar la verificaci.n de la parametri:aci.n en el sistem a de informaci.n y adelantar los ajustes a que haya l ugar.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTIN FINANCIERA	HALLAJGO N. 6: No cumplimiento al objetivo estratGgico de la perspectiva Financiera de la Subred Norte ESE PLograr la sostenibilidad financieraX. Mediante la base de datos suministrada por la Direcci.n Financiera relacionad o con las glosas definitivas se evidenci. que la Entidad dejo de percibir \$8.817 millones originados de la facturaci.n generada entre los meses de enero a julio 2024 de, demostrando que se continHa presentando debilidades en el subproceso de ingresos al momento de generar la facturaci.n por venta en la prestaci.n de servicios de salud. Lo anterior contribuye en el aumento del dGficit financiero de la Subred Norte E.S.E.	Verificar el proceso de admisiones, autori:aciones y facturaci.n, identificando oportunidades de mejora	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 054E2024 A DITORIA PROCESO DE GESTIN FINANCIERA	HALLAJGO N. 6: No cumplimiento al objetivo estratGgico de la perspectiva Financiera de la Subred Norte ESE PLograr la sostenibilidad financieraX. Mediante la base de datos suministrada por la Direcci.n Financiera relacionad o con las glosas definitivas se evidenci. que la Entidad dejo de percibir \$8.817 millones originados de la facturaci.n generada entre los meses de enero a julio 2024 de, demostrando que se continHa presentando debilidades en el subproceso de ingresos al momento de generar la facturaci.n por venta en la prestaci.n de servicios de salud. Lo anterior contribuye en el aumento del dGficit financiero de la Subred Norte E.S.E.	Dar respuesta oportuna y eficiente a las diferentes glosas y/o devoluciones formuladas por los diferentes pagadores.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002

[illegible]

[illegible]







SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 060 E 2024 A DITORIA GESTIN Y RIDICA	HALLAZGO: Se evidencia incumplimiento de la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposicionesX específicamente en el Artículo 4 PElementos para el Sistema de Control InternoX numeral b PDefinición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesosX así como del Manual de Procesos y Procedimientos Código: ESGCE ME01EO, que está dirigido a todos los funcionarios y colaboradores de la Subred Norte, como guía para el desarrollo de las funciones y responsabilidades asignadasX, numerales 5 y 6 y el registro del inventario de activos de información de la Ley 1712 de 2014, por cuanto se encuentra que existen procedimientos activamente realizados que no se encuentran normalizados y en otros casos aunque la actualización documental se realizó en el 2028 se evidenciaron actividades que no hacen parte de los procedimientos documentados y que se encuentran publicados en ALMERA,	Realizar Mesa de trabajo en la cual se socializarán las actualizaciones e implementación de Manual de Calificación de Procesos Judiciales .	Gestión Jurídica	Cumplida	100%
Interna	Control Interno	INFORME NO. 060 E 2024 A DITORIA GESTIN Y RIDICA	HALLAZGO: Se evidencia incumplimiento de la Ley 87 de 1118 PPor la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposicionesX específicamente en el Artículo 4 PElementos para el Sistema de Control InternoX numeral b PDefinición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesosX así como del Manual de Procesos y Procedimientos Código: ESGCE ME01EO, que está dirigido a todos los funcionarios y colaboradores de la Subred Norte, como guía para el desarrollo de las funciones y responsabilidades asignadasX, numerales 5 y 6 y el registro del inventario de activos de información de la Ley 1712 de 2014, por cuanto se encuentra que existen procedimientos activamente realizados que no se encuentran normalizados y en otros casos aunque la actualización documental se realizó en el 2028 se evidenciaron actividades que no hacen parte de los procedimientos documentados y que se encuentran publicados en ALMERA, oidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificulta el análisis de las causas	Elaboración de Manual de procedimientos en aplicativo SIPOYWEB	Gestión Jurídica	Cumplida	100%

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVAL ACIN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Las notas a los Estados Financieros al cierre de la anterior vigencia, no presentan la suficiente revelaci.n de tipo cualitativo, cuantitativo y la descripci.n suficiente que permita dar claridad a las variaciones representativas entre las vigencias 2024E2028.	Solicitar la informaci.n referente de partidas relevantes objeto de presentaci.n en las notas del cierre de cada vigencia (anualC a las 6reas mediante correo electrónico	Gesti.n Financiera	ATRASADA	452
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVAL ACIN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Las notas a los Estados Financieros al cierre de la anterior vigencia, no presentan la suficiente revelaci.n de tipo cualitativo, cuantitativo y la descripci.n suficiente que permita dar claridad a las variaciones representativas entre las vigencias 2024E2028.	Garanti:ar el cumplimiento en la entrega de la informaci.n referente de partidas relevante objeto de presentaci.n en las notas del cierre de cada vigencia (anualC a las 6reas que fue solicitado mediante correo electr.nico	Gesti.n Financiera	ATRASADA	452
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVAL ACIN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Las notas a los Estados Financieros al cierre de la anterior vigencia, no presentan la suficiente revelaci.n de tipo cualitativo, cuantitativo y la descripci.n suficiente que permita dar claridad a las variaciones representativas entre las vigencias 2024E2028.	Revisar estructura entrega de informaci.n en las no tas	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVAL ACIN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Existen debilidades relacionadas con el reconocimiento de los activos y pasivos de la Entidad como el caso de Propiedad planta y equipo, Otras Cuentas por Cobrar, Recaudo a Favor de Terceros, Construcciones en Curso y Procesos jurdicos.	Continuar seguimiento en el comitG de sostenibilidad para reconocimiento de activos y pasivos.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVAL ACIN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Implementar estrategias como planes de choque, para el cumplimiento al plan de depuraci.n y saneamiento contable, ajustado a final de la vigencia 2024.	Generar tareas claras, expresas y exigibles con tiempos limite de entrega en el ComitG de Sostenibilidad Financiera con las areas responsables	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVAL ACIN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Implementar estrategias como planes de choque, para el cumplimiento al plan de depuraci.n y saneamiento contable, ajustado a final de la vigencia 2024.	Verificar mediante lista de chequeo en el ComitG de Sostenibilidad Financiera plasmadas cada una de las tareas planteadas para la depuraci.n de las partidas	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVAL ACIN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Implementar estrategias como planes de choque, para el cumplimiento al plan de depuraci.n y saneamiento contable, ajustado a final de la vigencia 2024.	Comunicar a las areas responsables las tareas de seguimiento en el ComitG de sostenibilidad por correo electronico	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVAL ACIN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Evaluar la implementaci.n de un instructivo de conciliaciones contables, donde se especifique las fuentes de informaci.n de cada proceso involucrado en el subproceso contable, exigiendo reportes generados directamente del sistema de informaci.n Dinámica Gerencial en el caso que los m.dulos se encuentren en funcionamiento y en caso contrario mencionarlo en la parte inferior de cada conciliaci.n. Lo anterior, con el fin de minimi:ar el uso de bases de datos (excelC e incidir en el riesgo de manipulaci.n de las cifras a conciliar .	Elaborar instructivo de conciliaciones contables	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVALUACIÓN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Evaluar la implementación de un instructivo de conciliaciones contables, donde se especifique las fuentes de información de cada proceso involucrado en el subproceso contable, exigiendo reportes generados directamente del sistema de información Dinámica Gerencial en el caso que los módulos se encuentren en funcionamiento y en caso contrario mencionarlo en la parte inferior de cada conciliación. Lo anterior, con el fin de minimizar el uso de bases de datos (excel) e incidir en el riesgo de manipulación de las cifras a conciliar.	Formalizar el Elaborar instructivo de conciliaciones contables en aplicativo ALMERA	Gestión Financiera	Cumplida	100%
Interna	Control Interno	INFORME No. 12 O 2025 EVALUACIÓN DE CONTROL CONTABLE E VIGENCIA 2024	Evaluar la implementación de un instructivo de conciliaciones contables, donde se especifique las fuentes de información de cada proceso involucrado en el subproceso contable, exigiendo reportes generados directamente del sistema de información Dinámica Gerencial en el caso que los módulos se encuentren en funcionamiento y en caso contrario mencionarlo en la parte inferior de cada conciliación. Lo anterior, con el fin de minimizar el uso de bases de datos (excel) e incidir en el riesgo de manipulación de las cifras a conciliar.	Socializar el instructivo de conciliaciones contables a las áreas productoras de la información, mediante correo electrónico el instructivo	Gestión Financiera	ATRASADA	50%
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 ADICIONAL AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (AMEDC)	Hallazgo No 7: Incumplimiento en la administración segura de medicamentos y ausencia de registros clínicos en Dinámica. En la programación de actividades del personal auxiliar de enfermera del Programa de Atención Domiciliaria (AMEDC, se evidencia que el horario de administración de medicamentos no cumple con la frecuencia prescrita por el médico tratante, incumpliendo los 10 correctos de la administración segura, particularmente los relacionados con la frecuencia del medicamento. Además, no se encontraron registros en el sistema Dinámica Gerencial que evidencian la administración de los medicamentos, lo que compromete la trazabilidad del tratamiento.  Causa: Ausencia en el control y supervisión por parte del Programa AMED sobre el cumplimiento de las frecuencias prescritas, y debilidades en el proceso de registro de medicamentos por parte del personal auxiliar de enfermera.	Capacitar al personal asistencial de enfermera sobre los registros de su perfil tanto en el sistema dinámica como el instructivo MIEGENEIE28E02	Gestión de recursos	Cumplida	100%

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (AMEDC)	<p>Hallazgo No 8: Ausencia de gesti.n de riesgos, planificaci.n e indicadores en el Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria (AMEDC)</p> <p>No se evidencia en el sistema ALMERA documentaci.n relacionada con la identificaci.n de riesgos, puntos de control, metas o indicadores asociados al Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria (AMEDC. En el Mapa de Riesgos institucionales y de corrupci.n no se identifican riesgos especificos para este programa, asimismo, no se encontr. Plan Operativo Anual (POAC ni indicadores de gesti.n vinculados al programa.</p> <p>Causa: Falta de articulaci.n entre el Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria y los sistemas de gesti.n institucionales, posiblemente derivado de debilidades en la implementaci.n del programa, ausencia de seguimiento por parte de los responsables del proceso, y una deficiente actualizaci.n de la informaci.n en el sistema ALMERA.</p>	Realizar una mesa de trabajo con la direcci.n de urgencias para determinar los indicadores de gesti.n en el programa de atenci.n domiciliaria objeto de seguimiento y análisis mensual.	Gesti.n de urgencias	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (AMEDC)	<p>Hallazgo No 8: Ausencia de gesti.n de riesgos, planificaci.n e indicadores en el Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria (AMEDC)</p> <p>No se evidencia en el sistema ALMERA documentaci.n relacionada con la identificaci.n de riesgos, puntos de control, metas o indicadores asociados al Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria (AMEDC. En el Mapa de Riesgos institucionales y de corrupci.n no se identifican riesgos especificos para este programa, asimismo, no se encontr. Plan Operativo Anual (POAC ni indicadores de gesti.n vinculados al programa.</p> <p>Causa: Falta de articulaci.n entre el Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria y los sistemas de gesti.n institucionales, posiblemente derivado de debilidades en la implementaci.n del programa, ausencia de seguimiento por parte de los responsables del proceso, y una deficiente actualizaci.n de la informaci.n en el sistema ALMERA.</p>	Elaborar fichas técnicas de los indicadores para su respectiva normalizaci.n en el sistema Almera, de acuerdo a lo determinado en la mesa de trabajo con la direcci.n de urgencias.	Gesti.n de urgencias	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCIN DOMICILIARIA (AMEDC	Halla:go No 1: Incompatibilidades en el perfil profesional del recurso humano contratado y debilidades en la gesti.n del recurso humano. Se evidencia que la terapeuta fsica contratada bajo el contrato CPSE8465E2025 fue requerida para reali:ar funciones de terapeuta integral, incluyendo evaluaci.n respiratoria, pese a que su ttulo profesional e s Hnicamente de terapeuta fsica. Esto contraviene los principios de idoneidad profesional, ya que no puede reali:ar intervenciones fuera de su campo de formaci.n. Asimismo, se identific. que el terapeuta respiratorio, antes del ingreso del terapeuta fsico, reali:aba funcione s de ambas disciplinas. Causa: Deficiencias en la definici.n de perfiles profesionales requeridos, y ausencia de control sobre la correspondencia entre perfil acadGmico y funciones asignadas en el contrato	Planear una capacitaci.n con la Direcci.n. De talento humano para la elaboraci.n de requerimientos	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCIN DOMICILIARIA (AMEDC	Halla:go No 1: Incompatibilidades en el perfil profesional del recurso humano contratado y debilidades en la gesti.n del recurso humano. Se evidencia que la terapeuta fsica contratada bajo el contrato CPSE8465E2025 fue requerida para reali:ar funciones de terapeuta integral, incluyendo evaluaci.n respiratoria, pese a que su ttulo profesional e s Hnicamente de terapeuta fsica. Esto contraviene los principios de idoneidad profesional, ya que no puede reali:ar intervenciones fuera de su campo de formaci.n. Asimismo, se identific. que el terapeuta respiratorio, antes del ingreso del terapeuta fsico, reali:aba funcione s de ambas disciplinas. Causa: Deficiencias en la definici.n de perfiles profesionales requeridos, y ausencia de control sobre la correspondencia entre perfil acadGmico y funciones asignadas en el contrato	Verificar internamente desde la Direcci.n de urgencias las obligaciones contractuales que reali:ar6 el contratista durante la ejecuci.n del contrato cumpliendo con los estudios exigidos	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCIN DOMICILIARIA (AMEDC	Halla:go No 7: Incumplimiento en la administraci.n segura de medicamentos y ausencia de registros clnicos en Din6mica. En la programaci.n de actividades del personal auxiliar de enfermera del Programa de Atenci.n Domiciliaria (AMEDC, se evidencia que el horario de administraci.n de medicamentos no cumple con la frecuencia prescrita por el mGdico tratante, incumpliendo los 10 correctos de la administraci.n segura, particularmente los relacionados con la frecuencia del medicamento. Adem6s, no se encontraron registros en el sistema Din6mica Gerencial que evidencian la administraci.n de los medicamentos, lo que compromete la tra:abilidad del tratamiento.  Causa: Ausencia en el control y supervisi.n por parte del Programa AMED sobre el cumplimiento de las frecuencias prescritas, y debilidades en el proceso de registro de medicamentos por parte del personal auxiliar de enfermera.	Auditar mensualmente el registro de la administraci.n de los medicamentos de los pacientes atendidos, para verificar el cumplimiento de la administraci.n segu ra de medicamentos y la correcta documentaci.n de los registros. utili:ando el formato MIEGENEFE87, versin 1 , teniendo como referencia el Instructivo clnico administraci.n de medicamentos MIEGHEIE146.	Gesti.n de rgencias	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCIN DOMICILIARIA (AMEDC	<p>Halla:go No 7: Incumplimiento en la administraci.n segura de medicamentos y ausencia de registros clnicos en Din6mica. En la programaci.n de actividades del personal auxiliar de enfermera del Programa de Atenci.n Domiciliaria (AMEDC, se evidencia que el horario de administraci.n de medicamentos no cumple con la frecuencia prescrita por el mGdico tratante, incumpliendo los 10 correctos de la administraci.n segura, particularmente los relacionados con la frecuencia del medicamento. Adem6s, no se encontraron registros en el sistema Din6mica Gerencial que evidencian la administraci.n de los medicamentos, lo que compromete la tra:abilidad del tratamiento.</p> <p>Causa: Ausencia en el control y supervisi.n por parte del Programa AMED sobre el cumplimiento de las frecuencias prescritas, y debilidades en el proceso de registro de medicamentos por parte del personal auxiliar de enfermera.</p>	Retroalimentar mensual al personal de enfermera del Programa de Atenci.n Domiciliaria AMED, basado en los resultados del informe de adherencia de los registros asistenciales y las auditoras mensuales.	Gesti.n de rgencias	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCIN DOMICILIARIA (AMEDC	<p>Halla:go No 4: Incumplimiento del procedimiento de atenci.n domiciliaria y ausencia de registros clnicos en e l Programa AMED</p> <p>Teniendo en cuenta la informaci.n suministrada por el Programa AMED, en la base de datos correspondiente al mes de enero con 42 pacientes remitidos por interconsulta, no se evidencia en el sistema Din6mica Gerencial ningHn registro de respuesta, valoraci.n, ni ingreso de los pacientes al programa. Adicionalmente, No se encontr. el cumplimiento de las etapas de planeaci.n, valoraci.n y ejecuci.n del tratamiento descritas en el procedimiento MIEGHEPE04 en la base de datos de 15 pacientes con fecha de salida del mes de febrero, en ninguna de las Historias Clnicas revisadas.</p> <p>Causa: Deficiencias en el cumplimiento operativo del procedimiento MIEGHEPE04, fallas en la ejecuci.n de actividades y en el registro clnico (Din6mica GerencialC y ausencia de supervisi.n o seguimiento sobre el diligenciamiento adecuado de la historia clnica domiciliaria.</p>	Verificar semanalmente que se encuentren las respuestas de interconsultas a pacientes ingresados durante dos meses.	Gesti.n de rgencias	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCIN DOMICILIARIA (AMEDC	<p>Halla:go No 4: Incumplimiento del procedimiento de atenci.n domiciliaria y ausencia de registros clnicos en e l Programa AMED</p> <p>Teniendo en cuenta la informaci.n suministrada por el Programa AMED, en la base de datos correspondiente al mes de enero con 42 pacientes remitidos por interconsulta, no se evidencia en el sistema Din6mica Gerencial ningHn registro de respuesta, valoraci.n, ni ingreso de los pacientes al programa. Adicionalmente, No se encontr. el cumplimiento de las etapas de planeaci.n, valoraci.n y ejecuci.n del tratamiento descritas en el procedimiento MIEGHEPE04 en la base de datos de 15 pacientes con fecha de salida del mes de febrero, en ninguna de las Historias Clnicas revisadas.</p> <p>Causa: Deficiencias en el cumplimiento operativo del procedimiento MIEGHEPE04, fallas en la ejecuci.n de actividades y en el registro clnico (Din6mica GerencialC y ausencia de supervisi.n o seguimiento sobre el diligenciamiento adecuado de la historia clnica domiciliaria.</p>	Retroalimentar las desviaciones identificadas durante la verificaci.n.	Gesti.n de rgencias	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCIN DOMICILIARIA (AMEDC	<p>Halla:go No 8: Ausencia de gesti.n de riesgos, planificaci.n e indicadores en el Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria (AMEDC</p> <p>No se evidencia en el sistema ALMERA documentaci.n relacionada con la identificaci.n de riesgos, puntos de control, metas o indicadores asociados al Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria (AMEDC. En el Mapa de Riesgos institucionales y de corrupci.n no se identifican riesgos especificos para este programa, asimismo, no se encontr. Plan Operativo Anual (POAC ni indicadores de gesti.n vinculados al programa.</p> <p>Causa: Falta de articulaci.n entre el Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria y los sistemas de gesti.n institucionales, posiblemente derivado de debilidades en la implementaci.n del programa, ausencia de seguimiento por parte de los responsables del proceso, y una deficiente actualizaci.n de la informaci.n en el sistema ALMERA.</p>	Verificar mensualmente durante dos meses para esta acci.n los indicadores del Programa AMED.	Gesti.n de rgencias	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (AMEDC)	<p>Hallazgo No 8: Ausencia de gesti.n de riesgos, planificaci.n e indicadores en el Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria (AMEDC)</p> <p>No se evidencia en el sistema ALMERA documentaci.n relacionada con la identificaci.n de riesgos, puntos de control, metas o indicadores asociados al Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria (AMEDC. En el Mapa de Riesgos institucionales y de corrupci.n no se identifican riesgos especificos para este programa, asimismo, no se encontr. Plan Operativo Anual (POAC ni indicadores de gesti.n vinculados al programa.</p> <p>Causa: Falta de articulaci.n entre el Programa de Atenci.n MGdica Domiciliaria y los sistemas de gesti.n institucionales, posiblemente derivado de debilidades en la implementaci.n del programa, ausencia de seguimiento por parte de los responsables del proceso, y una deficiente actualizaci.n de la informaci.n en el sistema ALMERA.</p>	Socializar y capacitar a el personal del programa AMED, sobre las desviaciones encontradas en los indicadores, centrado en la identificaci.n de riesgos.	Gesti.n de rgencias	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 25 E 2025 A DITORIA AL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (AMEDC)	<p>Hallazgo No 1: Incompatibilidades en el perfil profesional del recurso humano contratado y debilidades en la gesti.n del recurso humano. Se evidencia que la terapeuta fsica contratada bajo el contrato CPSE8465E2025 fue requerida para reali:ar funciones de terapeuta integral, incluyendo evaluaci.n respiratoria, pese a que su ttulo profesional es Hnicamente de terapeuta fsica. Esto contraviene los principios de idoneidad profesional, ya que no puede reali:ar intervenciones fuera de su campo de formaci.n. Asimismo, se identific. que el terapeuta respiratorio, antes del ingreso del terapeuta fsico, reali:aba funciones de ambas disciplinas.</p> <p>Causa: Deficiencias en la definici.n de perfiles profesionales requeridos, y ausencia de control sobre la correspondencia entre perfil acadGmico y funciones asignadas en el contrato</p>	Actualizar los requerimientos para los contratistas de atenci.n domiciliaria en el cual cumpla con el perfil descripci.n y actividades a desarrollar	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	Se identificaron inconsistencias entre los registros de la hHoja de Vida de Equipo MGdicoh (c.digo APEATEFE06C y el cronograma de mantenimiento (c.digo APEATEFE48E05C, incumpliendo lo establecido en el Manual de Gesti.n de la Tecnologia (APEATEME02, numerales 6.5.6 y 6.5.2.8C. Estas discrepancias evidencian que las hojas de vida no se actualiz.an segHn los mantenimientos reali:ados, debido a la falta de procedimientos estandarizados para la verificaci.n peri.dica y capacitaci.n insuficiente del personal responsable. Como consecuencia, se genera un riesgo operativo al no garanti:ar la seguridad y funcionalidad de los equipos biomGdicos, lo que afecta la calidad de la atenci.n al paciente y el cumplimiento de los estóndares de salud establecidos.	Revisar y actualiz:ar el instructivo de elaboraci.n y mantenimiento de la Hoja de Vida del Equipo MGdico, incorporando como campo obligatorio la fecha de adquisici.n y estableciendo lineamientos claros para su uso como criterio base en la programaci.n del cronograma de mantenimiento (APEATEFE48E05C.	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	Se identificaron inconsistencias entre los registros de la hHoja de Vida de Equipo MGdicoH (c.digo APEATEFE06C y el cronograma de mantenimiento (c.digo APEATEFE48E05C, incumpliendo lo establecido en el Manual de Gest.i.n de la Tecnologa (APEATEME02, numerales 6.5.6 y 6.5.2.8C. Estas discrepancias evidencian que las hojas de vida no se actuali:an segHn los mantenimientos reali:ados, debido a la falta de procedimientos estandarizados para la verificaci.n peri.dica y capacitaci.n insuficiente del personal responsable. Como consecuencia, se genera un riesgo operativo al no garanti:ar la seguridad y funcionalidad de los equipos biomGdicos, lo que afecta la calidad de la atenci.n al paciente y el cumplimiento de los est6ndares de salud establecidos.	Articular la verificaci.n y registro de la fecha de adquisici.n de los equipos biomGdicos con el cronograma vigente para actuali:aci.n de hojas de vida, asegurando que durante cada ciclo de actuali:aci.n se valide y corrija este dato en el formato APEATEFE06.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	Se identificaron inconsistencias entre los registros de la hHoja de Vida de Equipo MGdicoH (c.digo APEATEFE06C y el cronograma de mantenimiento (c.digo APEATEFE48E05C, incumpliendo lo establecido en el Manual de Gest.i.n de la Tecnologa (APEATEME02, numerales 6.5.6 y 6.5.2.8C. Estas discrepancias evidencian que las hojas de vida no se actuali:an segHn los mantenimientos reali:ados, debido a la falta de procedimientos estandarizados para la verificaci.n peri.dica y capacitaci.n insuficiente del personal responsable. Como consecuencia, se genera un riesgo operativo al no garanti:ar la seguridad y funcionalidad de los equipos biomGdicos, lo que afecta la calidad de la atenci.n al paciente y el cumplimiento de los est6ndares de salud establecidos.	Implementar una revisi.n trimestral cru:ada entre las hojas de vida y el cronograma de mantenimiento, con Gnfasis en validar la coherencia entre las fechas de adquisici.n y las programaciones de mantenimiento preventivo, generando reportes de halla:gos y seguimiento.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	502
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	Se identificaron inconsistencias entre los registros de la hHoja de Vida de Equipo MGdicoH (c.digo APEATEFE06C y el cronograma de mantenimiento (c.digo APEATEFE48E05C, incumpliendo lo establecido en el Manual de Gest.i.n de la Tecnologa (APEATEME02, numerales 6.5.6 y 6.5.2.8C. Estas discrepancias evidencian que las hojas de vida no se actuali:an segHn los mantenimientos reali:ados, debido a la falta de procedimientos estandarizados para la verificaci.n peri.dica y capacitaci.n insuficiente del personal responsable. Como consecuencia, se genera un riesgo operativo al no garanti:ar la seguridad y funcionalidad de los equipos biomGdicos, lo que afecta la calidad de la atenci.n al paciente y el cumplimiento de los est6ndares de salud establecidos.	Establecer acciones correctivas autom6ticas ante discrepancias detectadas y refor:ar la capacitaci.n anual al personal responsable en estos procesos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	No se evidencia el diligenciamiento del formato APEATEFE 15 con los mantenimientos preventivos realizados en enero y julio de 2024 en la Hoja de Vida del equipo, incumpliendo el numeral 6.5.2.4 del Manual de Gestión de la Tecnología. Dicho numeral exige que el personal de tecnología biomédica archive los reportes de mantenimiento y que los ingenieros de las unidades de Servicios de Salud verifiquen su actualización. Esta omisión se atribuye a la falta de supervisión en el seguimiento de procedimientos y a capacitación insuficiente del personal. Como consecuencia, se compromete la trazabilidad del mantenimiento del equipo, generando riesgos en su seguridad y funcionalidad, posibles fallas en la atención al paciente y exposición a sanciones.	Socializar el instructivo vigente de actualización de hoja de vida de equipo biomédico (APEATEFE06C con el personal técnico y administrativo involucrado, reforzando los criterios para su aplicación y su relación con el cronograma de mantenimiento (APEATEFE48E05C, de acuerdo con el Manual de Gestión de la Tecnología.	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	No se evidencia el diligenciamiento del formato APEATEFE 15 con los mantenimientos preventivos realizados en enero y julio de 2024 en la Hoja de Vida del equipo, incumpliendo el numeral 6.5.2.4 del Manual de Gestión de la Tecnología. Dicho numeral exige que el personal de tecnología biomédica archive los reportes de mantenimiento y que los ingenieros de las unidades de Servicios de Salud verifiquen su actualización. Esta omisión se atribuye a la falta de supervisión en el seguimiento de procedimientos y a capacitación insuficiente del personal. Como consecuencia, se compromete la trazabilidad del mantenimiento del equipo, generando riesgos en su seguridad y funcionalidad, posibles fallas en la atención al paciente y exposición a sanciones.	Asignar responsables específicos para la actualización de la hoja de vida de los equipos biomédicos después de cada actividad de mantenimiento, formalizando esta tarea como parte del cierre obligatorio del proceso de mantenimiento, con registro y control	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	802
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	No se evidencia el diligenciamiento del formato APEATEFE 15 con los mantenimientos preventivos realizados en enero y julio de 2024 en la Hoja de Vida del equipo, incumpliendo el numeral 6.5.2.4 del Manual de Gestión de la Tecnología. Dicho numeral exige que el personal de tecnología biomédica archive los reportes de mantenimiento y que los ingenieros de las unidades de Servicios de Salud verifiquen su actualización. Esta omisión se atribuye a la falta de supervisión en el seguimiento de procedimientos y a capacitación insuficiente del personal. Como consecuencia, se compromete la trazabilidad del mantenimiento del equipo, generando riesgos en su seguridad y funcionalidad, posibles fallas en la atención al paciente y exposición a sanciones.	Implementar una revisión aleatoria mensual entre las hojas de vida (APEATEFE06C y el cronograma de mantenimiento (APEATEFE48E05C, para detectar discrepancias, validar la correcta aplicación del instructivo y retroalimentar al personal sobre los errores recurrentes.	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	702

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	No se evidencia el diligenciamiento del formato APEATEFE 15 con los mantenimientos preventivos realizados en enero y julio de 2024 en la Hoja de Vida del equipo, incumpliendo el numeral 6.5.2.4 del Manual de Gestio.n de la Tecnologa. Dicho numeral exige que el personal de tecnologa biomGdica archive los reportes de mantenimiento y que los ingenieros de las nidades de Servicios de Salud verifiquen su actuali:aci.n. Esta omisi.n se atribuye a la falta de supervisi.n en el seguimiento de procedimientos y a capacitaci.n insuficiente del personal. Como consecuencia, se compromete la tra:abilidad del mantenimiento del equipo, generando riesgos en su seguridad y funcionalidad, posibles fallas en la atenci.n a l paciente y exposici.n a sanciones.	Establecer acciones correctivas frente a reincidencias o fallas detectadas, fortaleciendo el ciclo de mejora continua y la calidad de los registros tGcnicos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	No se registra en el aplicativo Almera el indicador hPorcentaje de actuali:aci.n de hojas de vida de equipos biomGdicosh, incumpliendo lo establecido en el Manual para la Gestio.n de la Tecnologa (c.digo APEATEME02, numeral 6.8.2.1C. Esta omisi.n impide el seguimiento sistemático del estado de los equipos, debido a la falta de parametri:aci.n del indicador en el sistema. Como consecuencia, se compromete la efectividad de la gesti.n de recursos tecnol.gicos, al no disponer de datos actuali:ados para priori:ar mantenimientos, garanti:ar disponibilidad de equipos y cumplir con los estóndares de calidad en la atenci.n de salud.	Revisar y actuali:ar el Manual para la Gestio.n de la Tecnologa (APEATEME02C y los lineamientos asociados al indicador hPorcentaje de actuali:aci.n de hojas de vida de equipos biomGdicosh, definiendo claramente su periodicidad, responsable de registro, y criterios de medici.n, para garanti:ar su adecuada parametri:aci.n en el sistema Almera	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	No se registra en el aplicativo Almera el indicador hPorcentaje de actuali:aci.n de hojas de vida de equipos biomGdicosh, incumpliendo lo establecido en el Manual para la Gestio.n de la Tecnologa (c.digo APEATEME02, numeral 6.8.2.1C. Esta omisi.n impide el seguimiento sistemático del estado de los equipos, debido a la falta de parametri:aci.n del indicador en el sistema. Como consecuencia, se compromete la efectividad de la gesti.n de recursos tecnol.gicos, al no disponer de datos actuali:ados para priori:ar mantenimientos, garanti:ar disponibilidad de equipos y cumplir con los estóndares de calidad en la atenci.n de salud.	Parametri:ar el indicador en el aplicativo Almera, asegurando que el sistema permita el registro, seguimiento y generaci.n de reportes peri.dicos sobre la actuali:aci.n de las hojas de vida de los equipos biomGdicos, segHn los lineamientos establecidos.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	No se registra en el aplicativo Almera el indicador hPorcentaje de actuali:aci.n de hojas de vida de equipos biomGdicosh, incumpliendo lo establecido en el Manual para la Gestio.n de la Tecnologa (c.digo APEATEME02, numeral 6.8.2.1C. Esta omisi.n impide el seguimiento sistemático del estado de los equipos, debido a la falta de parametri:aci.n del indicador en el sistema. Como consecuencia, se compromete la efectividad de la gesti.n de recursos tecnol.gicos, al no disponer de datos actuali:ados para priori:ar mantenimientos, garanti:ar disponibilidad de equipos y cumplir con los estóndares de calidad en la atenci.n de salud.	Realizar auditoras internas mensuales durante los tres primeros meses posteriores a la actuali:aci.n, para verificar la correcta alimentaci.n del indicador en Almera y el cumplimiento del procedimiento establecido.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	No se registra en el aplicativo Almera el indicador hPorcentaje de actuali:aci.n de hojas de vida de equipos biomGdicosh, incumpliendo lo establecido en el Manual para la Gest.i.n de la Tecnología (c.digo APEATME02, numeral 6.8.2.1C. Esta omisi.n impide el seguimiento sistemático del estado de los equipos, debido a la falta de parametri:aci.n del indicador en el sistema. Como consecuencia, se compromete la efectividad de la gesti.n de recursos tecnol.gicos, al no disponer de datos actuali:ados para priori:ar mantenimientos, garanti:ar disponibilidad de equipos y cumplir con los estándares de calidad en la atenci.n de salud.	Implementar acciones de acuerdo con las desviaciones encontradas, que incluya retroalimentaci.n al personal responsable, ajustes tGcnicos al sistema si se detectan fallas, y capacitaci.n para fortalecer la gesti.n de la informaci.n relacionada con los equipos biomGdicos.	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	Incumplimiento de los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01, debido a la falta de revisi.n sistemática y oportuna, as como al mantenimiento inadecuado de la documentaci.n en el aplicativo Almera, aspecto que representa un riesgo significativo para el cumplimiento del proceso. Esta deficiencia puede resultar en el uso de documentos desactuali:ados o no autori:ados y la ejecuci.n de actividades innecesarias o reprocesos que comprometen la optimi:aci.n de los recursos con los que cuenta el proceso.	Realizar mesa de trabajo para reali:ar las actualizaciones necesarias para dar cumplimiento los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	Incumplimiento de los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01, debido a la falta de revisi.n sistemática y oportuna, as como al mantenimiento inadecuado de la documentaci.n en el aplicativo Almera, aspecto que representa un riesgo significativo para el cumplimiento del proceso. Esta deficiencia puede resultar en el uso de documentos desactuali:ados o no autori:ados y la ejecuci.n de actividades innecesarias o reprocesos que comprometen la optimi:aci.n de los recursos con los que cuenta el proceso.	Verificar documentos actuali:ados en mesa de trabajo para dar cumplimiento los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 28 E 2025 A DITORIA DE VIDA TIL DE EM IPOS BIOMUDICOS	Incumplimiento de los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01, debido a la falta de revisi.n sistemática y oportuna, as como al mantenimiento inadecuado de la documentaci.n en el aplicativo Almera, aspecto que representa un riesgo significativo para el cumplimiento del proceso. Esta deficiencia puede resultar en el uso de documentos desactuali:ados o no autori:ados y la ejecuci.n de actividades innecesarias o reprocesos que comprometen la optimi:aci.n de los recursos con los que cuenta el proceso.	Actuali:aci.n en el aplicativo almera de los documentos actuali:ados para dar cumplimiento los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01	Gesti.n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Halla:go No. 4: Incumplimiento de lo definido en la Resoluci.n 1552 de 2018, Artículo 1.E Agendas abiertas para asignaci.n de citas. Artículo 2.E Obligaci.n de registro. Toda ve: que se evidencio que no se mantienen abiertas agendas para la asignaci.n de citas la totalidad de das h6biles del a-o y que por el contrario se inform. a los usuarios que no haba disponibilidad de agendamientoA adicionalmente se evidencio que en el mes de noviembre de 2024 no se registraron fechas de solicitud en listas de espera, afectando la continuidad y calidad de la atenci.n en los servicios de salud.	Determinar permisos para asignaci.n sean coherentes a la necesidad de cada funcionario	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Halla:go No. 4: Incumplimiento de lo definido en la Resoluci.n 1552 de 2018, Artículo 1.E Agendas abiertas para asignaci.n de citas. Artículo 2.E Obligaci.n de registro. Toda ve: que se evidencio que no se mantienen abiertas agendas para la asignaci.n de citas la totalidad de das h6biles del a-o y que por el contrario se inform. a los usuarios que no haba disponibilidad de agendamientoA adicionalmente se evidencio que en el mes de noviembre de 2024 no se registraron fechas de solicitud en listas de espera, afectando la continuidad y calidad de la atenci.n en los servicios de salud.	Monitorear frecuentemente disponibilidad y dar respuesta	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Halla:go No. 8: Incumplimiento a Resoluci.n 0601 de 2028 que establece las Polticas Institucionales de la Subred Norte, Poltica de Seguimiento y evaluaci.n desempe-o institucional, Poltica de Gesti.n de Riesgos e incumplimiento al Plan EstratGgico Resoluci.n 517 de mayo de 2024, por cuanto se encuentran fallas en la gesti.n oportuna y efectiva de las Citas en tr6mite o Listas de Espera, fallas asociadas al uso ineficiente de los recursos humanos, tGcnicos y de capacidad instalada, fallas en mecanismos de control y seguimiento, que inducen PMRD frente a entes de control por falta de asignaci.n de citas y ocasionando posible afectaci.n econ.mica, reputacional, legal y condiciones de riesgo para la salud de los pacientes por mora en el proceso de atenci.n.	Dise-ar el modelo operativo del ComitG de Coordinaci.n Integral de Agendamiento de Citas (CIACC y sus fundones.	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Hallazgo No. 8: Incumplimiento a Resolución 0601 de 2028 que establece las Políticas Institucionales de la Subred Norte, Política de Seguimiento y evaluación desempeño institucional, Política de Gestión de Riesgos e incumplimiento al Plan Estratégico Resolución 517 de mayo de 2024, por cuanto se encuentran fallas en la gestión oportuna y efectiva de las Citas en trámite o Listas de Espera, fallas asociadas al uso ineficiente de los recursos humanos, técnicos y de capacidad instalada, fallas en mecanismos de control y seguimiento, que inducen PMRD frente a entes de control por falta de asignación de citas y ocasionando posible afectación económica, reputacional, legal y condiciones de riesgo para la salud de los pacientes por mora en el proceso de atención.	Realizar sesiones del Comité de Coordinación Integral de Agendamiento de Citas (CIACC	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Hallazgo No. 8: Incumplimiento a Resolución 0601 de 2028 que establece las Políticas Institucionales de la Subred Norte, Política de Seguimiento y evaluación desempeño institucional, Política de Gestión de Riesgos e incumplimiento al Plan Estratégico Resolución 517 de mayo de 2024, por cuanto se encuentran fallas en la gestión oportuna y efectiva de las Citas en trámite o Listas de Espera, fallas asociadas al uso ineficiente de los recursos humanos, técnicos y de capacidad instalada, fallas en mecanismos de control y seguimiento, que inducen PMRD frente a entes de control por falta de asignación de citas y ocasionando posible afectación económica, reputacional, legal y condiciones de riesgo para la salud de los pacientes por mora en el proceso de atención.	Evaluar cumplimiento de metas definidas por el Comité de Coordinación Integral de Agendamiento de Citas (CIACC	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Hallazgo No. 8: Incumplimiento a Resolución 0601 de 2028 que establece las Políticas Institucionales de la Subred Norte, Política de Seguimiento y evaluación desempeño institucional, Política de Gestión de Riesgos e incumplimiento al Plan Estratégico Resolución 517 de mayo de 2024, por cuanto se encuentran fallas en la gestión oportuna y efectiva de las Citas en trámite o Listas de Espera, fallas asociadas al uso ineficiente de los recursos humanos, técnicos y de capacidad instalada, fallas en mecanismos de control y seguimiento, que inducen PMRD frente a entes de control por falta de asignación de citas y ocasionando posible afectación económica, reputacional, legal y condiciones de riesgo para la salud de los pacientes por mora en el proceso de atención.	Realizar ajuste a los planes del Comité de Coordinación Integral de Agendamiento de Citas (CIACC según los resultados.	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Halla:go No. 2: Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resoluci.n 1511 de 2020 debido a fallas e inconsistencias en la informaci.n sobre la asignaci.n de citas publicada en la página Seb institucional. La falta de verificaci.n y actuali:aci.n de esta informaci.n ha generado errores o datos des actuali:ados, lo que obstaculi:a a usuarios y a la comunidad en general para la solicitud de citas a travGs de este medio. Esta baja utili:aci.n conlleva afectaciones econ.micas, reputacionales y legales.	Identificar el contenido crtico relacionado con agendamiento de citas en la página Seb institucional y Asignar formalmente un responsable (o dupla de responsablesC de contenidos del subproceso en el canal digital	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Halla:go No. 2: Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resoluci.n 1511 de 2020 debido a fallas e inconsistencias en la informaci.n sobre la asignaci.n de citas publicada en la página Seb institucional. La falta de verificaci.n y actuali:aci.n de esta informaci.n ha generado errores o datos des actuali:ados, lo que obstaculi:a a usuarios y a la comunidad en general para la solicitud de citas a travGs de este medio. Esta baja utili:aci.n conlleva afectaciones econ.micas, reputacionales y legales.	Realiz:ar la actuali:aci.n de los contenidos en la página Seb.	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Halla:go No. 2: Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resoluci.n 1511 de 2020 debido a fallas e inconsistencias en la informaci.n sobre la asignaci.n de citas publicada en la página Seb institucional. La falta de verificaci.n y actuali:aci.n de esta informaci.n ha generado errores o datos des actuali:ados, lo que obstaculi:a a usuarios y a la comunidad en general para la solicitud de citas a travGs de este medio. Esta baja utili:aci.n conlleva afectaciones econ.micas, reputacionales y legales.	Capacitar al equipo de Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano en la informaci.n que debe estar publicada dirigida a los usuarios según la normatividad vigente.	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Halla:go No. 2: Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resoluci.n 1511 de 2020 debido a fallas e inconsistencias en la informaci.n sobre la asignaci.n de citas publicada en la página Seb institucional. La falta de verificaci.n y actuali:aci.n de esta informaci.n ha generado errores o datos des actuali:ados, lo que obstaculi:a a usuarios y a la comunidad en general para la solicitud de citas a travGs de este medio. Esta baja utili:aci.n conlleva afectaciones econ.micas, reputacionales y legales.	Monitorear de manera trimestral el cumplimiento y actuali:aci.n de las publicaciones en la página Seb .	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Halla:go No 1: Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01E0, numerales 5.4 y 5.5 por cuanto se encuentra desactuali:aci.n de documentos relacionados con asignaci.n de citas, con evidencia en Almera, ocasionando el posible uso de procedimientos, instructivos, manuales, no adecuados, que no garantiz:an la efectividad de las acciones que se requieran para el seguimiento y control del proceso, con posibles riesgos operativos, afectando la eficiencia y efectividad del proceso y/o reprocesos que disminuyan la optimi:aci.n de los recursos con los que cuenta el proceso.	Definir un plan institucional para la actuali:aci.n de la documentaci.n del subproceso de asignaci.n de citas a travGs del Comité de Coordinaci.n Integral de Agendamiento en Citas (CIACC	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Hallazgo No 1: Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01E0, numerales 5.4 y 5.5 por cuanto se encuentra desactualizada de documentos relacionados con asignación de citas, con evidencia en Almera, ocasionando el posible uso de procedimientos, instructivos, manuales, no adecuados, que no garantizan la efectividad de las acciones que se requieran para el seguimiento y control del proceso, con posibles riesgos operativos, afectando la eficiencia y efectividad del proceso y/o reprocesos que disminuyan la optimización de los recursos con los que cuenta el proceso.	Ejecutar el plan de trabajo para la actualización documental.	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Hallazgo No 1: Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01E0, numerales 5.4 y 5.5 por cuanto se encuentra desactualizada de documentos relacionados con asignación de citas, con evidencia en Almera, ocasionando el posible uso de procedimientos, instructivos, manuales, no adecuados, que no garantizan la efectividad de las acciones que se requieran para el seguimiento y control del proceso, con posibles riesgos operativos, afectando la eficiencia y efectividad del proceso y/o reprocesos que disminuyan la optimización de los recursos con los que cuenta el proceso.	Evaluar la implementación y cumplimiento del plan de actualización documental.	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Hallazgo No 1: Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCEME01E0, numerales 5.4 y 5.5 por cuanto se encuentra desactualizada de documentos relacionados con asignación de citas, con evidencia en Almera, ocasionando el posible uso de procedimientos, instructivos, manuales, no adecuados, que no garantizan la efectividad de las acciones que se requieran para el seguimiento y control del proceso, con posibles riesgos operativos, afectando la eficiencia y efectividad del proceso y/o reprocesos que disminuyan la optimización de los recursos con los que cuenta el proceso.	Analizar los resultados y avance en el Comité de Coordinación Integral de Agendamiento en Citas (CIACC) y tomar las acciones correspondientes.	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Hallazgo No. 5: El incumplimiento de las políticas establecidas en el manual de políticas de seguridad y privacidad de la información APEGLEME02, la política de seguridad y privacidad de la información ESEGEEFE27 y el instructivo de administración de cuentas de usuario APEGHE02 que definen pautas esenciales para la gestión de activos de información, el control de acceso y la administración de cuentas de usuario. Este incumplimiento se evidenció a través del almacenamiento, procesamiento, resguardo y distribución de información sensible, privada y semi privada en cuentas personales de usuarios y colaboradores de los servicios auditados, que genera posibles riesgos de pérdida de información, acciones legales, daños reputacionales y pérdida financiera.	Diseñar con el área de sistemas un mecanismo para el manejo y control de la información de los usuarios de lista de espera que garantice la seguridad de los datos.	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	Cumplida	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Hallazgo No. 5: El incumplimiento de las políticas establecidas en el manual de políticas de seguridad y privacidad de la información APEGLEME02, la política de seguridad y privacidad de la información ESEGEFE27 y el instructivo de administración de cuentas de usuario APE GHE02 que definen pautas esenciales para la gestión de activos de información, el control de acceso y la administración de cuentas de usuario. Este incumplimiento se evidenció a través del almacenamiento, procesamiento, resguardo y distribución de información sensible, privada y semi privada en cuentas personales de usuarios y colaboradores de los servicios auditados, que genera posibles riesgos de pérdida de información, acciones legales, daños reputacionales y pérdida financiera	Implementar el mecanismo para el manejo y control de la información de los usuarios de lista de espera que garantice la seguridad de los datos.	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	Cumplida	100%
Interna	Control Interno	INFORME NO. 81 O 2025 A DITORIA ASIGNACION DE CITAS	Hallazgo No. 5: El incumplimiento de las políticas establecidas en el manual de políticas de seguridad y privacidad de la información APEGLEME02, la política de seguridad y privacidad de la información ESEGEFE27 y el instructivo de administración de cuentas de usuario APE GHE02 que definen pautas esenciales para la gestión de activos de información, el control de acceso y la administración de cuentas de usuario. Este incumplimiento se evidenció a través del almacenamiento, procesamiento, resguardo y distribución de información sensible, privada y semi privada en cuentas personales de usuarios y colaboradores de los servicios auditados, que genera posibles riesgos de pérdida de información, acciones legales, daños reputacionales y pérdida financiera	Capacitar al personal de la OPCSC sobre las políticas APEGLEME02, ESEGEFE27 y los riesgos asociados al uso de medios personales.	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	ATRASADA	100%
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 E 2025 A DITORIA CESANTIAS RETROACTIVAS	Incumplimiento de la Ley 1071 de 2006: Por medio de la cual se adiciona y modifica la Ley 244 de 1115, se regula el pago de las cesantías definitivas o parciales a los servidores públicos, se establecen sanciones y se fijan términos para su cancelación. A 81 de marzo de 2025, la Subred Norte ESE, tiene en promedio 226,42 días de atraso en el pago de la deuda de cesantías radicadas, para el rango entre 50-100 millones. Lo anterior, ocasionará detrimentos y posibles denuncias judiciales con un incremento de deudas asociadas con este tipo de costos.	Proyectar las comunicaciones a las que haya lugar relacionadas con las solicitudes de cesantías.	Gestión del Talento Humano	Cumplida	100%
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 E 2025 A DITORIA CESANTIAS RETROACTIVAS	Incumplimiento de la Ley 1071 de 2006: Por medio de la cual se adiciona y modifica la Ley 244 de 1115, se regula el pago de las cesantías definitivas o parciales a los servidores públicos, se establecen sanciones y se fijan términos para su cancelación. A 81 de marzo de 2025, la Subred Norte ESE, tiene en promedio 226,42 días de atraso en el pago de la deuda de cesantías radicadas, para el rango entre 50-100 millones. Lo anterior, ocasionará detrimentos y posibles denuncias judiciales con un incremento de deudas asociadas con este tipo de costos.	Solicitar recursos para cubrir las cesantías que se generen para pago a los servidores públicos.	Gestión del Talento Humano	Cumplida	100%

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 E 2025 A DITORIA CESANTIAS RETROACTIVAS	Incumplimiento de la Ley 1071 de 2006: Ppor medio de la cual se adiciona y modifica la Ley 244 de 1115, se regula el pago de las cesantas definitivas o parciales a los servidores pHBlicos, se establecen sanciones y se fijan tGrminos para su cancelaci.nX. A 81 de mar:o de 2025, la Subred Norte ESE, tiene en promedio 226,42 das de atraso en el pago de la deuda de cesantas radicadas, para el rango entre 50E100 millones. Lo anterior, ocasionara detrimentos y posibles denuncias judiciales con un incremento de deudas asociadas con este tipo de costos.	Presentar al comitG de cesantas la estancia correspondiente el estado de las cesantas radicada s.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 E 2025 A DITORIA CESANTIAS RETROACTIVAS	Incumplimiento de la Ley 1071 de 2006: Ppor medio de la cual se adiciona y modifica la Ley 244 de 1115, se regula el pago de las cesantas definitivas o parciales a los servidores pHBlicos, se establecen sanciones y se fijan tGrminos para su cancelaci.nX. A 81 de mar:o de 2025, la Subred Norte ESE, tiene en promedio 226,42 das de atraso en el pago de la deuda de cesantas radicadas, para el rango entre 50E100 millones. Lo anterior, ocasionara detrimentos y posibles denuncias judiciales con un incremento de deudas asociadas con este tipo de costos.	Mantener actuali:ado el estado de la liquidaci.n de las solicitudes de las cesantas radicadas.	Gesti.n del Talento Humano	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 E 2025 A DITORIA CESANTIAS RETROACTIVAS	Incumplimiento en el Manual de Procesos y Procedimientos c.digo ESEGCEME01, numerales 5.4 y 5.5, por fallas en la revisi.n sistem6tica y oportuna, as como el mantenimiento de la documentaci.n del proceso respecto a la actuali:aci.n de los siguientes documentos crticos de cesantas retroactivas Instructivo Conciliaci.n de Cesantas, Versi.n 1. CODIGO: APETHEIE81 Instructivo de Cesantas, Versi.n 1. CODIGO APETHEI E22E01 La falta de actuali:aci.n de manuales e instructivos de cesantas retroactivas, puede conllevar a errores de liquidaci.n, reprocesos y afectaci.n de la calidad de la informaci.n relacionada, dificultando la implementaci.n de polticas y tecnologas de soporte.	Revisar de acuerdo a la normatividad legal vigente, el instructivo disponible en la actualidad relacionado con las actividades que hacen parte del proceso de cesanta s.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 E 2025 A DITORIA CESANTIAS RETROACTIVAS	Incumplimiento en el Manual de Procesos y Procedimientos c.digo ESEGCEME01, numerales 5.4 y 5.5, por fallas en la revisi.n sistem6tica y oportuna, as como el mantenimiento de la documentaci.n del proceso respecto a la actuali:aci.n de los siguientes documentos crticos de cesantas retroactivas Instructivo Conciliaci.n de Cesantas, Versi.n 1. CODIGO: APETHEIE81 Instructivo de Cesantas, Versi.n 1. CODIGO APETHEI E22E01 La falta de actuali:aci.n de manuales e instructivos de cesantas retroactivas, puede conllevar a errores de liquidaci.n, reprocesos y afectaci.n de la calidad de la informaci.n relacionada, dificultando la implementaci.n de polticas y tecnologas de soporte.	Actuali:ar el instructivo de cesantas, que incluya las necesidades actuales del proceso en cuanto a liquidaci.n y gesti.n hasta la remisi.n a financiera.	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 E 2025 A DITORIA CESANTIAS RETROACTIVAS	Incumplimiento en el Manual de Procesos y Procedimientos c.digo ESEGCEME01, numerales 5.4 y 5.5, por fallas en la revisi.n sistemática y oportuna, as como el mantenimiento de la documentaci.n del proceso respecto a la actuali:aci.n de los siguientes documentos crticos de cesantas retroactivas Instructivo Conciliaci.n de Cesantas, Versi.n 1. CODIGO: APETHEIE81 Instructivo de Cesantas, Versi.n 1. CODIGO APETHEIE22E01 La falta de actuali:aci.n de manuales e instructivos de cesantas retroactivas, puede conllevar a errores de liquidaci.n, reprocesos y afectaci.n de la calidad de la informaci.n relacionada, dificultando la implementaci.n de polticas y tecnologas de soporte.	Verificar los contenidos del instructivos con las partes interesadas	Gesti.n del Talento Humano	ATRASADA	152
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 E 2025 A DITORIA CESANTIAS RETROACTIVAS	Incumplimiento en el Manual de Procesos y Procedimientos c.digo ESEGCEME01, numerales 5.4 y 5.5, por fallas en la revisi.n sistemática y oportuna, as como el mantenimiento de la documentaci.n del proceso respecto a la actuali:aci.n de los siguientes documentos crticos de cesantas retroactivas Instructivo Conciliaci.n de Cesantas, Versi.n 1. CODIGO: APETHEIE81 Instructivo de Cesantas, Versi.n 1. CODIGO APETHEIE22E01 La falta de actuali:aci.n de manuales e instructivos de cesantas retroactivas, puede conllevar a errores de liquidaci.n, reprocesos y afectaci.n de la calidad de la informaci.n relacionada, dificultando la implementaci.n de polticas y tecnologas de soporte.	Sociali:ar el instructivo normali:ado y publicado en ALMERA	Gesti.n del Talento Humano	ATRASADA	1002





**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 42 O 2025 A DITORIA AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA S BPROCESO, GESTIN DE MERCADERO	Halla:go No. 2: Incumplimiento de la Ley 87 de 1118 al no garantizarse la protecci.n de los recursos en la contrataci.n de servicios terci:ados (Cardiologa, Hemodinamia y GastroenterologaC debido a: (iC ausencia de controles por parte de los supervisores de contratos y el subproceso de MercadeoA y (iiC falta de comunicaci.n entre 6reas para ajustar tarifas en Din6mica Gerencial cuando los proveedores incrementan precios de insumos. Esta falla en los mecanismos de control interno materialia un riesgo financiero al permitir sobrecostos no detectados oportunamente, vulnerando el principio de administraci.n eficiente de recursos establecido en la norma.	Verificar el proceso de contrataci.n de servicios de salud terci:ados	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 42 O 2025 A DITORIA AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA S BPROCESO, GESTIN DE MERCADERO	Halla:go No. 2: Incumplimiento de la Ley 87 de 1118 al no garantizarse la protecci.n de los recursos en la contrataci.n de servicios terci:ados (Cardiologa, Hemodinamia y GastroenterologaC debido a: (iC ausencia de controles por parte de los supervisores de contratos y el subproceso de MercadeoA y (iiC falta de comunicaci.n entre 6reas para ajustar tarifas en Din6mica Gerencial cuando los proveedores incrementan precios de insumos. Esta falla en los mecanismos de control interno materialia un riesgo financiero al permitir sobrecostos no detectados oportunamente, vulnerando el principio de administraci.n eficiente de recursos establecido en la norma.	Mesa de trabajo con contrataci.n, Subservicios y Mercadeo para solicitar inclusi.n del subproceso de mercadeo al proceso de contrataci.n	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 42 O 2025 A DITORIA AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA S BPROCESO, GESTIN DE MERCADERO	Halla:go No. 2: Incumplimiento de la Ley 87 de 1118 al no garantizarse la protecci.n de los recursos en la contrataci.n de servicios terci:ados (Cardiologa, Hemodinamia y GastroenterologaC debido a: (iC ausencia de controles por parte de los supervisores de contratos y el subproceso de MercadeoA y (iiC falta de comunicaci.n entre 6reas para ajustar tarifas en Din6mica Gerencial cuando los proveedores incrementan precios de insumos. Esta falla en los mecanismos de control interno materialia un riesgo financiero al permitir sobrecostos no detectados oportunamente, vulnerando el principio de administraci.n eficiente de recursos establecido en la norma.	Actualizar, aprobar y normaliar el proceso de contrataci.n de servicios de salud terci:ados	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 42 O 2025 A DITORIA AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA S BPROCESO, GESTIN DE MERCADERO	Halla:go No. 2: Incumplimiento de la Ley 87 de 1118 al no garantizarse la protecci.n de los recursos en la contrataci.n de servicios terci:ados (Cardiologa, Hemodinamia y GastroenterologaC debido a: (iC ausencia de controles por parte de los supervisores de contratos y el subproceso de MercadeoA y (iiC falta de comunicaci.n entre 6reas para ajustar tarifas en Din6mica Gerencial cuando los proveedores incrementan precios de insumos. Esta falla en los mecanismos de control interno materialia un riesgo financiero al permitir sobrecostos no detectados oportunamente, vulnerando el principio de administraci.n eficiente de recursos establecido en la norma.	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 42 O 2025 A DITORIA AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA S BPROCESO, GESTIN DE MERCADERO	Halla:go No 1: Incumplimiento del objetivo del Procedimiento de Gestí.n Comercial y del literal bC de la Perspectiva Financiera de la Subred Norte ESE al no lograr el incremento en ventas de servicios de salud conforme a lo planeado. Esto se debe a debilidades en el dise-o del Plan de Ventas, que carece de cronograma de actividades, políticas de mercado e indicadores confiables, sumado a inconsistencias entre los valores socializados en comitGs y los ejecutados presupuestalmente, as como a la falta de articulaci.n entre las áreas de Planeaci.n, Mercadeo y Gestí.n Financiera. Estas deficiencias afectan la capacidad operativa de la entidad y comprometen su sostenibilidad financiera, generando riesgos en la consecuci.n de las metas de ventas y en la confiabilidad de la informaci.n gerencial	Revisar el documento Plan de Ventas	Gestí.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 42 O 2025 A DITORIA AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA S BPROCESO, GESTIN DE MERCADERO	Halla:go No 1: Incumplimiento del objetivo del Procedimiento de Gestí.n Comercial y del literal bC de la Perspectiva Financiera de la Subred Norte ESE al no lograr el incremento en ventas de servicios de salud conforme a lo planeado. Esto se debe a debilidades en el dise-o del Plan de Ventas, que carece de cronograma de actividades, políticas de mercado e indicadores confiables, sumado a inconsistencias entre los valores socializados en comitGs y los ejecutados presupuestalmente, as como a la falta de articulaci.n entre las áreas de Planeaci.n, Mercadeo y Gestí.n Financiera. Estas deficiencias afectan la capacidad operativa de la entidad y comprometen su sostenibilidad financiera, generando riesgos en la consecuci.n de las metas de ventas y en la confiabilidad de la informaci.n gerencial	Actuali:ar, aprobar y normali:ar el documento Plan de Ventas	Gestí.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 42 O 2025 A DITORIA AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA S BPROCESO, GESTIN DE MERCADERO	Halla:go No 1: Incumplimiento del objetivo del Procedimiento de Gestí.n Comercial y del literal bC de la Perspectiva Financiera de la Subred Norte ESE al no lograr el incremento en ventas de servicios de salud conforme a lo planeado. Esto se debe a debilidades en el dise-o del Plan de Ventas, que carece de cronograma de actividades, políticas de mercado e indicadores confiables, sumado a inconsistencias entre los valores socializados en comitGs y los ejecutados presupuestalmente, as como a la falta de articulaci.n entre las áreas de Planeaci.n, Mercadeo y Gestí.n Financiera. Estas deficiencias afectan la capacidad operativa de la entidad y comprometen su sostenibilidad financiera, generando riesgos en la consecuci.n de las metas de ventas y en la confiabilidad de la informaci.n gerencial	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Gestí.n EstratGgica	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 42 O 2025 A DITORIA AL PROCESO GESTIN ESTRATUGICA S BPROCESO, GESTIN DE MERCADEO	Halla:go No 1: Incumplimiento del objetivo del Procedimiento de Gestí.n Comercial y del literal bC de la Perspectiva Financiera de la Subred Norte ESE al no lograr el incremento en ventas de servicios de salud conforme a lo planeado. Esto se debe a debilidades en el dise-o del Plan de Ventas, que carece de cronograma de actividades, políticas de mercado e indicadores confiables, sumado a inconsistencias entre los valores sociali:ados en comitGs y los ejecutados presupuestalmente, as como a la falta de articulaci.n entre las 6reas de Planeaci.n, Mercadeo y Gestí.n Financiera. Estas deficiencias afectan la capacidad operativa de la entidad y comprometen su sostenibilidad financiera, generando riesgos en la consecuci.n de las metas de ventas y en la confiabilidad de la informaci.n gerencial	Sociali:ar el documento Plan de Ventas	Gestí.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gestí.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Verificar los procesos y procedimientos registrados en Almera asociados a convenios y a cuentas bancarias de destinaci.n especifica, a fin de identificar la adherencia a los mismos	Gestí.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gestí.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Verificar el procedimiento de Convenios, donde se refleje el seguimiento financiero del convenio desde el inicio hasta su finali:aci.n.	Gestí.n Financiera	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Actuali:ar el procedimiento de convenios en caso de que aplique.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Sociali:ar a los lideres y/o supervisores el procedimiento de Convenios	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Realiz:ar actas producto de las mesas de trabajo seguimiento ejecuci.n de convenios	Gesti.n Financiera	ATRASADA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Actuali:ar formato de solciitudes de Disponibilidad Presupuestal, garanti:ando que diligencien el numero del convenio	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Sociali:ar a los lideres y/o supervisores el formato de solicitud de Disponibilidad Presupuestal.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Realiz:ar listado de seguimiento presupuestal de los convenios	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Verificar que todos los formatos de disponibilidad presupuestal que se alleguen tengan los espacios debidamente diligenciados	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 21 E 2025 A DITORIA PROCESO GESTIN FINANCIERA E S BPROCESO EYEC CIN DEL GASTO 2025	Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, en cuanto a: PAdministrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred NorteX, la auditora observ. que al consignar el dinero de destinaci.n especifica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la tra:abilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinaci.n especifica y una posible desfinanciaci.n de los recursos propios. A su ve: este procedimiento de Ptraslado de recursos financieros de destinaci.n especificaX, se est6 abocando a la entidad por parte de los entes de control a halla:go o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	Tramitar la disponibilidad presupuestal cuando este debidamente diligenciado, en caso de que no , se har6 la respectiva devoluci.n	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME DE SEG IMIENTO DE PAGOS DE CONTRATOS DE PRESTACIN DE SERVICIOS E PRIMER TRIMESTRE DE 2025	Definir presupuestalmente el estado de las novedades definitivas del periodo 2022 E 2024, con el objeto de prever futuros conflictos judiciales. Al respecto y segHn el estado de las obligaciones, liquidar los contratos respectivos.	Identificar las partidas resultantes de las novedades correspondiente a las vigencias 2022 a 2024.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME DE SEG IMIENTO DE PAGOS DE CONTRATOS DE PRESTACIN DE SERVICIOS E PRIMER TRIMESTRE DE 2025	Definir presupuestalmente el estado de las novedades definitivas del periodo 2022 E 2024, con el objeto de prever futuros conflictos judiciales. Al respecto y segHn el estado de las obligaciones, liquidar los contratos respectivos.	Remitir las novedades identificadas al ingeniero de soporte del aplicativo OCASOFT para su depuraci.n y retiro de la base de novedades.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME DE SEG IMIENTO DE PAGOS DE CONTRATOS DE PRESTACIN DE SERVICIOS E PRIMER TRIMESTRE DE 2025	Definir presupuestalmente el estado de las novedades definitivas del periodo 2022 E 2024, con el objeto de prever futuros conflictos judiciales. Al respecto y segHn el estado de las obligaciones, liquidar los contratos respectivos.	Remitir al 6rea de presupuesto la novedades resultanes de la depuraci.n para verificaci.n de respaldo presupuestal y posterior depuraci.n de no contar con dicho respald o.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME DE SEG IMIENTO DE PAGOS DE CONTRATOS DE PRESTACIN DE SERVICIOS E PRIMER TRIMESTRE DE 2025	Definir presupuestalmente el estado de las novedades definitivas del periodo 2022 E 2024, con el objeto de prever futuros conflictos judiciales. Al respecto y segHn el estado de las obligaciones, liquidar los contratos respectivos.	Sociali:ar mediante correo electr.nico base de novedades de contratistas depurada a supervisores de contrato.	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME DE SEGUIMIENTO DE PAGOS DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS E PRIMER TRIMESTRE DE 2025	Considerando el volumen de contratos y la documentación asociada, se observa un desarrollo insuficiente o falta de actualización de instrumentos clave para el control de pagos. Específicamente, se identifica que el formato de certificación de cumplimiento de contrato data de 2020 y que el procedimiento de cuentas por pagar (que involucra al sistema SERVINTEC requiere actualización. Esta situación limita la capacidad de ejercer un control eficiente sobre los pagos de los Contratos de Prestación de Servicios (CPSC	Identificar y/o crear los documentos susceptibles de ser actualizados que hacen parte del área de Cuentas por Pagar con relación al procedimiento de pagos a contratistas.	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME DE SEGUIMIENTO DE PAGOS DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS E PRIMER TRIMESTRE DE 2025	Considerando el volumen de contratos y la documentación asociada, se observa un desarrollo insuficiente o falta de actualización de instrumentos clave para el control de pagos. Específicamente, se identifica que el formato de certificación de cumplimiento de contrato data de 2020 y que el procedimiento de cuentas por pagar (que involucra al sistema SERVINTEC requiere actualización. Esta situación limita la capacidad de ejercer un control eficiente sobre los pagos de los Contratos de Prestación de Servicios (CPSC	Actualizar y/o crear los documentos identificados que hacen parte del área de Cuenta por Pagar.	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME DE SEGUIMIENTO DE PAGOS DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS E PRIMER TRIMESTRE DE 2025	Considerando el volumen de contratos y la documentación asociada, se observa un desarrollo insuficiente o falta de actualización de instrumentos clave para el control de pagos. Específicamente, se identifica que el formato de certificación de cumplimiento de contrato data de 2020 y que el procedimiento de cuentas por pagar (que involucra al sistema SERVINTEC requiere actualización. Esta situación limita la capacidad de ejercer un control eficiente sobre los pagos de los Contratos de Prestación de Servicios (CPSC	Remitir a la oficina de calidad los documentos actualizados y/o creados que hacen parte del área de cuentas por pagar para su normalización.	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME DE SEGUIMIENTO DE PAGOS DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS E PRIMER TRIMESTRE DE 2025	Considerando el volumen de contratos y la documentación asociada, se observa un desarrollo insuficiente o falta de actualización de instrumentos clave para el control de pagos. Específicamente, se identifica que el formato de certificación de cumplimiento de contrato data de 2020 y que el procedimiento de cuentas por pagar (que involucra al sistema SERVINTEC requiere actualización. Esta situación limita la capacidad de ejercer un control eficiente sobre los pagos de los Contratos de Prestación de Servicios (CPSC	Socializar mediante correo electrónico los documentos actualizados y/o creados que hacen parte del área de cuentas por pagar a supervisores de contrato.	Gestión Financiera	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEGUIMIENTO A GESTIÓN AMBIENTAL	Mejorar la calidad de los reportes presentados, revisando las bases de datos para corregir errores de fórmula, eliminar vacos en los reportes y garantizar la trazabilidad y consistencia de la información.	Programar reunión de capacitación con el personal de Gestión Ambiental	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEGUIMIENTO A GESTIÓN AMBIENTAL	Mejorar la calidad de los reportes presentados, revisando las bases de datos para corregir errores de fórmula, eliminar vacos en los reportes y garantizar la trazabilidad y consistencia de la información.	Realizar capacitación al personal de Gestión Ambiental en reporte adecuado de indicadores y arqueos de residuos	Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	ATRASADA	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO								
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Mejorar la calidad de los reportes presentados, revisando las bases de datos para corregir errores de f.rmula, eliminar vacos en los reportes y garanti:ar la tra:abilida d y consistencia de la informaci.n.	Verificar el cumplimiento de cobertura de la capacitaci.n programada	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Mejorar la calidad de los reportes presentados, revisando las bases de datos para corregir errores de f.rmula, eliminar vacos en los reportes y garanti:ar la tra:abilida d y consistencia de la informaci.n.	Realiz:ar seguimiento al diligenciamiento de base de indicadores acorde a la informaci.n suministrada en la jornada de capacitaci.n	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Ampliar la cobertura del plan de capacitaci.n de tal manera que se incluya a los usuarios institucionales con el fin de fortalecer su participaci.n y conocimiento sobre la adecuada disposici.n de residuos.	Plantear cronograma de capacitaci.n a usuarios con el 6rea de atenci.n al usuario	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Ampliar la cobertura del plan de capacitaci.n de tal manera que se incluya a los usuarios institucionales con el fin de fortalecer su participaci.n y conocimiento sobre la adecuada disposici.n de residuos.	Ejecutar el cronograma de capacitaciones planteado a usuarios	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Ampliar la cobertura del plan de capacitaci.n de tal manera que se incluya a los usuarios institucionales con el fin de fortalecer su participaci.n y conocimiento sobre la adecuada disposici.n de residuos.	Medir cumplimiento de capacitaci.n respecto a la meta planteada	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Ampliar la cobertura del plan de capacitaci.n de tal manera que se incluya a los usuarios institucionales con el fin de fortalecer su participaci.n y conocimiento sobre la adecuada disposici.n de residuos.	Realiz:ar acciones correctivas en caso de presentar desviaciones en las actividades propuestas.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Corregir las inconsistencias documentales y publicar una nueva versi.n que incluya los formatos actuali:ados y estandari:ados.	Revisar los formatos que actualmente se encuentran aprobado y cargados en Armera, relacionados a la gesti.n de residuos	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Corregir las inconsistencias documentales y publicar una nueva versi.n que incluya los formatos actuali:ados y estandari:ados.	Actualiz:ar el documento PGIRASA de acuerdo a la Resoluci.n 511 de 2024	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Corregir las inconsistencias documentales y publicar una nueva versi.n que incluya los formatos actuali:ados y estandari:ados.	Socializ:ar actualiz:aci.n del documento ante el comitG de Gesti.n Ambiental	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Corregir las inconsistencias documentales y publicar una nueva versi.n que incluya los formatos actuali:ados y estandari:ados.	Implementar el PGIRASA de acuerdo a los lineamiento actuali:ados	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Asegurar la reali:aci.n mensual de reuniones ordinarias, conforme a lo establecido en la Resoluci.n 181 de 2028, y optimiz:ar los mecanismos de convocatoria y seguimie nto.	Revisar los lineamientos aprobados en comitG para la periodicidad de sesi.n del comitG	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002	

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Asegurar la reali:aci.n mensual de reuniones ordinarias, conforme a lo establecido en la Resoluci.n 181 de 2028, y optimi:ar los mecanismos de convocatoria y seguimie nto.	Realiz:ar lo ajustes pertinentes a la Resoluci.n act ual	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Asegurar la reali:aci.n mensual de reuniones ordinarias, conforme a lo establecido en la Resoluci.n 181 de 2028, y optimi:ar los mecanismos de convocatoria y seguimie nto.	Socializ:ar la nueva Resoluci.n en comitG de gesti.n ambiental	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Asegurar la reali:aci.n mensual de reuniones ordinarias, conforme a lo establecido en la Resoluci.n 181 de 2028, y optimi:ar los mecanismos de convocatoria y seguimie nto.	Implementar lo establecido en la Resoluci.n ajustada y aprobada	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Dise-ar e implementar indicadores especificos que integren informaci.n por unidad de servicio, para fortalecer el control, facilitar el análisis comparativo y orientar la toma de decisiones hacia la mejora continua de la gesti.n ambiental e institucional.	Identificar los indicadores estipulados en la Resoluci.n 5 11 de 2024 y adherirse a los que aplique la misi.n de la instituci.n	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Dise-ar e implementar indicadores especificos que integren informaci.n por unidad de servicio, para fortalecer el control, facilitar el análisis comparativo y orientar la toma de decisiones hacia la mejora continua de la gesti.n ambiental e institucional.	Actualiz:ar los indicadores en el documento PGRH de acuerdo a la Resoluci.n 511 de 2024	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Dise-ar e implementar indicadores especificos que integren informaci.n por unidad de servicio, para fortalecer el control, facilitar el análisis comparativo y orientar la toma de decisiones hacia la mejora continua de la gesti.n ambiental e institucional.	Socializ:ar actualiz:aci.n de indicadores del documento ante el comitG de Gesti.n Ambiental	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Dise-ar e implementar indicadores especificos que integren informaci.n por unidad de servicio, para fortalecer el control, facilitar el análisis comparativo y orientar la toma de decisiones hacia la mejora continua de la gesti.n ambiental e institucional.	Realiz:ar seguimiento a la implementaci.n de indicadores establecidos	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Es importante continuar mejorando la calidad de los registros de la informaci.n relacionada con los datos e impactos ambientales necesarios en la gesti.n de los residuos hospitalarios.	Programar reuni.n de capacitaci.n con el personal de Gesti.n Ambiental	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Es importante continuar mejorando la calidad de los registros de la informaci.n relacionada con los datos e impactos ambientales necesarios en la gesti.n de los residuos hospitalarios.	Realiz:ar capacitaci.n al personal de Gesti.n Ambiental en reporte adecuado de informaci.n	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Es importante continuar mejorando la calidad de los registros de la informaci.n relacionada con los datos e impactos ambientales necesarios en la gesti.n de los residuos hospitalarios.	Verificar el cumplimiento de cobertura de la capacitaci.n programada	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Es importante continuar mejorando la calidad de los registros de la informaci.n relacionada con los datos e impactos ambientales necesarios en la gesti.n de los residuos hospitalarios.	Realiz:ar seguimiento al reporte de datos acorde a la informaci.n suministrada en la jornada de capacitac i.n	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	ATRASADA	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Fortalecer el Plan Interno de Aprovechamiento de residuos estableciendo metas por unidad de servicio o globalmente para aumentar el porcentaje de residuos reciclables aprovechados.	Realizar cronograma de implementaci.n del PAI	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Fortalecer el Plan Interno de Aprovechamiento de residuos estableciendo metas por unidad de servicio o globalmente para aumentar el porcentaje de residuos reciclables aprovechados.	Ejecutar el cronograma de las actividades del PAI	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Fortalecer el Plan Interno de Aprovechamiento de residuos estableciendo metas por unidad de servicio o globalmente para aumentar el porcentaje de residuos reciclables aprovechados.	Realizar seguimiento semestral a la ejecuci.n del P AI	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 88 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO A GESTIN AMBIENTAL	Fortalecer el Plan Interno de Aprovechamiento de residuos estableciendo metas por unidad de servicio o globalmente para aumentar el porcentaje de residuos reciclables aprovechados.	Verificar el cumplimiento en relaci.n a la meta est ablecida.	Gesti.n de Recursos Fsicos y Ambiente Tecnol.gico	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 47 O 2025 SENTENCIAS Y DICIALES DE LOS PROCESOS M E C RSAN EN CONTRA DE LA S BREDNORTE	La auditora evidenci. que la Oficina Yurdica no cuenta con riesgos orientados a prevenir posibles actos de corrupci.n, esto puede representar una vulnerabilidad institucional, al no existir un control sobre este tipo de riesgo dentro del proceso.	Buscar los lineamientos de un plan anticorrupti.n	Ge sti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 47 O 2025 SENTENCIAS Y DICIALES DE LOS PROCESOS M E C RSAN EN CONTRA DE LA S BREDNORTE	La Oficina Asesora Yurdica depende completamente del sistema SIPROYWEB, para la creaci.n y control de todos los procesos judiciales. Esta auditora no evidenci. un plan de contingencia que prevea mecanismos alternativos de registro, protocolos de recuperaci.n de datos y flujos de trabajo manuales temporales para mantener la operatividad durante eventuales fallas del sistema.	Gesti.n documental por parte de la persona encargada de archivo de la oficina	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 47 O 2025 SENTENCIAS Y DICIALES DE LOS PROCESOS M E C RSAN EN CONTRA DE LA S BREDNORTE	Halla:go Ni 01: Durante la revisi.n de los procesos judiciales y acciones de tutela seleccionados en la muestra, se evidenci. que no se ha registrado en el aplicativo SIPROYWEB, la informaci.n completa sobre las actuaciones procesales, omitiGndose el cargue de las novedades reportadas por los respectivos despachos judiciales. Esto contraviene el artculo 84 de la Resoluci. n 485 de 2028 de la Secretara Yurdica Distrital, que establece que todas las actuaciones relevantes deben registrarse en el sistema dentro de los cinco (5C das hbiles siguientes a su ocurrencia. La omisi.n en el registro oportuno de las novedades procesales, afecta la tra:abilidad, el seguimiento y el control efectivo de los procesos judiciales, lo que puede derivar en la pGrdida de tGrminos procesales, falta de defensa oportuna y posibles sanciones por parte de los entes de control.	Oficio lineamientos actuali:aci.n procesos judicial es	Gesti.n Yurdica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 2. Incumplimiento a la CIRC LAR ENTERNA 20211700000004E5 DE 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionado con pactar condiciones desventajosas o no favorables para la instituci.n en convenio interadministrativo, debido a no estimar adecuadamente la demanda del servicio de vehculos para atenci.n medica de urgencias y vehculos de salud mental, con la posibilidad de incurrir en pGrdidas econ.micas, afectaci.n reputacional y legal.	Realizar mesa de trabajo con Desarrollo Institucional, Contrataci.n y Subgerencia de Prestaci.n de Servicios de Salud para evaluar el riesgo actorial que se presenta en el convenio interadministrativo 7111818E2024	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 2. Incumplimiento a la CIRC LAR ENTERNA 20211700000004E5 DE 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionado con pactar condiciones desventajosas o no favorables para la instituci.n en convenio interadministrativo, debido a no estimar adecuadamente la demanda del servicio de vehculos para atenci.n medica de urgencias y vehculos de salud mental, con la posibilidad de incurrir en pGrdidas econ.micas, afectaci.n reputacional y legal.	Radicar oficio a la Direccion de rgencias y Emergencias en Salud de la Secretaria Distrital de Salud informando las dificultades del indicador de frecuencia de uso	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 2. Incumplimiento a la CIRC LAR ENTERNA 20211700000004E5 DE 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionado con pactar condiciones desventajosas o no favorables para la instituci.n en convenio interadministrativo, debido a no estimar adecuadamente la demanda del servicio de vehculos para atenci.n medica de urgencias y vehculos de salud mental, con la posibilidad de incurrir en pGrdidas econ.micas, afectaci.n reputacional y legal.	Revisar obligaciones del nuevo convenio interadministrativo con modificacion del indicador de frecuencia de uso	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 2. Incumplimiento a la CIRC LAR ENTERNA 20211700000004E5 DE 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionado con pactar condiciones desventajosas o no favorables para la instituci.n en convenio interadministrativo, debido a no estimar adecuadamente la demanda del servicio de vehculos para atenci.n medica de urgencias y vehculos de salud mental, con la posibilidad de incurrir en pGrdidas econ.micas, afectaci.n reputacional y legal.	Informar a la Gerencia de la Subred ante desviaciones encontradas	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 6. Incumplimiento a la resoluci.n 1115 de 1111, articulos 12 que establece la obligatoriedad del archivo Hnico de historias clnicas guardando los principios generales establecidos en el acuerdo 07 de 1114, referente al reglamento general de archivos del AGN y el articulo 18 define la custodia de la historia clinica a cargo del prestador de servicios de salud, debido a que la entrega de historias clnicas de traslados secundarios por cada traslado no se realiza al momento de dar por finalizado el traslado como describe el procedimiento, sino que estos son entregados semanalmente y conservados entre tanto en las m.viles por algunos das hasta la entrega al asistente administrativo, generando riesgos de perdida de informaci.n	Cronograma de socializaci.n de entrega de historias clnicas manuales para la posterior digitalizaci.n de historias clnicas por traslado y cronograma de entrega de historias clnicas digitalizadas para entrega a gesti.n documental	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 6. Incumplimiento a la resoluci.n 1115 de 1111, artculos 12 que establece la obligatoriedad del archivo Hnico de historias clnicas guardando los principios generales establecidos en el acuerdo 07 de 1114, referente al reglamento general de archivos del AGN y el articulo 18 define la custodia de la historia clinica a cargo del prestador de servicios de salud, debido a que la entrega de historias clnicas de traslados secundarios por cada traslado no se realiza al momento de dar por finaliado el traslado como describe el procedimiento, sino que estos son entregados semanalmente y conservados entre tanto en las m.viles por algunos das hasta la entrega al asistente administrativo, generando riesgos de perdida de informaci.n	Divulgaci.n a personal de traslados secundarios de la adecuada entrega de historias clnicas por medio de bit6cora de traslados por parte de equipo de traslados secundarios y entrega posterior a gesti.n documenta l	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 6. Incumplimiento a la resoluci.n 1115 de 1111, artculos 12 que establece la obligatoriedad del archivo Hnico de historias clnicas guardando los principios generales establecidos en el acuerdo 07 de 1114, referente al reglamento general de archivos del AGN y el articulo 18 define la custodia de la historia clinica a cargo del prestador de servicios de salud, debido a que la entrega de historias clnicas de traslados secundarios por cada traslado no se realiza al momento de dar por finaliado el traslado como describe el procedimiento, sino que estos son entregados semanalmente y conservados entre tanto en las m.viles por algunos das hasta la entrega al asistente administrativo, generando riesgos de perdida de informaci.n	Verificaci.n de entrega de historias clnicas de manera mensual al 6rea de gesti.n documental	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	502
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 6. Incumplimiento a la resoluci.n 1115 de 1111, artculos 12 que establece la obligatoriedad del archivo Hnico de historias clnicas guardando los principios generales establecidos en el acuerdo 07 de 1114, referente al reglamento general de archivos del AGN y el articulo 18 define la custodia de la historia clinica a cargo del prestador de servicios de salud, debido a que la entrega de historias clnicas de traslados secundarios por cada traslado no se realiza al momento de dar por finaliado el traslado como describe el procedimiento, sino que estos son entregados semanalmente y conservados entre tanto en las m.viles por algunos das hasta la entrega al asistente administrativo, generando riesgos de perdida de informaci.n	Realizar retroalimentaciones a las desviaciones encontradas	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 4. Incumplimiento a la Ley 87 de 1118 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artículo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal aC Proteger los recursos de la organi:aci.n, buscando su adecuada administraci.n ante posibles riesgos que lo afectenAA debido a falta de controles en el proceso de los traslados secundarios, debido a su ve: por falta de medici.n, evaluaci.n de la oportunidad y seguimiento a la operatividad en traslados secundarios, por no utili:aci.n de los recursos disponible s como equipos de radiocomunicaci.n, no utili:aci.n de historia clnica electr.nica en tiempo real, generando en consecuencia riesgos en la prestaci.n de los servicios, posibles fallas en la oportunidad y la calidad de la atenci.n del paciente as como la afectaci.n de la eficiencia hospitalaria.	Realizar solicitud al 6rea direccion administrativa y sistemas sobre la implementaci.n de herramientas ofimóticas en las movilesA para generar diligenciamiento de historia clnica en Dinamica gerencial de traslados secundarios	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 4. Incumplimiento a la Ley 87 de 1118 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artículo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal aC Proteger los recursos de la organi:aci.n, buscando su adecuada administraci.n ante posibles riesgos que lo afectenAA debido a falta de controles en el proceso de los traslados secundarios, debido a su ve: por falta de medici.n, evaluaci.n de la oportunidad y seguimiento a la operatividad en traslados secundarios, por no utili:aci.n de los recursos disponible s como equipos de radiocomunicaci.n, no utili:aci.n de historia clnica electr.nica en tiempo real, generando en consecuencia riesgos en la prestaci.n de los servicios, posibles fallas en la oportunidad y la calidad de la atenci.n del paciente as como la afectaci.n de la eficiencia hospitalaria.	Capacitati.n a personal de traslados secundarios sobre la implementaci.n de la historia clnica digital.	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 4. Incumplimiento a la Ley 87 de 1118 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artículo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal aC Proteger los recursos de la organi:aci.n, buscando su adecuada administraci.n ante posibles riesgos que lo afectenAA debido a falta de controles en el proceso de los traslados secundarios, debido a su ve: por falta de medici.n, evaluaci.n de la oportunidad y seguimiento a la operatividad en traslados secundarios, por no utili:aci.n de los recursos disponible s como equipos de radiocomunicaci.n, no utili:aci.n de historia clnica electr.nica en tiempo real, generando en consecuencia riesgos en la prestaci.n de los servicios, posibles fallas en la oportunidad y la calidad de la atenci.n del paciente as como la afectaci.n de la eficiencia hospitalaria.	Implentaci.n de historia clnica digital de traslados secundarios reali:ando verificaci.n de la misma	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 8. Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCME01E0, numerales 2, 2.1, toda ve: que la base documental de traslados secundarios requiere actuali:aci.n, no se evidencia reali:aci.n de an6lisis de las actividades, tiempos, responsables y controles documentados, durante la prestaci.n de servicios de traslados secundarios, que a su ve: se relaciona con falta de control efectivo en inicio de turno, entrega de turno, tiempos de disponibilidad despuGs de entrega y comunicaci.n, ocasionando incertidumbre sobre la eficiencia en la utili:aci.n de los recursos para la prestaci.n de los servicios con posible afectaci.n por demoras en la prestaci.n de servicios de salud.	Generar una circular y programar capacitacion al personal del instructivo de traslados secundarios y sus actividades a seguir durante ejecucion de sus actividades	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 8. Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCME01E0, numerales 2, 2.1, toda ve: que la base documental de traslados secundarios requiere actuali:aci.n, no se evidencia reali:aci.n de an6lisis de las actividades, tiempos, responsables y controles documentados, durante la prestaci.n de servicios de traslados secundarios, que a su ve: se relaciona con falta de control efectivo en inicio de turno, entrega de turno, tiempos de disponibilidad despuGs de entrega y comunicaci.n, ocasionando incertidumbre sobre la eficiencia en la utili:aci.n de los recursos para la prestaci.n de los servicios con posible afectaci.n por demoras en la prestaci.n de servicios de salud.	Realii:ar sociali:aci.n de circular e instructivo de trasladados secundarios con pretest y postest a todo el personal de traslados secundarios	Gesti.n de rgencias	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 5. Incumplimiento a Resoluci.n 0601 de 2028 que establece las Polticas Institucionales de la Subred Norte, Poltica de Seguimiento y evaluaci.n desempe-o institucional debido a las inconsistencias encontradas en los informes de gesti.n de Traslados secundarios, a s como en el Indicador definido y su ficha tGcnica, las cifras informadas de traslados fallidos, ocasionando dificultad en la toma de decisiones e ineffectividad del proceso.	Programar mesa de trabajo con el area de calidad para la implementacion de indicadores de gesti.n del proceso de referencia	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 5. Incumplimiento a Resoluci.n 0601 de 2028 que establece las Polticas Institucionales de la Subred Norte, Poltica de Seguimiento y evaluaci.n desempe-o institucional debido a las inconsistencias encontradas en los informes de gesti.n de Traslados secundarios, a s como en el Indicador definido y su ficha tGcnica, las cifras informadas de traslados fallidos, ocasionando dificultad en la toma de decisiones e ineffectividad del proceso.	Realii:acion de mesa e implementacion en almera de indicadores de gestion del proceso de traslados secundarios	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 1. Incumplimiento Resoluci.n 8100 de 2011, Capitulo III, Artculo 12, toda ve: que se encontr. en reportes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, registro de una ambulancia B6sica inscrita vigente OLN260 y se evidencio hace al menos un a-o no presta servicio como ambulancia y no se reali.: la novedad respectiva en el REPS, afectando el reporte de capacidad instalada de la Subred Norte obstaculi:ando la destinaci.n como vehculo de transporte de insumos, generando riesgos de sanciones administrativas por parte de la Secretaria Distrital de Salud, y otros entes de vigilancia y control con posibles consecuencias jurdicas y pGrdidas econ.micas.	Enviar solicitud de seguimiento desde la direccion de urgencia de novedades reali:ada para el cierre en el reps de la novedad de cierre de ambulancia por parte del referente de traslados secundarios	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 1. Incumplimiento Resoluci.n 8100 de 2011, Capitulo III, Artculo 12, toda ve: que se encontr. en reportes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, registro de una ambulancia B6sica inscrita vigente OLN260 y se evidencio hace al menos un a-o no presta servicio como ambulancia y no se reali.: la novedad respectiva en el REPS, afectando el reporte de capacidad instalada de la Subred Norte obstaculi:ando la destinaci.n como vehculo de transporte de insumos, generando riesgos de sanciones administrativas por parte de la Secretaria Distrital de Salud, y otros entes de vigilancia y control con posibles consecuencias jurdicas y pGrdidas econ.micas.	Novedad cierre de ambulancia por parte de area de habilitacion con evidencia del soporte de la novedad cargada en el reps	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 1. Incumplimiento Resoluci.n 8100 de 2011, Capitulo III, Artculo 12, toda ve: que se encontr. en reportes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, registro de una ambulancia B6sica inscrita vigente OLN260 y se evidencio hace al menos un a-o no presta servicio como ambulancia y no se reali.: la novedad respectiva en el REPS, afectando el reporte de capacidad instalada de la Subred Norte obstaculi:ando la destinaci.n como vehculo de transporte de insumos, generando riesgos de sanciones administrativas por parte de la Secretaria Distrital de Salud, y otros entes de vigilancia y control con posibles consecuencias jurdicas y pGrdidas econ.micas.	Verificaci.n por parte de la direccion de urgencias y habilitacion de modificacion de novedad	Gesti.n de rgencias	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 4. Incumplimiento a la Ley 87 de 1118 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artículo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal aC Proteger los recursos de la organi:aci.n, buscando su adecuada administraci.n ante posibles riesgos que lo afectenAA debido a falta de controles en el proceso de los traslados secundarios, debido a su ve: por falta de medici.n, evaluaci.n de la oportunidad y seguimiento a la operatividad en traslados secundarios, por no utili:aci.n de los recursos disponible s como equipos de radiocomunicaci.n, no utili:aci.n de historia clínica electr.nica en tiempo real, generando en consecuencia riesgos en la prestaci.n de los servicios, posibles fallas en la oportunidad y la calidad de la atenci.n del paciente as como la afectaci.n de la eficiencia hospitalaria.	Auditara de historias clínicas de manera trimestra l.	Gesti.n de rgencias	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 4. Incumplimiento a la Ley 87 de 1118 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, Artículo 2. Objetivos del sistema de Control Interno, literal aC Proteger los recursos de la organi:aci.n, buscando su adecuada administraci.n ante posibles riesgos que lo afectenAA debido a falta de controles en el proceso de los traslados secundarios, debido a su ve: por falta de medici.n, evaluaci.n de la oportunidad y seguimiento a la operatividad en traslados secundarios, por no utili:aci.n de los recursos disponible s como equipos de radiocomunicaci.n, no utili:aci.n de historia clínica electr.nica en tiempo real, generando en consecuencia riesgos en la prestaci.n de los servicios, posibles fallas en la oportunidad y la calidad de la atenci.n del paciente as como la afectaci.n de la eficiencia hospitalaria.	Realizar retroalimentaciones a las desviaciones encontradas	Gesti.n de rgencias	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 8. Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCME01E0, numerales 2, 2.1, toda ve: que la base documental de traslados secundarios requiere actuali:aci.n, no se evidencia reali:aci.n de análisis de las actividades, tiempos, responsables y controles documentados, durante la prestaci.n de servicios de traslados secundarios, que a su ve: se relaciona con falta de control efectivo en inicio de turno, entrega de turno, tiempos de disponibilidad despuGs de entrega y comunicaci.n, ocasionando incertidumbre sobre la eficiencia en la utili:aci.n de los recursos para la prestaci.n de los servicios con posible afectaci.n por demoras en la prestaci.n de servicios de salud.	Realizar retroalimentaciones a las desviaciones encontradas	Gesti.n de rgencias	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 8. Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos C.digo: ESEGCME01E0, numerales 2, 2.1, toda ve: que la base documental de traslados secundarios requiere actuali:aci.n, no se evidencia reali:aci.n de an6lisis de las actividades, tiempos, responsables y controles documentados, durante la prestaci.n de servicios de traslados secundarios, que a su ve: se relaciona con falta de control efectivo en inicio de turno, entrega de turno, tiempos de disponibilidad despuGs de entrega y comunicaci.n, ocasionando incertidumbre sobre la eficiencia en la utili:aci.n de los recursos para la prestaci.n de los servicios con posible afectaci.n por demoras en la prestaci.n de servicios de salud.	Realiz:ar rondas quincenales y verificaci.n de implementacion de circular e instructivo .	Gesti.n de rgencias	EN EYEC CIN	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 5. Incumplimiento a Resoluci.n 0601 de 2028 que establece las Polticas Institucionales de la Subred Norte, Poltica de Seguimiento y evaluaci.n desempe-o institucional debido a las inconsistencias encontradas en los informes de gesti.n de Traslados secundarios, a s como en el Indicador definido y su ficha tGcnica, las cifras informadas de traslados fallidos, ocasionando dificultad en la toma de decisiones e ineffectividad del proceso.	Monitoreo de indicadores de manera trimestral	Gesti.n de rgencias	EN EYEC CIN	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 41 O 2025 TRANSPORTE ASISTENCIAL	Halla:go Ni 5. Incumplimiento a Resoluci.n 0601 de 2028 que establece las Polticas Institucionales de la Subred Norte, Poltica de Seguimiento y evaluaci.n desempe-o institucional debido a las inconsistencias encontradas en los informes de gesti.n de Traslados secundarios, a s como en el Indicador definido y su ficha tGcnica, las cifras informadas de traslados fallidos, ocasionando dificultad en la toma de decisiones e ineffectividad del proceso.	Retroalimentacion y acciones segHn las desviaciones	Gesti.n de rgencias	EN EYEC CIN	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 52 O 2025 8ER. SEG IMIENTO A LA INFORMACIN DEL REPORTE EN EL APLICATIVO SIVICOF	Es importante tener en cuenta que, en caso de no ser posible reali:ar el cargue de los documentos electr.nicos o formatos dentro de los tiempos establecidos, se deber6 considerar lo estipulado en el artculo 12 de la Resoluci.n Reglamentaria de la Contralara de Bogot6 No. 002 del 11 de febrero de 2022, relacionado con las pr.rrogas La solicitud de pr.rroga deber6 ser presentada por escrito, firmada por el representante legal o quien haga sus veces, por correo electr.nico dirigido a la cuenta de correo electr.nico correspondenciaexternagcontraloriabogota.gov.co o radicando presencialmente en la Contralora de Bogot6, D.C.A motivando la ra.:n de la petici.n y mnimo con tres (8C das h6biles de antelaci.n al vencimiento del tGrmino que se tiene para rendir la cuenta. En el evento de fuer:a mayor o caso fortuito, debidamente sustentado se podr6 solicitar la pr.rroga hasta el mismo da del vencim iento.	Dise-ar procedimiento para el reporte de los informes de ley de los entes de control, que deben ser cargados en las plataformas definidas para tal fin y que requieren firma digital.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 52 O 2025 8ER. SEG IMIENTO A LA INFORMACIN DEL REPORTE EN EL APLICATIVO SIVICOF	Realiz:ar el envo de los informes de ley a los entes de control de manera oportuna y en las condiciones adecuadas asegurando la autenticidad de los mismos.	Actualiz:ar la Circular Interna con los lineamientos definidos para los informes de ley.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002

[illegible]





**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 56 A DITORIA GESTIN FINANCIERA E COSTOS	<p>Halla:go 1</p> <p>Incumplimiento de la ley 87 de 2028 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, articulo 2, literal aC Proteger los recursos de la organi:aci.n, buscando su adecuada administraci.n ante posibles riesgos que lo afecten. Y el objetivo del Proceso Financiero Administrar y gestionar de manera eficiente los recursos econ.micos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacci.n los usuarios de la Subred Norte. Lo anterior debido a que el Informe de Costos (segHn Resoluci.n DDCE000001 de 2028C y/o dem6s reportes financieros emitidos por el subproceso se generan de forma manual (hojas de c6lculoC. Adicional no existe un plan de trabajo que permita evidenciar acciones efectivas que conlleven a la puesta en funcionamiento del m.dulo de costos, siendo herramienta esencial para la toma de decisiones a nivel gerencial e incidiendo de igual manera en la opidad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situaci.n se presenta por deficiencias en la gesti.n y seguimiento del proceso por parte de los responsables, as como</p>	<p>Verificar la viabilidad de si es posible o no hacer las correcciones a que haya a lugar en el m.dulo de costos y en los procedimientos asociados, asegurando la tra:abilidad, sostenibilidad tecnol.gica y cumplimiento normativo (Ley 87 de 2028 y Resoluci.n DDCE000001 de 2028C.</p>	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 57 GOBIERNO CLINICO	<p>Halla:go No. 2</p> <p>Incumplimiento al Manual de gobierno clinico C.digo ESE GCEME08, numerales 7.4 y 7.5 por falta de diligenciamiento y seguimiento integral de la matri: AMFE en los an6lisis de riesgos clinicos, definidos en el gobierno clinico, relacionado con que dicha matri: solo cuenta con informaci.n para las unidades en proceso de acreditaci.n, lo que limita la identificaci.n pertinente de oportunidad de mejoraA dar seguimiento a riesgos clinicos, garanti:ando as la calidad y seguridad en la atenci.n, generando como consecuencia limitaci.n en la presentaci.n de avances, en la verificaci.n de planes de acci.n, disminuci.n en la capacidad institucional para anticipar y mitigar riesgos clinicos, lo que puede retrasar la implementaci.n de mejoras, aumentar la probabilidad de eventos adversos, afectar la calidad y seguridad de la atenci.n al usuario.</p>	<p>Programar la revisi.n del Manual Gobierno clinico Institucional ESE GCEME08 y de la lista de Chequeo MIE G E FE 46 E01 para medir la adherencia al manual de Gobierno Clinico</p>	Gesti.n de Calidad	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 57 GOBIERNO CLINICO	Halla:go No. 2 Incumplimiento al Manual de gobierno clínico C.digo ESE GCEME08, numerales 7.4 y 7.5 por falta de diligenciamiento y seguimiento integral de la matriz: AMFE en los análisis de riesgos clínicos, definidos en el gobierno clínico, relacionado con que dicha matriz: solo cuenta con información para las unidades en proceso de acreditación, lo que limita la identificación pertinente de oportunidades de mejoraA dar seguimiento a riesgos clínicos, garantizando a la calidad y seguridad en la atención, generando como consecuencia limitación en la presentación de avances, en la verificación de planes de acción, disminución en la capacidad institucional para anticipar y mitigar riesgos clínicos, lo que puede retrasar la implementación de mejoras, aumentar la probabilidad de eventos adversos, afectar la calidad y seguridad de la atención al usuario.	Actualizar el Manual de Gobierno clínico Institucional ESE GCEME08 (si aplica) y la lista de Chequeo MIE G E FE 46 E01 para medir la adherencia al manual de Gobierno Clínico	Gestión de Calidad	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 57 GOBIERNO CLINICO	Halla:go No. 2 Incumplimiento al Manual de gobierno clínico C.digo ESE GCEME08, numerales 7.4 y 7.5 por falta de diligenciamiento y seguimiento integral de la matriz: AMFE en los análisis de riesgos clínicos, definidos en el gobierno clínico, relacionado con que dicha matriz: solo cuenta con información para las unidades en proceso de acreditación, lo que limita la identificación pertinente de oportunidades de mejoraA dar seguimiento a riesgos clínicos, garantizando a la calidad y seguridad en la atención, generando como consecuencia limitación en la presentación de avances, en la verificación de planes de acción, disminución en la capacidad institucional para anticipar y mitigar riesgos clínicos, lo que puede retrasar la implementación de mejoras, aumentar la probabilidad de eventos adversos, afectar la calidad y seguridad de la atención al usuario.	Ajustar la parametrización del origen en almera de las unidades de la SISS Norte para la matriz: de riesgos clínicos AMFE .	Gestión de Calidad	ATRASADA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 57 GOBIERNO CLINICO	Halla:go No. 1 Incumplimiento de los artículos séptimo y octavo de la Resolución 0118 de 2028 debido a fallas metodológicas y de proceso en las mesas de análisis integrales de los servicios. La frecuencia bimestral obligatoria no se cumplió, situación que se atribuye a la falta de seguimiento y programación oportuna por parte de la presidencia y secretariado de la mesa. La inobservancia de estos lineamientos podrá impactar negativamente la mejora continua de la atención y la adopción de medidas correctivas y oportunas.	Programar mesa de trabajo con la subgerencia de servicios de salud para programar la actualización de la Resolución de Gobierno clínico	Gestión de Calidad	En ejecución	702

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 57 GOBIERNO CLINICO	Halla:go No. 1 Incumplimiento de los artculos sGptimo y octavo de la Resoluci.n 0118 de 2028 debido a fallas metodol.gicas y de proceso en las mesas de análisis integrales de los servicios. La frecuencia bimestral obligatoria no se cumpli., situaci.n que se atribuye a la falta de seguimiento y programaci.n oportuna por parte de la presidencia y secretariado de la mesa. La inobservancia de estos lineamientos podra impactar negativamente la mejora continua de la atenci.n y la adopci.n de medidas correctivas y oportunas.	Actuali:ar la Resoluci.n de Gobierno clinico.	Gesti.n de Calidad	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 57 GOBIERNO CLINICO	Halla:go No. 1 Incumplimiento de los artculos sGptimo y octavo de la Resoluci.n 0118 de 2028 debido a fallas metodol.gicas y de proceso en las mesas de análisis integrales de los servicios. La frecuencia bimestral obligatoria no se cumpli., situaci.n que se atribuye a la falta de seguimiento y programaci.n oportuna por parte de la presidencia y secretariado de la mesa. La inobservancia de estos lineamientos podra impactar negativamente la mejora continua de la atenci.n y la adopci.n de medidas correctivas y oportunas.	Convocar a todos los integrantes de gobierno clinico para sociali:ar la Resoluci.n.	Gesti.n de Calidad	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 68E2025 A DITORIA PROYECTOS DE INVERSI N E INFRAESTR CT RA	Halla:go No. 01 (Hoja No. 8C Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resoluci.n 1511 de 2020, debido a la no publicaci.n de los informes de Seguimiento Trimestral Proyectos de Inversi.n para el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025. Esta situaci.n se origina por la falta de un control adecuado que garantice la continuidad en dichas publicaciones, lo que afecta directamente la transparencia de la entidad y la confian:a de los usuarios y personas interesadas.	Diligenciar el formato de Seguimiento trimestral a proyectos de Inversi.n ESEGEFE21, y remitir para su cargue en la página Seb de la Subred.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 68E2025 A DITORIA PROYECTOS DE INVERSI N E INFRAESTR CT RA	Halla:go No. 01 (Hoja No. 8C Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resoluci.n 1511 de 2020, debido a la no publicaci.n de los informes de Seguimiento Trimestral Proyectos de Inversi.n para el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025. Esta situaci.n se origina por la falta de un control adecuado que garantice la continuidad en dichas publicaciones, lo que afecta directamente la transparencia de la entidad y la confian:a de los usuarios y personas interesadas.	Revisar en los primeros die: das hábiles del mes siguiente a la terminaci.n del trimestre que el informe se haya publicado.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 68E2025 A DITORIA PROYECTOS DE INVERSI N E INFRAESTR CT RA	Halla:go No. 01 (Hoja No. 8C Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resoluci.n 1511 de 2020, debido a la no publicaci.n de los informes de Seguimiento Trimestral Proyectos de Inversi.n para el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025. Esta situaci.n se origina por la falta de un control adecuado que garantice la continuidad en dichas publicaciones, lo que afecta directamente la transparencia de la entidad y la confian:a de los usuarios y personas interesadas.	Programar el seguimiento al formato establecido para la publicaci.n de informes trimestrales en la p6g. de la Subred.	Gesti.n EstratGgica	C MPLIDA	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 68E2025 A DITORIA PROYECTOS DE INVERSIÓN E INFRAESTRUCTURA	Hallazgo No. 01 (Hoja No. 8C Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resolución 1511 de 2020, debido a la no publicación de los informes de Seguimiento Trimestral Proyectos de Inversión para el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025. Esta situación se origina por la falta de un control adecuado que garantice la continuidad en dichas publicaciones, lo que afecta directamente la transparencia de la entidad y la confianza de los usuarios y personas interesadas.	Continuar con la publicación del informe en la página Web, hasta la finalización de los proyectos.	Gestión Estratégica	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 62E2025 SEGIMIENTO PMRSE APERTURA DE B JONES	El 102 de los buzones, no se encuentra identificados como Buzón de opiniones y sugerenciasX, lo que no permite su apropiación colectiva. En entrevista con los usuarios, algunos lo perciben como un instrumento de la vigilancia o de la empresa de energía y desconocen su funcionalidad. (Santa Cecilia, Rincón, Regencias Simón Bolívar, entre otros). Solo los buzones del Hospital Fray Bartolomé de las Casas los identifican, por lo que se recomienda, rotularlos con la frase Buzones de opiniones y sugerenciasX como lo establece el Instructivo mencionado.	Diseño de propuesta de nueva pieza comunicativa	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 62E2025 SEGIMIENTO PMRSE APERTURA DE B JONES	El 102 de los buzones, no se encuentra identificados como Buzón de opiniones y sugerenciasX, lo que no permite su apropiación colectiva. En entrevista con los usuarios, algunos lo perciben como un instrumento de la vigilancia o de la empresa de energía y desconocen su funcionalidad. (Santa Cecilia, Rincón, Regencias Simón Bolívar, entre otros). Solo los buzones del Hospital Fray Bartolomé de las Casas los identifican, por lo que se recomienda, rotularlos con la frase Buzones de opiniones y sugerenciasX como lo establece el Instructivo mencionado.	Revisión y elaboración de pieza comunicativa oficial para los buzones de sugerencias	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 62E2025 SEGIMIENTO PMRSE APERTURA DE B JONES	El 102 de los buzones, no se encuentra identificados como Buzón de opiniones y sugerenciasX, lo que no permite su apropiación colectiva. En entrevista con los usuarios, algunos lo perciben como un instrumento de la vigilancia o de la empresa de energía y desconocen su funcionalidad. (Santa Cecilia, Rincón, Regencias Simón Bolívar, entre otros). Solo los buzones del Hospital Fray Bartolomé de las Casas los identifican, por lo que se recomienda, rotularlos con la frase Buzones de opiniones y sugerenciasX como lo establece el Instructivo mencionado.	Impresión de las piezas comunicativas	Participación comunitaria y servicio al ciudadano	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 62E2025 SEG IMIENTO PMRSE APERT RA DE B JONES	El 102 de los bu:ones, no se encuentra identificados como Pbu:.n de opiniones y sugerenciasX, lo que no permite su apropiaci.n colectiva. En entrevista con los usuarios, algunos lo perciben como un instrumento de la vigilancia o de la empresa de energia y desconocen su funcionalidad. (Santa Cecilia, Rinc.n, rgencias Sim.n Bolvar, entre otrosC. Solo los bu:ones del Hospital Fray BartolomG de las Casas as lo identifican, por lo que se recomienda, rotularlos con la frase Pbu:ones de opiniones y sugerenciasX como lo establece el Instructivo mencionado.	Instalaci.n de las nuevas pie:as comunicativas en los bu:ones de la Subred	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	EN EYEC CIN	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 62E2025 SEG IMIENTO PMRSE APERT RA DE B JONES	El 102 de los bu:ones, no se encuentra identificados como Pbu:.n de opiniones y sugerenciasX, lo que no permite su apropiaci.n colectiva. En entrevista con los usuarios, algunos lo perciben como un instrumento de la vigilancia o de la empresa de energia y desconocen su funcionalidad. (Santa Cecilia, Rinc.n, rgencias Sim.n Bolvar, entre otrosC. Solo los bu:ones del Hospital Fray BartolomG de las Casas as lo identifican, por lo que se recomienda, rotularlos con la frase Pbu:ones de opiniones y sugerenciasX como lo establece el Instructivo mencionado.	Recorrido de seguimiento validando la identificaci.n de los bu:ones	Participaci.n comunitaria y servicio al ciudadano	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	8. implementar actividades de control en el componente de riesgos de Operaci.n y Liquide: del Sistema Integrado de Gest.i.n de Riesgos (Circular Superintendencia Nacional de Salud 20211700000004E5 de 2021C (tesoreria y cartera financieraC (FINANCIERAC	Medir el riesgo de liquidez y la capacidad de la entidad para el cumplimiento de las obligaciones financieras a corto y largo plazo, a travGs del análisis de los indicadores presentados en la agenda financiera.	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	8. implementar actividades de control en el componente de riesgos de Operaci.n y Liquide: del Sistema Integrado de Gest.i.n de Riesgos (Circular Superintendencia Nacional de Salud 20211700000004E5 de 2021C (tesoreria y cartera financieraC (FINANCIERAC	Elaboraci.n de flujo de caja, relaci.n del ingreso menos el gasto	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	8. implementar actividades de control en el componente de riesgos de Operaci.n y Liquide: del Sistema Integrado de Gest.i.n de Riesgos (Circular Superintendencia Nacional de Salud 20211700000004E5 de 2021C (tesoreria y cartera financieraC (FINANCIERAC	Alistamiento de Programaci.n de pagos de acuerdo a disponibilidad de flujo de caja en documento Excel recibido por el ordenador del gasto	Gesti.n Financiera	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	8. implementar actividades de control en el componente de riesgos de Operaci.n y Liquide: del Sistema Integrado de Gest.i.n de Riesgos (Circular Superintendencia Nacional de Salud 20211700000004E5 de 2021C (tesoreria y cartera financieraC (FINANCIERAC	Proceso de Facturaci.n acorde a la normatividad vigente	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	8. implementar actividades de control en el componente de riesgos de Operaci.n y Liquide: del Sistema Integrado de Gest.i.n de Riesgos (Circular Superintendencia Nacional de Salud 20211700000004E5 de 2021C (tesoreria y cartera financieraC (FINANCIERAC	Informe recaudo de cuentas por cobrar	Gesti.n Financiera	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	2. Formular y socializar un procedimiento de liberación de saldos de Contratos de Prestación de Servicios ECPS, en el marco de la normatividad vigente. (CONTRATACIN 5. Fortalecer la revisión en el cargue de la documentación en el SECOP II y las capacitaciones a supervisores por parte del proceso de Gestión Contractual. (CONTRATACIN	Revisar los documentos en los cuales se den indicaciones para realizar la liberación de saldos de contratos de prestación de servicios	Gestión Contractual	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	2. Formular y socializar un procedimiento de liberación de saldos de Contratos de Prestación de Servicios ECPS, en el marco de la normatividad vigente. (CONTRATACIN 5. Fortalecer la revisión en el cargue de la documentación en el SECOP II y las capacitaciones a supervisores por parte del proceso de Gestión Contractual. (CONTRATACIN	Programar las capacitaciones a los supervisores de contrato incluyendo agenda y metodología.	Gestión Contractual	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	2. Formular y socializar un procedimiento de liberación de saldos de Contratos de Prestación de Servicios ECPS, en el marco de la normatividad vigente. (CONTRATACIN 5. Fortalecer la revisión en el cargue de la documentación en el SECOP II y las capacitaciones a supervisores por parte del proceso de Gestión Contractual. (CONTRATACIN	Realizar las capacitaciones a los supervisores de contrato y aplicar test de conocimientos	Gestión Contractual	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	2. Formular y socializar un procedimiento de liberación de saldos de Contratos de Prestación de Servicios ECPS, en el marco de la normatividad vigente. (CONTRATACIN 5. Fortalecer la revisión en el cargue de la documentación en el SECOP II y las capacitaciones a supervisores por parte del proceso de Gestión Contractual. (CONTRATACIN	Realizar análisis de los resultados del test de conocimientos y elaborar el informe correspondiente.	Gestión Contractual	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	1. Elaborar y socializar un instructivo relacionado con el procedimiento de reconocimiento contable y pago de contratistas, donde se incluya temas doble pago y mayor valor pagado. (FinancieraC 4. Establecer puntos de control entre los subprocesos que intervienen de la Gestión Financiera para mitigar posibles errores. (FinancieraC	ACT ALIJAR MAN AL DE PROCEDIMIENTOS DE C ENTAS POR PAGAR INCL YENDO P NTO DE CONTROL CON LLAVE COMP ESTA (CCmCTOmMESC A LA BASE DE LIM IDACIN DE PLANILLAS DE PAGO A CONTRATISTAS	Gestión Financiera	EN EYEC CIN	852
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATACIN OPS	1. Elaborar y socializar un instructivo relacionado con el procedimiento de reconocimiento contable y pago de contratistas, donde se incluya temas doble pago y mayor valor pagado. (FinancieraC 4. Establecer puntos de control entre los subprocesos que intervienen de la Gestión Financiera para mitigar posibles errores. (FinancieraC	ACT ALIJAR MAN AL DE PROCEDIMIENTOS DE C ENTAS POR PAGAR INCL YENDO LO DESCRITO POR EL RE CONTABLE CON RESPECTO A LA SOLICIT D DE REGISTRO CONTABLE POR DOBLE PAGO A CONTRATISTAS	Gestión Financiera	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATA CIN OPS	1. Elaborar y socializar un instructivo relacionado con el procedimiento de reconocimiento contable y pago de contratistas, donde se incluya temas doble pago y mayor valor pagado. (FinancieraC 4. Establecer puntos de control entre los subprocesos que intervienen de la Gestio Financiera para mitigar posibles de errores. (FinancieraC	REALIZAR VERIFICACION POR N MERO DE CED LA DE LOS TERCEROS ME SE REPORTEN EN LA CA SACION PARA PAGO (DOBLE PAGOC	Gestio Financiera	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 58 O 2025 INFORME SEG NDO SEG IMIENTO CONTRATA CIN OPS	1. Elaborar y socializar un instructivo relacionado con el procedimiento de reconocimiento contable y pago de contratistas, donde se incluya temas doble pago y mayor valor pagado. (FinancieraC 4. Establecer puntos de control entre los subprocesos que intervienen de la Gestio Financiera para mitigar posibles de errores. (FinancieraC	COM NICADO DONDE SE INFORME EL DOBLE PAGO GENERADO PARA REGISTRO CONTABLE	Gestio Financiera	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 1 Incumplimiento de la Ley 716 de 2001 y sus modificatorias, as como de la Resoluci.n 107 de 2017 de la Contadura General de la Naci.n, en relaci.n con el proceso de saneamiento contable por la persistencia de saldos sin depurar, situaci.n que incide directamente en la sobrevaloraci.n de las cuentas por cobrar y demuestra una falta de control efectivo y seguimiento de la funcio financiera. Especificamente, se identificaron saldos por cobrar sin factura por \$2.811.108.174, saldos de entidades liquidadas (como CafesaludC por \$155.288.587.082 y pagarGs prescritos (vigencias 2015E2022C por \$6.415.811.281, contraviniendo el Artculo 781 del C.digo de Comercio. En consecuencia, la falta de depuraci.n de los estados financieros expone a la entidad a riesgos de car6cter financiero, legal y transparencia ante los entes de control.	Realizar un diagn.stico detallado de los saldos por depurar (sin factura, de entidades liquidadas, pagarGs prescritosC.	Gestio Financiera	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 1 Incumplimiento de la Ley 716 de 2001 y sus modificatorias, as como de la Resoluci.n 107 de 2017 de la Contadura General de la Naci.n, en relaci.n con el proceso de saneamiento contable por la persistencia de saldos sin depurar, situaci.n que incide directamente en la sobrevaloraci.n de las cuentas por cobrar y demuestra una falta de control efectivo y seguimiento de la funcio financiera. Especificamente, se identificaron saldos por cobrar sin factura por \$2.811.108.174, saldos de entidades liquidadas (como CafesaludC por \$155.288.587.082 y pagarGs prescritos (vigencias 2015E2022C por \$6.415.811.281, contraviniendo el Artculo 781 del C.digo de Comercio. En consecuencia, la falta de depuraci.n de los estados financieros expone a la entidad a riesgos de car6cter financiero, legal y transparencia ante los entes de control.	Implementar procedimientos y cronogramas de depuraci.n de cuentas por cobrar, asignando responsables y fechas lmite.	Gestio Financiera	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 1 Incumplimiento de la Ley 716 de 2001 y sus modificatorias, as como de la Resoluci.n 107 de 2017 de la Contadura General de la Naci.n, en relaci.n con el proceso de saneamiento contable por la persistencia de saldos sin depurar, situaci.n que incide directamente en la sobrevaloraci.n de las cuentas por cobrar y demuestra una falta de control efectivo y seguimiento de la funci.n financiera. Especficamente, se identificaron saldos por cobrar sin factura por \$2.811.108.174, saldos de entidades liquidadas (como CafesaludC por \$155.288.587.082 y pagarGs prescritos (vigencias 2015E2022C por \$6.415.811.281, contraviniendo el Artculo 781 del C.digo de Comercio. En consecuencia, la falta de depuraci.n de los estados financieros expone a la entidad a riesgos de car6cter financiero, legal y transparencia ante los entes de control.	Establecer indicadores de avance (porcentaje de saldos depuradosC	Gesti.n Financiera	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 1 Incumplimiento de la Ley 716 de 2001 y sus modificatorias, as como de la Resoluci.n 107 de 2017 de la Contadura General de la Naci.n, en relaci.n con el proceso de saneamiento contable por la persistencia de saldos sin depurar, situaci.n que incide directamente en la sobrevaloraci.n de las cuentas por cobrar y demuestra una falta de control efectivo y seguimiento de la funci.n financiera. Especficamente, se identificaron saldos por cobrar sin factura por \$2.811.108.174, saldos de entidades liquidadas (como CafesaludC por \$155.288.587.082 y pagarGs prescritos (vigencias 2015E2022C por \$6.415.811.281, contraviniendo el Artculo 781 del C.digo de Comercio. En consecuencia, la falta de depuraci.n de los estados financieros expone a la entidad a riesgos de car6cter financiero, legal y transparencia ante los entes de control.	Aplicar los procedimientos de tra:abilidad y depuraci.n para prevenir la acumulaci.n futura de saldos pendi entes.	Gesti.n Financiera	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 1 Incumplimiento de la Ley 716 de 2001 y sus modificatorias, as como de la Resoluci.n 107 de 2017 de la Contadura General de la Naci.n, en relaci.n con el proceso de saneamiento contable por la persistencia de saldos sin depurar, situaci.n que incide directamente en la sobrevaloraci.n de las cuentas por cobrar y demuestra una falta de control efectivo y seguimiento de la funci.n financiera. Especficamente, se identificaron saldos por cobrar sin factura por \$2.811.108.174, saldos de entidades liquidadas (como CafesaludC por \$155.288.587.082 y pagarGs prescritos (vigencias 2015E2022C por \$6.415.811.281, contraviniendo el Artculo 781 del C.digo de Comercio. En consecuencia, la falta de depuraci.n de los estados financieros expone a la entidad a riesgos de car6cter financiero, legal y transparencia ante los entes de control.	Generar seguimiento mensual de los saldos en ComitG de Sostabilidad.	Gesti.n Financiera	SIN INICIAR	02



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 8 Incumplimiento de la Ley 514 de 2000 y la Ley 87 de 1118, al evidenciarse debilidades en los procedimientos de custodia fsica de los ttulos valores (pagarGsC. Estas debilidades demuestran una deficiencia en la gesti.n de archivos, lo que compromete la integridad de la informaci.n y la valide: de los pagarGs como soporte documental y ttulo valor, exponiendo a la entidad a un riesgo significativo de sanciones y a la pGrdida de derechos de cobro.	Realizar un inventario de todos los ttulos valores existentes y evaluar su estado de custodia.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 8 Incumplimiento de la Ley 514 de 2000 y la Ley 87 de 1118, al evidenciarse debilidades en los procedimientos de custodia fsica de los ttulos valores (pagarGsC. Estas debilidades demuestran una deficiencia en la gesti.n de archivos, lo que compromete la integridad de la informaci.n y la valide: de los pagarGs como soporte documental y ttulo valor, exponiendo a la entidad a un riesgo significativo de sanciones y a la pGrdida de derechos de cobro.	Implementar procedimientos estandarizados para almacenamiento, registro, acceso y tr:abilidad de los pagarGs.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 8 Incumplimiento de la Ley 514 de 2000 y la Ley 87 de 1118, al evidenciarse debilidades en los procedimientos de custodia fsica de los ttulos valores (pagarGsC. Estas debilidades demuestran una deficiencia en la gesti.n de archivos, lo que compromete la integridad de la informaci.n y la valide: de los pagarGs como soporte documental y ttulo valor, exponiendo a la entidad a un riesgo significativo de sanciones y a la pGrdida de derechos de cobro.	Establecer auditoras internas peri.dicas y seguimiento d e indicadores como porcentaje de pagarGs correctamente custodiados.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 8 Incumplimiento de la Ley 514 de 2000 y la Ley 87 de 1118, al evidenciarse debilidades en los procedimientos de custodia fsica de los ttulos valores (pagarGsC. Estas debilidades demuestran una deficiencia en la gesti.n de archivos, lo que compromete la integridad de la informaci.n y la valide: de los pagarGs como soporte documental y ttulo valor, exponiendo a la entidad a un riesgo significativo de sanciones y a la pGrdida de derechos de cobro.	Corregir desviaciones y actualizar procedimientos segHn halla:gos de las auditoras internas.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 8 Incumplimiento de la Ley 514 de 2000 y la Ley 87 de 1118, al evidenciarse debilidades en los procedimientos de custodia fsica de los ttulos valores (pagarGsC. Estas debilidades demuestran una deficiencia en la gesti.n de archivos, lo que compromete la integridad de la informaci.n y la valide: de los pagarGs como soporte documental y ttulo valor, exponiendo a la entidad a un riesgo significativo de sanciones y a la pGrdida de derechos de cobro.	Entrenar al personal financiero y de archivo en gesti.n documental y normatividad aplicable (Ley 514/2000 y Ley 87/1118C.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE**  
**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 2 Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, al observarse inconsistencias y fallas en la facturaci.n y el recaudo, evidenciadas en servicios pendientes de refacturar, un recaudo de cuentas por cobrar inferior al 502, incremento de cartera, y un deterioro de esta superior al 602. Lo anterior debido a deficiencias en el control interno y la supervisi.n del ciclo de facturaci.n y recaudo, lo que impide la correcta y oportuna gesti.n de la cartera. Ante esta situaci.n, la entidad enfrenta una afectaci.n en su liquide: y sostenibilidad financiera, limitando su capacidad para cumplir con su objeto	Analizar el ciclo de facturaci.n y recaudo para identificar fallas y puntos crticos.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 2 Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, al observarse inconsistencias y fallas en la facturaci.n y el recaudo, evidenciadas en servicios pendientes de refacturar, un recaudo de cuentas por cobrar inferior al 502, incremento de cartera, y un deterioro de esta superior al 602. Lo anterior debido a deficiencias en el control interno y la supervisi.n del ciclo de facturaci.n y recaudo, lo que impide la correcta y oportuna gesti.n de la cartera. Ante esta situaci.n, la entidad enfrenta una afectaci.n en su liquide: y sostenibilidad financiera, limitando su capacidad para cumplir con su objeto	Generar alertas de vencimiento y seguimiento de cartera por refacturaci.n.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 2 Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, al observarse inconsistencias y fallas en la facturaci.n y el recaudo, evidenciadas en servicios pendientes de refacturar, un recaudo de cuentas por cobrar inferior al 502, incremento de cartera, y un deterioro de esta superior al 602. Lo anterior debido a deficiencias en el control interno y la supervisi.n del ciclo de facturaci.n y recaudo, lo que impide la correcta y oportuna gesti.n de la cartera. Ante esta situaci.n, la entidad enfrenta una afectaci.n en su liquide: y sostenibilidad financiera, limitando su capacidad para cumplir con su objeto	Monitorear indicadores de desempe-o como porcentaje de recaudo, cartera deteriorada y servicios pendientes de refacturar.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 2 Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, al observarse inconsistencias y fallas en la facturaci.n y el recaudo, evidenciadas en servicios pendientes de refacturar, un recaudo de cuentas por cobrar inferior al 502, incremento de cartera, y un deterioro de esta superior al 602. Lo anterior debido a deficiencias en el control interno y la supervisi.n del ciclo de facturaci.n y recaudo, lo que impide la correcta y oportuna gesti.n de la cartera. Ante esta situaci.n, la entidad enfrenta una afectaci.n en su liquide: y sostenibilidad financiera, limitando su capacidad para cumplir con su objeto	Solicitar conciliaci.n refacturaci.n contabilidad y cart era y sobre la misma generar cobro de lo radicado.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO								
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 66 E 2025 A DITORIA S BPROCESO GESTION DE INGRESO	Halla:go N. 2 Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gest.i.n Financiera, al observarse inconsistencias y fallas en la facturaci.n y el recaudo, evidenciadas en servicios pendientes de refacturar, un recaudo de cuentas por cobrar inferior al 502, incremento de cartera, y un deterioro de esta superior al 602. Lo anterior debido a deficiencias en el control interno y la supervisi.n del cicl o de facturaci.n y recaudo, lo que impide la correcta y oportuna gesti.n de la cartera. Ante esta situaci.n, la entidad enfrenta una afectaci.n en su liquide: y sostenibilidad financiera, limitando su capacidad para cumplir con su objeto	Generar capacitaci.n a usuarios por devoluciones que derivan refacturaci.n.	Gesti.n Financiera	Sin iniciar	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 PLAN DE CHOM E REFACT RACION	El equipo auditor identific. un riesgo de liquide: inminente derivado de la ausencia de estrategias efectivas para facturar y radicar a las EAPB en los tiempos reglamentarios. Esta situaci.n es crtica, ya que la normatividad actual permite a los pagadores recha:ar el cobro de los servicios de salud prestados por la Subred cuando este se presenta fuera del periodo legalmente permitido.	Fortalecer de manera mensual en el comitG de ingresos el seguimiento del ( Cronograma detallado Refacturaci.n seguimientoC por las 6reas de facturaci.n, cartera, mercadeo y farmacia para el cumplimiento de la refacturaci.n.	Gesti.n Financiera	SIN INICIAR	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 PLAN DE CHOM E REFACT RACION	El equipo auditor identific. un riesgo de liquide: inminente derivado de la ausencia de estrategias efectivas para facturar y radicar a las EAPB en los tiempos reglamentarios. Esta situaci.n es crtica, ya que la normatividad actual permite a los pagadores recha:ar el cobro de los servicios de salud prestados por la Subred cuando este se presenta fuera del periodo legalmente permitido.	Entregar desde el area de facturaci.n el pendiente por refacturar y c.digos cups para sus par6metros en el sistema de informaci.n Din6mica Gerencial.	Gesti.n Financiera	SIN INICIAR	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 PLAN DE CHOM E REFACT RACION	El equipo auditor identific. un riesgo de liquide: inminente derivado de la ausencia de estrategias efectivas para facturar y radicar a las EAPB en los tiempos reglamentarios. Esta situaci.n es crtica, ya que la normatividad actual permite a los pagadores recha:ar el cobro de los servicios de salud prestados por la Subred cuando este se presenta fuera del periodo legalmente permitido.	Realiz:ar desde el 6rea de facturaci.n el seguimiento a la refacturaci.n de cuentas con cruces de bases para determinar el 2 de avance por cantidad de facturas, valor y pagador.	Gesti.n Financiera	SIN INICIAR	02	
Interna	Control Interno	INFORME NO. 70E2025 A DITORIA GESTIN DEL TALENTO H MANOESST	Incumplimiento a la Resoluci.n 0812 de 2012 emitida por el Ministerio del Trabajo Est6ndares Mnimos SGESST en el numeral 7.1.8 del Artculo 27 Ejecuci.n de acciones preventivas, correctivas y de mejora de la investigaci.n de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedad laboralX, debido a que en la evaluaci.n de la vigencia 2024, esta actividad obtuvo un puntaje de cero y durante la vigencia 2025, aunque se tiene programada la meta, no se evidencia el producto entregable para esta actividad, falta de seguimiento y coordinaci.n de las dependencias responsables de esta actividad, impactando en el resultado de la evaluaci.n por parte del ente regulador. La reincidencia de incumplimiento a esta meta podra abocar a la entidad a sanciones por parte del Ministerio de Trabajo.	Revisar, definir la metodologa de capacitaci.n y los mecanismos de verificaci.n del entendimiento del tema por parte de los integrantes del equipo	Gesti.n del Talento Humano	C MPLIDA	1002	

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 70E2025 A DITORIA GESTIN DEL TALENTO H MANOESST	Incumplimiento a la Resoluci.n 0812 de 2012 emitida por el Ministerio del Trabajo Est6ndares Mnimos SGESST en el numeral 7.1.8 del Artculo 27 Ejecuci.n de acciones preventivas, correctivas y de mejora de la investigaci.n de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedad laboralX, debido a que en la evaluaci.n de la vigencia 2024, esta actividad obtuvo un puntaje de cero y durante la vigencia 2025, aunque se tiene programada la meta, no se evidencia el producto entregable para esta actividad, falta de seguimiento y coordinaci.n de las dependencias responsables de esta actividad, impactando en el resultado de la evaluaci.n por parte del ente regulador. La reincidencia de incumplimiento a esta meta podra abocar a la entidad a sanciones por parte del Ministerio de Trabajo.	Capacitar Integrantes del equipo sobre la investigaci.n de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral y los tiempos de cumplimiento	Gesti.n del Talento Humano	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 70E2025 A DITORIA GESTIN DEL TALENTO H MANOESST	Incumplimiento a la Resoluci.n 0812 de 2012 emitida por el Ministerio del Trabajo Est6ndares Mnimos SGESST en el numeral 7.1.8 del Artculo 27 Ejecuci.n de acciones preventivas, correctivas y de mejora de la investigaci.n de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedad laboralX, debido a que en la evaluaci.n de la vigencia 2024, esta actividad obtuvo un puntaje de cero y durante la vigencia 2025, aunque se tiene programada la meta, no se evidencia el producto entregable para esta actividad, falta de seguimiento y coordinaci.n de las dependencias responsables de esta actividad, impactando en el resultado de la evaluaci.n por parte del ente regulador. La reincidencia de incumplimiento a esta meta podra abocar a la entidad a sanciones por parte del Ministerio de Trabajo.	Evaluar la apropiaci.n del conocimiento del equipo sobre la investigaci.n de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral y los tiempos de cumplimiento	Gesti.n del Talento Humano	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 70E2025 A DITORIA GESTIN DEL TALENTO H MANOESST	Incumplimiento a la Resoluci.n 0812 de 2012 emitida por el Ministerio del Trabajo Est6ndares Mnimos SGESST en el numeral 7.1.8 del Artculo 27 Ejecuci.n de acciones preventivas, correctivas y de mejora de la investigaci.n de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedad laboralX, debido a que en la evaluaci.n de la vigencia 2024, esta actividad obtuvo un puntaje de cero y durante la vigencia 2025, aunque se tiene programada la meta, no se evidencia el producto entregable para esta actividad, falta de seguimiento y coordinaci.n de las dependencias responsables de esta actividad, impactando en el resultado de la evaluaci.n por parte del ente regulador. La reincidencia de incumplimiento a esta meta podra abocar a la entidad a sanciones por parte del Ministerio de Trabajo.	Definir acciones que permitan fortalecer las acciones de cumplimiento de lo programado en las acciones de investigaci.n de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral	Gesti.n del Talento Humano	Sin iniciar	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	PM18_2025 INFORME S PERSVISIN DEL CONTRATO EPS ASMET SAL D	INFORME BOG071 Y BOG068E 8. No ha aportado los antecedentes de la Persona jurídica y Representante Legal (Contralora, Procuradura, Polic a y RNMCC  INFORME BOG071 Y BOG068E 4. Ausencia del formato de autori:aci.n de tratamiento de datos personales para Proveedores y Prestadores de Servicios de Salud, debidamente diligenciado y firmado (obligatorio para Proveedores y Prestadores de Servicios de SaludC. INFORME BOG071 Y BOG068E 5. Ausencia del formato de Declaraci.n de Vnculo para Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologas en Salud, debidamente diligenciado y firmado (requerido para garanti:ar la transparencia en las relaciones contractualesC. INFORME BOG071 Y BOG068E 6. No se evidencia el formato de vinculaci.n o actuali:aci.n de persona jurdica diligenciado el 02/01/2025 INFORME BOG071 Y BOG068E .7. Presenta coincidencia en contraparte en el SARLAFT, no cuenta con visto bueno para continuar con el proceso. INFORME BOG071 Y BOG068E 8. Incumplimiento en la cobertura vigencia en la p.li:WW				

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	PM18_2025 INFORME S PERSIVIN DEL CONTRATO EPS ASMET SAL D	<p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>8. No ha aportado los antecedentes de la Persona jurídica y Representante Legal (Contralora, Procuradura, Policía y RNMCC</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>4. Ausencia del formato de autorización de tratamiento de datos personales para Proveedores y Prestadores de Servicios de Salud, debidamente diligenciado y firmado (obligatorio para Proveedores y Prestadores de Servicios de SaludC.</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>5. Ausencia del formato de Declaración de Vínculo para Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud, debidamente diligenciado y firmado (requerido para garantizar la transparencia en las relaciones contractualesC.</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>6. No se evidencia el formato de vinculación o actualización de persona jurídica diligenciado el 02/01/2025</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>7. Presenta coincidencia en contraparte en el SARLAFT, no cuenta con visto bueno para continuar con el proceso.</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>8. Incumplimiento en la cobertura vigencia en la población del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la</p>	<p>Solicitar una constancia por correo electrónico a la EPS el recibido a satisfacción de la documentación este actualizada de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE vigentes.</p>	Subgerencia Corporativa	Cumplida	1002
Interna	Control Interno	PM18_2025 INFORME S PERSIVIN DEL CONTRATO EPS ASMET SAL D	<p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>8. No ha aportado los antecedentes de la Persona jurídica y Representante Legal (Contralora, Procuradura, Policía y RNMCC</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>4. Ausencia del formato de autorización de tratamiento de datos personales para Proveedores y Prestadores de Servicios de Salud, debidamente diligenciado y firmado (obligatorio para Proveedores y Prestadores de Servicios de SaludC.</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>5. Ausencia del formato de Declaración de Vínculo para Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud, debidamente diligenciado y firmado (requerido para garantizar la transparencia en las relaciones contractualesC.</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>6. No se evidencia el formato de vinculación o actualización de persona jurídica diligenciado el 02/01/2025</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>7. Presenta coincidencia en contraparte en el SARLAFT, no cuenta con visto bueno para continuar con el proceso.</p> <p>INFORME BOG071 Y BOG068E</p> <p>8. Incumplimiento en la cobertura vigencia en la población: WWWWWW</p>	<p>Actuar frente a las desviaciones encontradas</p>	Subgerencia Corporativa	Cumplida	1002

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 1 Incumplimiento a la Gua de Gestí.n Integral de Riesgo, toda ve: que en la vigencia 2025, no se registra avance en los controles del Hnco riesgo identificado para gesti.n de servicios ambulatorios en la Matri: de gesti.n de Riesgos 2025 en la plataforma institucional almera, lo que secundariamente puede generar riesgo para la protecci.n de los recursos de la organi:aci.n y riesgos en la prestaci.n de los servicios contratados.	Definir el responsable o responsables del diligenciamiento de los avances de las acciones y controles de seguimiento a riesgos de la Direcci.n de ambulatorios en Almera	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 1 Incumplimiento a la Gua de Gestí.n Integral de Riesgo, toda ve: que en la vigencia 2025, no se registra avance en los controles del Hnco riesgo identificado para gesti.n de servicios ambulatorios en la Matri: de gesti.n de Riesgos 2025 en la plataforma institucional almera, lo que secundariamente puede generar riesgo para la protecci.n de los recursos de la organi:aci.n y riesgos en la prestaci.n de los servicios contratados.	Sociali:ar al personal de apoyo administrativo y a los líderes/referentes de la direcci.n de ambulatorios encargados del resporte, el contenido de la Gua de Gestí.n Integral de Riesgo	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	C MPLIDA	1002
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 1 Incumplimiento a la Gua de Gestí.n Integral de Riesgo, toda ve: que en la vigencia 2025, no se registra avance en los controles del Hnco riesgo identificado para gesti.n de servicios ambulatorios en la Matri: de gesti.n de Riesgos 2025 en la plataforma institucional almera, lo que secundariamente puede generar riesgo para la protecci.n de los recursos de la organi:aci.n y riesgos en la prestaci.n de los servicios contratados.	Solicitar asignaci.n de permiso en Almera para responsables de diligenciamiento de avances de seguimiento a riesgos y Real:ar diligenciamiento oportuno de las acciones de seguimiento a riesgos en el aplicativo de almera	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	202
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 2 Incumplimiento Resoluci.n 8100 de 2011, Capitulo III, Artculo 12, numeral 1.8.2. sobre las Obligaciones en materia de distintivos de habilitaci.n del prestador de servicios de salud, toda ve: que se encontr. ausencia de distintivos de habilitaci.n en sede San Luis, deterioro de distintivos de habilitaci.n en sedes Codito, Gaitana, CES y falta de reali:aci.n de novedad de cierre del servicio de MEDICINA FISICA Y REHABILITACIN, CODIGO 827 que no se presta desde mar:o de 2024, sin embargo, se encuentra registrado en el Registro Especial de Prestadores REPS con distintivo Ni DHSS0416854. ocasionando riesgo de sanciones administrativas por parte de la Secretara Distrita I de Salud, y otros entes de vigilancia y control o de veeduras de control ciudadano con posibles consecuencias jurdicas y pGrdidas econ.micas y afectaci.n reputacional	Generar un lineamiento desde la Direcci.n ambulatoria en el cual se especifique la revisi.n peri.dica y sistemática d e los servicios/horarios ofertados y distintivos vs el REPS por parte de los lderes de las unidades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 2 Incumplimiento Resoluci.n 8100 de 2011, Capitulo III, Artculo 12, numeral 1.8.2. sobre las Obligaciones en materia de distintivos de habilitaci.n del prestador de servicios de salud, toda ve: que se encontr. ausencia de distintivos de habilitaci.n en sede San Luis, deterioro de distintivos de habilitaci.n en sedes Codito, Gaitana, CES y falta de reali:aci.n de novedad de cierre del servicio de MEDICINA FISICA Y REHABILITACIN, CODIGO 827 que no se presta desde mar:o de 2024, sin embargo, se encuentra registrado en el Registro Especial de Prestadores REPS con distintivo Ni DHSS0416854. ocasionando riesgo de sanciones administrativas por parte de la Secretara Distrita I de Salud, y otros entes de vigilancia y control o de veedurias de control ciudadano con posibles consecuencias jurdicas y pGrdidas econ.micas y afectaci.n reputacional	Realii:ar reposici.n de los distintivos deteriorados, perdidos o por apertura de servicios y publicarlos en las sedes de San Luis, Gaitana, Codito y CSE Suba y otras unidades que lo requieran.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	402
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 2 Incumplimiento Resoluci.n 8100 de 2011, Capitulo III, Artculo 12, numeral 1.8.2. sobre las Obligaciones en materia de distintivos de habilitaci.n del prestador de servicios de salud, toda ve: que se encontr. ausencia de distintivos de habilitaci.n en sede San Luis, deterioro de distintivos de habilitaci.n en sedes Codito, Gaitana, CES y falta de reali:aci.n de novedad de cierre del servicio de MEDICINA FISICA Y REHABILITACIN, CODIGO 827 que no se presta desde mar:o de 2024, sin embargo, se encuentra registrado en el Registro Especial de Prestadores REPS con distintivo Ni DHSS0416854. ocasionando riesgo de sanciones administrativas por parte de la Secretara Distrita I de Salud, y otros entes de vigilancia y control o de veedurias de control ciudadano con posibles consecuencias jurdicas y pGrdidas econ.micas y afectaci.n reputacional	Verificar la reali:aci.n de la Novedad de cierre de servicio de Medicina Fisica y Rehabilitacion por parte de area de habilitacion con evidencia del soporte de la novedad cargada en el REPS, solicitada en octubre por la Direcci.n de ambulatorios a Calidad	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	ATRASADA	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 1 Incumplimiento a la Gua de Gesti.n Integral de Riesgo, toda ve: que en la vigencia 2025, no se registra avance en los controles del Hnico riesgo identificado para gesti.n de servicios ambulatorios en la Matri: de gesti.n de Riesgos 2025 en la plataforma institucional almera, lo que secundariamente puede generar riesgo para la protecci.n de los recursos de la organi:aci.n y riesgos en la prestaci.n de los servicios contratados.	Hacer seguimiento al diligenciamiento oportuno de las acciones/ controles de los riesgos de la Direcci.n en almera.	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	Sin iniciar	02



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 1 Incumplimiento a la Gua de Gestí.n Integral de Riesgo, toda ve: que en la vigencia 2025, no se registra avance en los controles del Hnco riesgo identificado para gesti.n de servicios ambulatorios en la Matri: de gesti.n de Riesgos 2025 en la plataforma institucional almera, lo que secundariamente puede generar riesgo para la protecci.n de los recursos de la organi:aci.n y riesgos en la prestaci.n de los servicios contratados.	Identificar las desviaciones en el procedimiento dediligenciamiento oportuno de las acciones/ controles de los riesgos de la Direcci.n en almera y tomar los correctivos , si aplica	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 2 Incumplimiento Resoluci.n 8100 de 2011, Capitulo III, Artculo 12, numeral 1.8.2. sobre las Obligaciones en materia de distintivos de habilitaci.n del prestador de servicios de salud, toda ve: que se encontr. ausencia de distintivos de habilitaci.n en sede San Luis, deterioro de distintivos de habilitaci.n en sedes Codito, Gaitana, CES y falta de reali:aci.n de novedad de cierre del servicio de MEDICINA FISICA Y REHABILITACIN, CODIGO 827 que no se presta desde mar:o de 2024, sin embargo, se encuentra registrado en el Registro Especial de Prestadores REPS con distintivo Ni DHSS0416854. ocasionando riesgo de sanciones administrativas por parte de la Secretara Distrita l de Salud, y otros entes de vigilancia y control o de veeduras de control ciudadano con posibles consecuencias jurdicas y pGrdidas econ.micas y afectaci.n reputacional	Hacer seguimiento a la reposici.n de distintivos de las sedes de San Luis, Gaitana, Codito y CSE Suba y a la reali:aci.n de la novedad de medicina Fisica de Sim.n Bolvar	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	EN EYEC CIN	02
Interna	Control Interno	INFORME NO. 61E2025 NIDAD A DITABLE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIJADA	Halla:go Ni 2 Incumplimiento Resoluci.n 8100 de 2011, Capitulo III, Artculo 12, numeral 1.8.2. sobre las Obligaciones en materia de distintivos de habilitaci.n del prestador de servicios de salud, toda ve: que se encontr. ausencia de distintivos de habilitaci.n en sede San Luis, deterioro de distintivos de habilitaci.n en sedes Codito, Gaitana, CES y falta de reali:aci.n de novedad de cierre del servicio de MEDICINA FISICA Y REHABILITACIN, CODIGO 827 que no se presta desde mar:o de 2024, sin embargo, se encuentra registrado en el Registro Especial de Prestadores REPS con distintivo Ni DHSS0416854. ocasionando riesgo de sanciones administrativas por parte de la Secretara Distrita l de Salud, y otros entes de vigilancia y control o de veeduras de control ciudadano con posibles consecuencias jurdicas y pGrdidas econ.micas y afectaci.n reputacional	Hacer seguimiento mensual al cumplimiento del lineamiento lineamiento desde la Direcci.n ambulatoria en el cual se especifique la revisi.n peri.dica y sistemátic a de los servicios/horarios ofertados y distintivos vs el REPS por parte de los lderes de las unidades	Gesti.n de Servicios Ambulatoria	EN EYEC CIN	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME Nn 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Incumplimiento y baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente O Paquetes Instruccionales. Durante la verificación realizada en los diferentes servicios asistenciales, se evidenció un incumplimiento parcial y una baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud O PPaquetes InstruccionalesX, versión 2.0 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y adoptada por la Subred el 28 de octubre de 2022 bajo el código MIEENEGE81E01, denominada Seguridad del Paciente y Atención Segura. Dicha guía, que forma parte integral del Programa de Seguridad del Paciente (código ESEGCEPRE01C.  Esta situación representa un incumplimiento de los lineamientos definidos en el Programa de Seguridad del Paciente, así como de los protocolos, instructivos y guías registrados en la plataforma Almera, los cuales, en concordancia con la Resolución 8100 de 2011, la Resolución 1441 de 2018 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificultando el análisis de las causas de incumplimiento y baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente O Paquetes Instruccionales.	Documentar instructivo de implementación de buenas prácticas para los servicios de hospitalización, urgencias y ambulatorios.	Gestión de Calidad	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME Nn 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Incumplimiento y baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente O Paquetes Instruccionales. Durante la verificación realizada en los diferentes servicios asistenciales, se evidenció un incumplimiento parcial y una baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud O PPaquetes InstruccionalesX, versión 2.0 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y adoptada por la Subred el 28 de octubre de 2022 bajo el código MIEENEGE81E01, denominada Seguridad del Paciente y Atención Segura. Dicha guía, que forma parte integral del Programa de Seguridad del Paciente (código ESEGCEPRE01C.  Esta situación representa un incumplimiento de los lineamientos definidos en el Programa de Seguridad del Paciente, así como de los protocolos, instructivos y guías registrados en la plataforma Almera, los cuales, en concordancia con la Resolución 8100 de 2011, la Resolución 1441 de 2018 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificultando el análisis de las causas de incumplimiento y baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente O Paquetes Instruccionales.	Actualizar las listas de chequeo para evaluar adherencia a buenas prácticas para los servicios de hospitalización, urgencias y ambulatorios	Gestión de Calidad	SIN INICIAR	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME Nn 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Incumplimiento y baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente O Paquetes Instruccionales. Durante la verificación realizada en los diferentes servicios asistenciales, se evidenció un incumplimiento parcial y una baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud O Paquetes InstruccionalesX, versión 2.0 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y adoptada por la Subred el 28 de octubre de 2022 bajo el código MIEENEGE81E01, denominada Seguridad del Paciente y Atención Segura. Dicha guía, que forma parte integral del Programa de Seguridad del Paciente (código ESEGCEPRE01C).</p> <p>Esta situación representa un incumplimiento de los lineamientos definidos en el Programa de Seguridad del Paciente, así como de los protocolos, instructivos y guías registrados en la plataforma Almera, los cuales, en concordancia con la Resolución 8100 de 2011, la Resolución 1441 de 2018 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.</p>	Realizar planeación comunicativa que describa las buenas prácticas en los diferentes servicios (hospitalización, urgencias y ambulatorios)	Gestión de Calidad	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME Nn 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Incumplimiento y baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente O Paquetes Instruccionales. Durante la verificación realizada en los diferentes servicios asistenciales, se evidenció un incumplimiento parcial y una baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud O Paquetes InstruccionalesX, versión 2.0 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y adoptada por la Subred el 28 de octubre de 2022 bajo el código MIEENEGE81E01, denominada Seguridad del Paciente y Atención Segura. Dicha guía, que forma parte integral del Programa de Seguridad del Paciente (código ESEGCEPRE01C).</p> <p>Esta situación representa un incumplimiento de los lineamientos definidos en el Programa de Seguridad del Paciente, así como de los protocolos, instructivos y guías registrados en la plataforma Almera, los cuales, en concordancia con la Resolución 8100 de 2011, la Resolución 1441 de 2018 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificulta el análisis de las causas de</p>	Desarrollar curso virtual sobre las buenas prácticas de seguridad del paciente	Gestión de Calidad	Sin iniciar	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME N° 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Incumplimiento y baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente O Paquetes Instruccionales. Durante la verificación realizada en los diferentes servicios asistenciales, se evidenció un incumplimiento parcial y una baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud O Paquetes InstruccionalesX, versión 2.0 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y adoptada por la Subred el 28 de octubre de 2022 bajo el código MIEENEGE81E01, denominada Seguridad del Paciente y Atención Segura. Dicha guía, que forma parte integral del Programa de Seguridad del Paciente (código ESEGCEPRE01C).</p> <p>Esta situación representa un incumplimiento de los lineamientos definidos en el Programa de Seguridad del Paciente, así como de los protocolos, instructivos y guías registrados en la plataforma Almera, los cuales, en concordancia con la Resolución 8100 de 2011, la Resolución 1441 de 2018 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificulta el análisis de las causas de</p>	Realizar medición de adherencia a las buenas prácticas para los diferentes servicios (hospitalización, urgencias y ambulatorios)C	Gestión de Calidad	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME N° 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Inconsistencias en la información reportada en los indicadores institucionales. Durante la verificación de los indicadores institucionales se evidenciaron inconsistencias entre la información reportada y los datos contenidos en las bases de datos fuente de los procesos responsables, situación que compromete la trazabilidad, confiabilidad y veracidad de los resultados presentados. Esta condición vulnera lo establecido en la Ley 1712 de 2014 O Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública, que dispone que la información generada y publicada por las entidades debe ser veraz, completa, actualizada y comprobable.</p> <p>Las diferencias identificadas podrán originarse en la aplicación de criterios no uniformes para el registro y reporte de la información. Esta situación compromete la transparencia institucional y puede generar decisiones basadas en información inexacta o incompleta, afectando la gestión y el seguimiento efectivo de los resultados basados en información confiable y oportuna.</p>	Realizar fichas técnicas de indicadores del programa de seguridad del paciente por unidades de servicios de salud específicos para eventos adversos, resolución 256, reporte de sucesos de seguridad y adherencia a buenas prácticas (incluir las bases de datos mes a mes)C	Gestión de Calidad	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME Nn 76 A DITORIA DE SEG RIDAD DEL PACIENTE	<p>Inconsistencias en la informaci.n reportada en los indicadores institucionalesDurante la verificaci.n de lo s indicadores institucionales se evidenciaron inconsistencias entre la informaci.n reportada y los datos contenidos en las bases de datos fuente de los procesos responsables, situaci.n que compromete la tra:abilidad, confiabilidad y veracidad de los resultados presentados. Esta condici.n vulnera lo establecido en la Ley 1712 de 2014 O Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Informaci.n PHblica, que dispone que la informaci.n generada y publicada por las entidades debe ser vera:, completa, actuali:ada y comprobable.</p> <p>Las diferencias identificadas podran originarse en la aplicaci.n de criterios no uniformes para el registro y reporte de la informaci.n. Esta situaci.n compromete la transparencia institucional y puede generar decisiones basadas en informaci.n inexacta o incompleta, afectando la gesti.n y el seguimiento efectivo de los resultados basados en informaci.n confiable y oportuna.</p>	Capacitar al equipo de seguridad del paciente sobre los indicadores nuevos del programa	Gesti.n de Calidad	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME Nn 76 A DITORIA DE SEG RIDAD DEL PACIENTE	<p>Inconsistencias en la informaci.n reportada en los indicadores institucionalesDurante la verificaci.n de lo s indicadores institucionales se evidenciaron inconsistencias entre la informaci.n reportada y los datos contenidos en las bases de datos fuente de los procesos responsables, situaci.n que compromete la tra:abilidad, confiabilidad y veracidad de los resultados presentados. Esta condici.n vulnera lo establecido en la Ley 1712 de 2014 O Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Informaci.n PHblica, que dispone que la informaci.n generada y publicada por las entidades debe ser vera:, completa, actuali:ada y comprobable.</p> <p>Las diferencias identificadas podran originarse en la aplicaci.n de criterios no uniformes para el registro y reporte de la informaci.n. Esta situaci.n compromete la transparencia institucional y puede generar decisiones basadas en informaci.n inexacta o incompleta, afectando la gesti.n y el seguimiento efectivo de los resultados basados en informaci.n confiable y oportuna.</p>	Realiz:ar monitoreo y control de los indicadores (anali:ar y comparar y tendencias con meses anteriores y estandares establecidosC	Gesti.n de Calidad	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME Nn 76 A DITORIA DE SEG RIDAD DEL PACIENTE	<p>Inconsistencias en la informaci.n reportada en los indicadores institucionalesDurante la verificaci.n de lo s indicadores institucionales se evidenciaron inconsistencias entre la informaci.n reportada y los datos contenidos en las bases de datos fuente de los procesos responsables, situaci.n que compromete la tra:abilidad, confiabilidad y veracidad de los resultados presentados. Esta condici.n vulnera lo establecido en la Ley 1712 de 2014 O Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Informaci.n PHblica, que dispone que la informaci.n generada y publicada por las entidades debe ser vera:, completa, actuali:ada y comprobable.</p> <p>Las diferencias identificadas podran originarse en la aplicaci.n de criterios no uniformes para el registro y reporte de la informaci.n. Esta situaci.n compromete la transparencia institucional y puede generar decisiones basadas en informaci.n inexacta o incompleta, afectando la gesti.n y el seguimiento efectivo de los resultados basados en informaci.n confiable y oportuna.</p>	Presentar los indicadores en los pre comites y comites de Gesti.n Clinica	Gesti.n de Calidad	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME Nn 76 A DITORIA DE SEG RIDAD DEL PACIENTE	<p>Inconsistencias en la informaci.n reportada en los indicadores institucionalesDurante la verificaci.n de lo s indicadores institucionales se evidenciaron inconsistencias entre la informaci.n reportada y los datos contenidos en las bases de datos fuente de los procesos responsables, situaci.n que compromete la tra:abilidad, confiabilidad y veracidad de los resultados presentados. Esta condici.n vulnera lo establecido en la Ley 1712 de 2014 O Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Informaci.n PHblica, que dispone que la informaci.n generada y publicada por las entidades debe ser vera:, completa, actuali:ada y comprobable.</p> <p>Las diferencias identificadas podran originarse en la aplicaci.n de criterios no uniformes para el registro y reporte de la informaci.n. Esta situaci.n compromete la transparencia institucional y puede generar decisiones basadas en informaci.n inexacta o incompleta, afectando la gesti.n y el seguimiento efectivo de los resultados basados en informaci.n confiable y oportuna.</p>	Refor:ar procesos donde se detecten desviaciones o aumentos de eventos adversos	Gesti.n de Calidad	Sin iniciar	02

SUBREINTEGRALES DE SALUD NOROCCIDENTAL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME N° 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las Rondas de Seguridad del Paciente. Se evidenció incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las actividades establecidas en el Instructivo de Ronda de Seguridad (c.digo ESEGCEIE02, versión 8.0C, ya que no se cuenta con evidencia completa de las listas de chequeo, ni de las actas correspondientes a las rondas de nivel gerencial, disponiéndose únicamente de dos actas fechadas los días 25 y 26 de enero de 2024. Tampoco fue posible verificar la conformación del equipo designado para dichas rondas (gerencialC y de forma parcial en las del equipo de seguridad del paciente. De igual forma, no se evidenció un control adecuado sobre la ejecución de las rondas realizadas por el equipo de Seguridad del Paciente, ni seguimiento al cumplimiento del cronograma, porcentaje de avance y adherencia al procedimiento. Adicionalmente, no se observó la elaboración, presentación ni socialización de los informes de resultados ante el Comité de Seguridad.</p>	<p>Actualizar instructivo de ronda de seguridad ESEGCEIE02 que incluya asistentes, cronograma e instrumentos a utilizar, plan de acción para cierre de hallazgos (asignar tareas, fechas y responsables).</p>	Gestión de Calidad	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME N° 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las Rondas de Seguridad del Paciente. Se evidenció incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las actividades establecidas en el Instructivo de Ronda de Seguridad (c.digo ESEGCEIE02, versión 8.0C, ya que no se cuenta con evidencia completa de las listas de chequeo, ni de las actas correspondientes a las rondas de nivel gerencial, disponiéndose únicamente de dos actas fechadas los días 25 y 26 de enero de 2024. Tampoco fue posible verificar la conformación del equipo designado para dichas rondas (gerencialC y de forma parcial en las del equipo de seguridad del paciente. De igual forma, no se evidenció un control adecuado sobre la ejecución de las rondas realizadas por el equipo de Seguridad del Paciente, ni seguimiento al cumplimiento del cronograma, porcentaje de avance y adherencia al procedimiento. Adicionalmente, no se observó la elaboración, presentación ni socialización de los informes de resultados ante el Comité de Seguridad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información clara y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificulta el análisis de las causas de</p>	<p>Ejecutar socialización de la actualización de instructivo de ronda de seguridad ESEGCEIE02 en los precomités y comités de Gestión Clínica Excelente y Segura.</p>	Gestión de Calidad	SIN INICIAR	02

SUBREINTEGRALES DE SALUD NOROCCIDENTAL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO							
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME N° 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las Rondas de Seguridad del Paciente. Se evidenció incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las actividades establecidas en el Instructivo de Ronda de Seguridad (código ESEGCEIE02, versión 8.0C, ya que no se cuenta con evidencia completa de las listas de chequeo, ni de las actas correspondientes a las rondas de nivel gerencial, disponiéndose únicamente de dos actas fechadas los días 25 y 26 de enero de 2024. Tampoco fue posible verificar la conformación del equipo designado para dichas rondas (gerencial C y de forma parcial en las del equipo de seguridad del paciente. De igual forma, no se evidenció un control adecuado sobre la ejecución de las rondas realizadas por el equipo de Seguridad del Paciente, ni seguimiento al cumplimiento del cronograma, porcentaje de avance y adherencia al procedimiento. Adicionalmente, no se observó la elaboración, presentación ni socialización de los informes de resultados ante el Comité de Seguridad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificulta el análisis de las causas de</p>	Definir cronograma mensual de rondas que establezca días, horarios y los servicios priorizados	Gestión de Calidad	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	INFORME N° 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las Rondas de Seguridad del Paciente. Se evidenció incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las actividades establecidas en el Instructivo de Ronda de Seguridad (código ESEGCEIE02, versión 8.0C, ya que no se cuenta con evidencia completa de las listas de chequeo, ni de las actas correspondientes a las rondas de nivel gerencial, disponiéndose únicamente de dos actas fechadas los días 25 y 26 de enero de 2024. Tampoco fue posible verificar la conformación del equipo designado para dichas rondas (gerencial C y de forma parcial en las del equipo de seguridad del paciente. De igual forma, no se evidenció un control adecuado sobre la ejecución de las rondas realizadas por el equipo de Seguridad del Paciente, ni seguimiento al cumplimiento del cronograma, porcentaje de avance y adherencia al procedimiento. Adicionalmente, no se observó la elaboración, presentación ni socialización de los informes de resultados ante el Comité de Seguridad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificulta el análisis de las causas de</p>	Realizar capacitación al equipo de seguridad del paciente sobre criterios de verificación y uso de formatos establecidos en instructivo de ronda de seguridad C.d ESEGCEIE02	Gestión de Calidad	SIN INICIAR	02



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME N° 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las Rondas de Seguridad del Paciente. Se evidenció incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las actividades establecidas en el Instructivo de Ronda de Seguridad (código ESEGCEIE02, versión 8.0C, ya que no se cuenta con evidencia completa de las listas de chequeo, ni de las actas correspondientes a las rondas de nivel gerencial, disponiéndose únicamente de dos actas fechadas los días 25 y 26 de enero de 2024. Tampoco fue posible verificar la conformación del equipo designado para dichas rondas (gerencialC y de forma parcial en las del equipo de seguridad del paciente.</p> <p>De igual forma, no se evidenció un control adecuado sobre la ejecución de las rondas realizadas por el equipo de Seguridad del Paciente, ni seguimiento al cumplimiento del cronograma, porcentaje de avance y adherencia al procedimiento. Adicionalmente, no se observó la elaboración, presentación ni socialización de los informes de resultados ante el Comité de Seguridad del Paciente.</p>	Realizar informe de los resultados de las rondas cualitativos y cuantitativos	Gestión de Calidad	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	INFORME N° 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las Rondas de Seguridad del Paciente. Se evidenció incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las actividades establecidas en el Instructivo de Ronda de Seguridad (código ESEGCEIE02, versión 8.0C, ya que no se cuenta con evidencia completa de las listas de chequeo, ni de las actas correspondientes a las rondas de nivel gerencial, disponiéndose únicamente de dos actas fechadas los días 25 y 26 de enero de 2024. Tampoco fue posible verificar la conformación del equipo designado para dichas rondas (gerencialC y de forma parcial en las del equipo de seguridad del paciente.</p> <p>De igual forma, no se evidenció un control adecuado sobre la ejecución de las rondas realizadas por el equipo de Seguridad del Paciente, ni seguimiento al cumplimiento del cronograma, porcentaje de avance y adherencia al procedimiento. Adicionalmente, no se observó la elaboración, presentación ni socialización de los informes de resultados ante el Comité de Seguridad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificulta el análisis de las causas de</p>	Verificar cumplimiento al avance del plan de acción	Gestión de Calidad	Sin iniciar	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Interna	Control Interno	INFORME N° 76 A DITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las Rondas de Seguridad del Paciente. Se evidenció incumplimiento en la ejecución, documentación y seguimiento de las actividades establecidas en el Instructivo de Ronda de Seguridad (código ESEGCEIE02, versión 8.0C, ya que no se cuenta con evidencia completa de las listas de chequeo, ni de las actas correspondientes a las rondas de nivel gerencial, disponiéndose únicamente de dos actas fechadas los días 25 y 26 de enero de 2024. Tampoco fue posible verificar la conformación del equipo designado para dichas rondas (gerencial y de forma parcial en las del equipo de seguridad del paciente. De igual forma, no se evidenció un control adecuado sobre la ejecución de las rondas realizadas por el equipo de Seguridad del Paciente, ni seguimiento al cumplimiento del cronograma, porcentaje de avance y adherencia al procedimiento. Adicionalmente, no se observó la elaboración, presentación ni socialización de los informes de resultados ante el Comité de Seguridad del Paciente, como lo establece el numeral 4.4.6 del instructivo. Esta situación se presenta por deficiencias en la gestión y seguimiento del proceso por parte de los responsables, así como por la falta de control sobre el cumplimiento del cronograma y la consolidación de la evidencia documental. En consecuencia, la ausencia de información trazable y consolidada limita la identificación oportuna de riesgos, dificultando el análisis de las causas de	Reconocimiento en los comités a los servicios con un resultado igual o mayor al 852	Gestión de Calidad	Sin iniciar	02
Interna	Control Interno	Informe 2do. Seguimiento a la Gestión de Riesgos E Circulares Supersalud	El mapa de riesgos institucional y clínicos, correspondiente a la vigencia 2025, no se encuentra publicado en la página Web de la Subred Norte ESE	Solicitar en mesa de ayuda la publicación de la Matriz de Riesgos 2026 en página Web de la Subred	Gestión Integral del Riesgo en Salud	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	Informe 2do. Seguimiento a la Gestión de Riesgos E Circulares Supersalud	El mapa de riesgos institucional y clínicos, correspondiente a la vigencia 2025, no se encuentra publicado en la página Web de la Subred Norte ESE	Verificar en página Web de la Subred el cargue de la Matriz de Riesgos 2026	Gestión Integral del Riesgo en Salud	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	Informe 2do. Seguimiento a la Gestión de Riesgos E Circulares Supersalud	El mapa de riesgos institucional y clínicos, correspondiente a la vigencia 2025, no se encuentra publicado en la página Web de la Subred Norte ESE	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Gestión Integral del Riesgo en Salud	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	Informe 2do. Seguimiento a la Gestión de Riesgos E Circulares Supersalud	El mapa de riesgos institucionales no ha sido actualizado desde hace 8 años, lo que se agrava con el detalle del riesgo materializado disponible en ALMERA para tales vigencias	Identificar los riesgos de los Subsistemas de la Gestión del Riesgo 2026	Gestión Integral del Riesgo en Salud	EN EYEC CIN	702
Interna	Control Interno	Informe 2do. Seguimiento a la Gestión de Riesgos E Circulares Supersalud	El mapa de riesgos institucionales no ha sido actualizado desde hace 8 años, lo que se agrava con el detalle del riesgo materializado disponible en ALMERA para tales vigencias	Elaborar Matriz de Riesgos 2026	Gestión Integral del Riesgo en Salud	SIN INICIAR	02
Interna	Control Interno	Informe 2do. Seguimiento a la Gestión de Riesgos E Circulares Supersalud	El mapa de riesgos institucionales no ha sido actualizado desde hace 8 años, lo que se agrava con el detalle del riesgo materializado disponible en ALMERA para tales vigencias	Presentar para aprobación la Matriz de Riesgos 2026 en Junta Directiva	Gestión Integral del Riesgo en Salud	SIN INICIAR	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON INCIDENCIA FISCAL EN C ANTIA DE \$15.581.827.108 Y PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR PRESCRIPCIN DE LA ACCIN DE COBRO DE LA CARTERA MAYOR A 860 DIAS	GESTIONAR LA CARTERA DE LA S BRED DIFERENTE A CARTERA DE SOAT, CON EL FIN DE IDENTIFICAR C ALES FACT RAS SE ENC ENTRAN EN RIESGO DE PRESCRIPCIN A 81 DE DICIEMBRE DE 2024, C MPLIENDO CON EL MAN AL DE GESTIN DE INGRESOS	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON INCIDENCIA FISCAL EN C ANTIA DE \$15.581.827.108 Y PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR PRESCRIPCIN DE LA ACCIN DE COBRO DE LA CARTERA MAYOR A 860 DIAS	ADELANTAR LOS PROCESOS Y RIDICOS A M E HAYA A L GAR PARA LAS M E ESTEN PRONIMAS A PRESCRIBIR	Y RIDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON INCIDENCIA FISCAL EN C ANTIA DE \$1.717.065.848 Y PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, PORPRESCRIPCIN DE LA ACCIN DE COBRO DE LA CARTERA SOAT POR ACCIDENTES DE TR NSITO	GESTIONAR LA CARTERA DE SOAT DE LA S BRED, CON EL FIN DE IDENTIFICAR C ALES FACT RAS SE ENC ENTRAN EN RIESGO DE PRESCRIPCIN A 81 DE DICIEMBRE DE 2024, C MPLIENDO CON EL MAN AL DE GESTIN DE INGRESOS	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON INCIDENCIA FISCAL EN C ANTIA DE \$1.717.065.848 Y PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, PORPRESCRIPCIN DE LA ACCIN DE COBRO DE LA CARTERA SOAT POR ACCIDENTES DE TR NSITO	ADELANTAR LOS PROCESOS Y RIDICOS A M E HAYA A L GAR PARA LAS M E ESTEN PRONIMAS A PRESCRIBIR	Y RIDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR LA NO RADICACIN DE FACT RAS PARA EL COBRO DE SERVICIOS DE SAL D, CORRESPONDIENTES A LA VIGENCIA 2028 Y 2024	IMPLEMENTAR CONTROL DIARIO POR MEDIO DE DRIVE EN EL PROCESO DE ARMADO Y RADICACIN POR MEDIO DE GENERACIN DE INFORMES POR CADA EPS M E PERMITA TENER RADICACIN OPORT NA. S BSANAR TODAS LAS CONDICIONES DEL PENDIENTE POR RADICAR DE LAS VIGENCIAS 2028 Y 2024 A EFECTOS DE GARANTIJAR DE LOGRAR S PRESENTACIN A LAS EAPBTS DENTRO DEL PLAJO ESTABLECIDO	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR INCERTID MBRE EN EL SEG IMIENTO Y CR CE CONTABLE EN LAS C ENTAS POR COBRAR E S BC ENTA 181180 PGIROS PARA ABONO DE FACT RACIN SIN IDENTIFICARX	REALIJAR CR CE DE LOS ANTICIPOS REPORTADOS Y REM ERIR AL PAGADOR PARA M E IDENTIFIM E LAS FACT RAS A LAS M E SE APLICARA EL GIRO RECIBIDO	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR INCERTID MBRE EN EL SEG IMIENTO Y CR CE CONTABLE EN LAS C ENTAS POR COBRAR E S BC ENTA 181180 PGIROS PARA ABONO DE FACT RACIN SIN IDENTIFICARX	HACER SO DEL PROCEDIMIENTO DE APLICACIN DE PAGOS GARANTIJANDO M E NO ENISTAN ANTICIPOS POR APLICAR S PERIORES A 10 DIAS.	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR NO HABER REALIJADO LA S BROGACIN DE LA TIT LARIDAD DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD DE LOS PREDIOS CORRESPONDIENTES A LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, F SIONADAS EN LA S BRED	REALIJAR MESA DE TRABAYO PARA VALIDAR EL AVANCE DE LOS PROCESOS DE LEGALIJACION DE LOS PREDIOS DE LA S BRED NORTE Y PRIORIJAR LOS M E C MPLEN CON TODA LA DOC MENTACION REM ERIDA PARA INIICAR CON LOS PROCESOS ANTE EL ENTE RESPECTIVO	DIRECCION ADMINISTRATIVA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR NO HABER REALIJADO LA S BROGACIN DE LA TIT LARIDAD DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD DE LOS PREDIOS CORRESPONDIENTES A LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, F SIONADAS EN LA S BRED	REALIJAR LAS SOLICIT DES CON LOS SOPORTES LEGALES RESPECTIVOS Y RADICARLOS ANTE EL ENTE CORRESPONDIENTES PARA ADELANTAR LA LEGLIJACION DE LOS PREDIOS A NOMBRE DE LA S BRED NORTE.	DIRECCION ADMINISTRATIVA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR NO HABER REALIJADO LA S BROGACIN DE LA TIT LARIDAD DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD DE LOS PREDIOS CORRESPONDIENTES A LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, F SIONADAS EN LA S BRED	REALIJAR SEG IMIENTO PERDIODICO DE LOS AVANCE LOGRADOS CON LOS PROCESO RADICADOS A NOMBRE DE LA S BRED NORTE	DIRECCION ADMINISTRATIVA	ABIERTA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR EL NO PAGO DE 212 SENTENCIAS Y DICIALES EYEC TORIADAS D RANTE LAS VIGENCIAS 2012 AL 2024	CLASIFICACIN Y ACT ALIJACIN DE LA BASE DE SENTENCIAS	OFICINA Y RIDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR EL NO PAGO DE 212 SENTENCIAS Y DICIALES EYEC TORIADAS D RANTE LAS VIGENCIAS 2012 AL 2024	SOLICIT D FORMAL DE REC RSOS	OFICINA Y RIDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR DEFICIENCIAS EN LAS CONCILIACIONES CON LAS ENTIDADES CON LAS C ALES SE REALIJAN OPERACIONES RECIPROCAS	REALIJAR LAS CONCILIACIONES DE LAS C ENTAS RECIPROCAS TRIMESTRALMENTE	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA FALTA DE GESTIN FINANCIERA M E GARANTICE LA A TOSOSTENIBILIDAD	OPTIMIJAR LOS COSTOS DE VENTA SOBRE EL TOTAL INGRESO.	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA FALTA DE GESTIN FINANCIERA M E GARANTICE LA A TOSOSTENIBILIDAD	OPTIMIJAR LOS GASTOS DE ADMINISTRACIN Y OPERACIN SOBRE EL TOTAL INGRESO.	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA FALTA DE GESTIN FINANCIERA M E GARANTICE LA A TOSOSTENIBILIDAD	1. REPORTAR EN EL BOLETIN DE DE DORES MOROSOS A LAS ENTIDADES M E NO PAGAN. 2. REPORTAR LAS PR CTICAS INDEBIDAS A LAS ENTIDADES POR EL NO PAGO Y LAS BARRERAS, DE CONCILIACIN Y RADICACIN. 8. INICIAR PROCESOS Y RISDICCIONALES, ENTRAY DICIALES Y EYEC TIVOS DE LO NO PAGADO POR LAS ENTIDADES	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR FALENCIAS EN LA PLANEACIN PRES P ESTAL Y FALTA DE CONTROL FINANCIERO DE LOS INGRESOS Y GASTOS, M E GENER DESEM ILIBRIO PRES P ESTAL EN LA VIGENCIA FISCAL 2024	REALIJAR LA GESTIN DE C ENTA POR PAGAR CONSTIT IA A 81 DE DICIEMBRE DE 2025 MEDIANTE LOS MECANISMOS DE GIRO Y/O REINTEGRO	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR FALENCIAS EN LA PLANEACIN PRES P ESTAL Y FALTA DE CONTROL FINANCIERO DE LOS INGRESOS Y GASTOS, M E GENER DESEM ILIBRIO PRES P ESTAL EN LA VIGENCIA FISCAL 2024	1. REPORTAR EN EL BOLETIN DE DE DORES MOROSOS A LAS ENTIDADES M E NO PAGAN. 2. REPORTAR LAS PR CTICAS INDEBIDAS A LAS ENTIDADES POR EL NO PAGO Y LAS BARRERAS, DE CONCILIACIN Y RADICACIN. 8. INICIAR PROCESOS Y RISDICCIONALES, ENTRAY DICIALES Y EYEC TIVOS DE LO NO PAGADO POR LAS ENTIDADES	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR INC MPLIMIENTO DE LA META P22. PORCENTAYE DE RECA DO DE CARTERAX CORRESPONDIENTE AL POA	FORTALECER LAS ACCIONES DE GESTIN DE CARTERA EN EL MARCO DEL MAN AL DE GESTIN DEL INGRESO	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA INOPORT NIDAD EN LA ENTREGA DE RES LTADOS DE LABORATORIO CLINICO EN EL SERVICIO DE CONS LTA ENTERNA, INC MPLIENDO LA META 5 DEL POA	REVISAR LA F ENTE DE LOS DATOS, SEG IMIENTO, AN LISIS MENS AL E INFORME TRIMESTRAL DEL INDICADOR OPORT NIDAD DE RES LTADO DE LABORATORIO AMB LATORIO	LABORATORIO CLINICO	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR DEFICIENCIAS EN EL REPORTE DE LA INFORMACIN EN EL APLICATIVO ALMERA M E NO PERMITE CORROBORAR DE FORMA EFICAJ LOS REGISTROS M E DAN C ENTA DEL C MPLIMIENTO DE LAS METAS 18 Y 48 DEL POA	GARANTIJAR EL C MPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DOC MENTO INSTIT CIONAL: G IA METODOLGICA PARA LA ELABORACIN DE LA PLATAFORMA ESTRATUGICA Y LOS PLANES INSTIT CIONALES DE LA S BRED NORTE ESE GEEGE01 VERSIN: 6, N MERALES 4.6 Y 4.7	LIDERES DE PROCESOS INSTIT CIONALES OFICINA DE DESARROLLO INSTIT CIONAL	ABIERTA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTION CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR DEFICIENCIAS EN EL REPORTE DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO ALMERA M E NO PERMITE CORROBORAR DE FORMA EFICAJ LOS REGISTROS M E DAN C ENTA DEL C MPLIMIENTO DE LAS METAS 18 Y 48 DEL POA	REVISAR Y ACT ALIJAR EL PLAN OPERATIVO AN AL (POAC DEL PROCESO DE GESTION DE CONTRATACION:	GESTIN DE CONTRATACION	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTION CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR DEFICIENCIAS EN EL REPORTE DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO ALMERA M E NO PERMITE CORROBORAR DE FORMA EFICAJ LOS REGISTROS M E DAN C ENTA DEL C MPLIMIENTO DE LAS METAS 18 Y 48 DEL POA	REALIJAR SEG IMIENTO A LA EYEC CIN DEL PLAN OPERATIVO AN AL DEL PROCESO DE GESTION DE CONTRATACION	GESTIN DE CONTRATACION	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTION CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR EL BAYO PORCENTAYE DE PROVISIN DE CARGOS	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LAS FASES DE PLANEACIN Y DIAGNSTICO DEL AN LISIS INTERNO DEL PROCESO DE MODERNIJACIN DE LA PLANTA DE PERSONAL SISSN. DE AC ERDO A LA G IA TUCNICA PARA LA GESTION DEL CAMBIO ORGANIJACIONAL DEL DASC	DIRECCIN DE GESTION DEL TALENTO H MANO	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTION CONTRALORIA 12E2024	INC MPLIMIENTO DE LA META 46 DEL POA	C MPLIR CON EL 802 DE LA COBERT RA DE COLABORADORES ASISTENCIALES EN CAPACITACIN, SOCIALIJACIN, SENSIBILIJACIN DE LA POLITICA DE H MANIJACIN Y ATRIB TOS	CALIDAD E H MANIJACIN	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTION CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR INC MPLIMIENTO EN LA META 28 DEL POA	FORTALECER EL SEG IMIENTO A LOS TIEMPOS DE RESP ESTA EN GLOSAS Y DEVOL CIONES DE AC ERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	DIRECCION FINANCIERA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTION CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR INC MPLIMIENTO DE LAS METAS 80, 81, 82, 88, 84 Y 85 DEL POA EN LA OPORT NIDAD DE LA ASIGNACIN DE CITAS MUDICAS POR PRIMERA VEJ (INC MPLIMIENTO CRITERIOS DE DATOS PARA MEDICIN ESTABLECIDOS EN LA RESOL CIN 1552 DE 2018 Y CRITERIOS RECOLECCIN INFORMACIN RES 256 DE 2016C PG 216 A 227	REALIJAR ACT ALIJACIN Y VALIDACIN DE LAS FICHAS TUCNICAS DE LOS INDICADORES DE OPORT NIDAD DE LA ASIGNACIN DE CITAS MUDICAS CON LA DEFINICIN LOS CRITERIOS Y MECANISMOS DE CAPT RA DE LA INFORMACIN M E SE DEBEN APLICAR EN LA S BRED EN EL MOMENTO DE ASIGNACIN DE CITAS, PARA DAR C MPLIMIENTO A LA MEDICIN DE LOS INDICADORES DE ASIGNACIN ACORDE AL ARTIC LOS 2 Y 8 DE LA RESOL CIN 1552 DE 2088, RESOL CIN 256 DE 2016 Y DAR ASI C MPLIMIENTO DE LAS METAS DEL POA.	DIRECCIN DE AMB LATORIOS E LIDER DE RIAS	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTION CONTRALORIA 12E2024	INC MPLIMIENTO EN LA META 16 DEL POA FRENTE A PC MPLIR AL 1002 CON LOS PROYECTOS EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIN...X	REALIJAR SEG IMIENTO MENS AL EN LOS COMITUS CORRESPONDIENTES, ASEG RANDO M E EL MONITOREO DE LOS PLANES DE TRABAJO DE CADA PROYECTO SEA N P NTO OBLIGATORIO, ESTO PERMITIR IDENTIFICAR Y CORREGIR DESVIACIONES, ASI COMO FACILITAR LA TOMA DE DECISIONES.	OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTIT CIONAL	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTION CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR INCONSISTENCIAS EN LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FORMATO PCBE0017 PAGOSX Y REPORTAR DE FORMA ENTEMPOR NEA CONTRATOS EN EL FORMATO PCBE0012 CONTRACT ALX EN LA RENDICIN DE LA C ENTA DE LA VIGENCIA 2024 EN EL SIVICOF	NIFICAR, ENTRE LA DIRECCIN FINANCIERA Y LA DIRECCIN DE CONTRATACION, LA NOMENCLAT RA TILIJADA EN LA DENOMINACIN DE LOS CONTRATOS EN LAS BASES DE DATOS, PARA PREVENIR ERRORES EN LA IDENTIFICACIN DE LOS MISMOS, Y REALIJAR LOS REGISTROS EN LA PLATAFORMA SIVICOF DE MANERA OPORT NA.	DIRECCION DE CONTRATACION Y FINANCIERA	ABIERTA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA REITERADA REALIJACIN DE ADICIONES Y PRRROGAS A LOS CONTRATOS, LOS C ALES SOBREPASARON LOS LIMITES DE LAS C ANTAS Y LOS PORCENTAYES APPLICABLES A CADA MODALIDAD Y MECANISMO DE SELECCIN	1. INCLIR EN EL PLAN AN AL DE ADM ISICIONES, N AN LISIS RIG ROSO DESDE LA PERSPECTIVA LEGAL, COMERCIAL, FINANCIERO Y PRES P ESTAL, EN LOS CONTRATOS DE PRESTACIN DEL SERVICIO DE SAL D. 2. APLICAR EL ART. 18 DEL ESTAT TO DE CONTRATACIN, SOLO POR CIRC NSTANCIAS ENCEPCIONALES Y PRES P ESTALES SOBREVINIENTES, M E PONGAN EN RIESGO LA CONTINIDAD DE LA PRESTACIN DEL SERVICIO DE SAL D, DEBIDAMENTE Y STIFICADAS Y SOPORTADAS CON LA DOC MENTACIN RESPECTIVA.	DESARROLLO INSTIT CIONAL, FINANCIERA Y CONTRATACIN	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR DEFICIENCIAS EN EL EYERCICIO DE LA S PERSVISIN DEL CONTRATO CPSE1554E2024	CONSTR CCIN DE NA HERRAMIENTA, M E FORTALEJCA LA VERIFICACIN DEL EYERCICIO DE S PERSVISIN DEL CONTRATO OBYETO DEL HALLAJGO E IMPLEMENTARLA	IM GENES DIAGNOSTICAS	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR DEFICIENCIAS EN EL EYERCICIO DE LA S PERSVISIN DEL CONTRATO CPSE1554E2025	DISPONER DE NA HERRAMIENTA, M E FORTALEJCA LA VERIFICACIN DEL EYERCICIO DE S PERSVISIN DEL CONTRATO OBYETO DEL HALLAJGO E IMPLEMENTARLA	IM GENES DIAGNOSTICAS	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR LA INEFICIENTE GESTIN DE LA ENTIDAD FRENTE A LOS REITERADOS INC MPLIMIENTOS DE OBLIGACIONES CONTRACT ALES DEL CONTRATO DE S MINISTRO BYS 062E2028	ELABORAR INSTR CTIVO DIRIGIDO A LOS S PERSVISORES CON F NDAMENTO EN EL ESTAT TO, MAN AL DE CONTRATACIN Y DEL ARTIC LO 86 DE LA LEY 1474, ORIENTANDO LAS ETAPAS A SEG IR FRENTE A LOS POSIBLES INC MPLIMIENTOS DE LOS CONTRATOS S SCRITOS.	CONTRATACIN	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON INCIDENCIA FISCAL EN C ANTIA DE \$182.785.514 Y PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR AY STE DE PRECIOS NO Y STIFICADOS EN EL CONTRATO DE S MINISTRO DE ALIMENTOS	GARANTIJAR EL C MPLIMIENTO DEL N MERAL 8.2.8. DEL MAN AL DE CONTRATACIN DE LA S BRED E RESOL CIN 766 DE 2024 M E ESTABLECE: oPARA LAS MODIFICACIONES CONTRACT ALES DE CAMBIO DE PRECIOS EN CONTRATOS EN EYEC CIN, SE DEBER REALIJAR EL CORRESPONDIENTE EST DIO DE MERCADO, CON EL PROPSITO DE VERIFICAR LA DIN MICA DEL SEGMENTO DEL MERCADO EN PARTIC LAR, EN C ANTO A S VARIACIN PRESENTADA Y SOLICITADA POR PARTE DEL CONTRATISTAo PRESENTARLO AL COMITU DE CONTRATACIN	S PERSVISORES DE CONTRATOS DIRECCIN DE CONTRATACIN	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA DEBIDO A LA A SENCIA, ENTEMPORANEIDAD E INCONSISTENCIAS EN LA DOC MENTACIN CONTRACT AL P BLICADA EN EL SISTEMA ELECTR NICO PARA LA CONTRATACIN P BLICA O SECOP II	GARANTIJAR EL C MPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DOC MENTO INSTIT CIONAL: MAN AL DE S PERSVISIN E INTERVENTORIA CONTRACT AL CDIGO: APECTEMED1, VERSIN: 4, ESPECIALMENTE LO RELACIONADO CON LA RESPONSABILIDAD DE LOS S PERSVISORES DE CONTRATOS DE INGRESAR LOS DOC MENTOS M E SOPORTAN LA EYEC CIN DEL CONTRATO EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II	S PERSVISORES DE CONTRATOS	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA DEBIDO A LA A SENCIA, ENTEMPORANEIDAD E INCONSISTENCIAS EN LA DOC MENTACIN CONTRACT AL P BLICADA EN EL SISTEMA ELECTR NICO PARA LA CONTRATACIN P BLICA O SECOP II	1. REVISAR LA INFORMACIN CONTRACT AL M E DEBE P BLICARSE EN EL SISTEMA ELECTR NICO PARA LA CONTRATACIN P BLICA O SECOP II A TRAVUS DE M ESTRA ESTADISTICA, DENTRO DE LOS TIEMPOS DEFINIDOS EN EL MAN AL DE CONTRATACIN DE LA S BRED NORTE . 2. S BSANAR EL CARG E DE LOS DOC MENTOS CONTRACT ALES EVIDENCIADOS EN LA FECHA Y REALIJAR EL CARG E A FIN DE MITIGAR LA A SENCIA DE DOC MENTOS MEDIANTE LA ACT ALIJACIN DEL ENPEDIENTE CONTRACT AL.	CONTRATACIN	ABIERTA	02

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR RETRASOS EN LA APROBACION DE LAS PLIJAS DE GARANTIA RESPECTO DE LAS FECHAS DE ENPEDICIN Y DE S S MONTO, CORRESPONDIENTE A LOS CONTRATOS BYS 002 DE 2024 Y BYS 057 DE 2028	1. ACT ALIJAR EL INSTR CTIVO DE PLIJAS DIRECCIN DE CONTRATACION INCL YENDO TIEMPOS PARA LA EYEC CIN DE LAS ACTIVIDADES. 2. MANTENER NA BASE DE DATOS ACT ALIJADA Y SEMAFORIJADA CON EL CONTROL EN TIEMPOS PARA LA APROBACION DE PLIJAS SEG N INSTR CTIVO.	CONTRATACION	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	NO S BSANAR LAS OBSERVACIONES PARA LA OBTENCIN DE LA LICENCIA DE CONSTR CCION M E HACE PARTE DE LAS OBLIGACIONES DE LOS CONTRATOS BYS 270 Y BYS 271 DE 2022 DE LA NIDAD DE SERVICIOS DE SAL D FRAY BARTOLOMU DE LAS CASAS.	REALIJAR N SEG IMIENTO MENS AL EN LOS COMITUS OPERATIVOS CON LA SECRETARIA DISTRITAL DE SAL D, ESTE SEG IMIENTO NO SOLO SE ENFOCAR EN LOS PROD CTOS ENTREGADOS, SINO TAMBIUN EN NA EVALACIN INTEGRAL DEL CONTRATO EN RELACION CON EL C MPLIMIENTO DE LOS OBYETIVOS DEL PROYECTO Y DEL CONVENIO.	OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTIT CIONAL	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	LA SOLICIT D DE REEMBOLSO, NO SE TRAMIT DENTRO DEL TURMINO ESTIP LADO, POR LO C AL, A LA FECHA EL RECLAMO SE ENC ENTRA PRESCRITO Y NO PROCEDE EL REEMBOLSO EN LOS TURMINOS REM ERIDOS.	FORM LAR NA RECLAMACION TECNICA Y S STENTADA A LA PREVISORA, REITERANDO LA OBLIGACION DE RECONOCIMIENTO DEL SINIESTRO CONFORME A LA DECISION DEL Y EJ EN PROCESO EYEC TIVO M E SE MATERIALICE EN NA SENTENCIA Y DICIAL.	OFICINA Y RIDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	LA SOLICIT D DE REEMBOLSO, NO SE TRAMIT DENTRO DEL TURMINO ESTIP LADO, POR LO C AL, A LA FECHA EL RECLAMO SE ENC ENTRA PRESCRITO Y NO PROCEDE EL REEMBOLSO EN LOS TURMINOS REM ERIDOS.	DEFINIR EN EL PROCEDIMIENTO DE DEFENSA Y RIDICA, Y DICIAL Y ENTRAY DICIAL, M E DESDE LA INSTANCIA PREY DICIAL Y PREVIA VALIDACION DE ESTRATEGIA DE PREVENCCIN DEL DAaO ANTIY RIDICO, LA COM NICATION DE POSIBLE CONFIG RACION DE SINIESTRO A LA COMPAaIA DE SEG ROS.	OFICINA Y RIDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_142 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	LA SOLICIT D DE REEMBOLSO, NO SE TRAMIT DENTRO DEL TURMINO ESTIP LADO, POR LO C AL, A LA FECHA EL RECLAMO SE ENC ENTRA PRESCRITO Y NO PROCEDE EL REEMBOLSO EN LOS TURMINOS REM ERIDOS.	CONTIN AR CON EL SEG IMIENTO AL PROCESO Y DICIAL M E DIO ORIGEN AL HALLAJGO.	OFICINA Y RIDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA FALTA DE GESTIN PARA DEP RAR Y/O SANEAR LOS SALDOS DE LAS C ENTAS DE AHORRO DE CONVENIOS FINALIJADOS A 81/12/2028 M E CONTIN AN REFLEY NDOSE EN LOS ESTADOS FINANCIEROS	SOCIALIJAR INSTR CTIVO DE EYEC CIN DE CONVENIOS APEGFEIE26 CON S PERSIVORES DE CONTRATO CON BASE EN N CRONOGRAMA DEFINIDO.	DIRECCIN FINANCIERA E TESORERIA Y CONVENIOS	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA FALTA DE GESTIN PARA DEP RAR Y/O SANEAR LOS SALDOS DE LAS C ENTAS DE AHORRO DE CONVENIOS FINALIJADOS A 81/12/2028 M E CONTIN AN REFLEY NDOSE EN LOS ESTADOS FINANCIEROS	CONCILIAR MENS ALMENTE LA EYEC CIN DE LOS REC RSOS DE CONVENIOS, CON EL OBYETO DE REALIJAR LA DEVOL CCIN DE LOS REC RSOS NO EYEC TADOS DE LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS.	DIRECCIN FINANCIERA E TESORERIA Y CONVENIOS	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA FALTA DE GESTIN PARA DEP RAR Y/O SANEAR LOS SALDOS DE LAS C ENTAS DE AHORRO DE CONVENIOS FINALIJADOS A 81/12/2028 M E CONTIN AN REFLEY NDOSE EN LOS ESTADOS FINANCIEROS	REALIJAR SEG IMIENTO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON CONVENIOS INCL IDAS EN EL PLAN DE DEP RACION CONTABLE DE LA S BRED NORTE.	DIRECCIN FINANCIERA E TESORERIA Y CONVENIOS	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR LA FALTA DE GESTIN PARA ADELANTAR EL PROCESO DE DEP RACION DE LOS SALDOS REPORTADOS EN CONTABILIDAD FRENTE A LOS REPORTADOS POR EL REA DE CARTERA, PRESENTANDO NA S BESTIMACION DE LAS C ENTAS POR COBRAR CON CORTE A 81/12/2028	REALIJAR SEG IMIENTO MENS AL EN EL COMITU DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL REA DE CARTERA INCL IDAS EN EL PLAN DE DEP RACION CONTABLE	DIRECCIN FINANCIERA (CARTERA E CONTABILIDAD C)	ABIERTA	02

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO								
Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR LA NO RADICACIN DE FACT RAS PARA EL COBRO DE SERVICIOS DE SAL D	REALIJAR SEG IMIENTO MENS AL EN EL COMITU DE INGRESOS AL PLAN DE RADICACIN DE FACT RAS	DIRECCIN FINANCIERA E FACT RACIN	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA FALTA DE GESTIN PARA ADELANTAR EL PROCESO DE DEP RACIN DE LOS SALDOS REPORTADOS EN CONTABILIDAD POR CONCEPTO DE LETRAS Y PAGARES A PARTIC LARES	REALIJAR SEG IMIENTO AL C MPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES INCL IDAS EN EL PLAN DE DEP RACIN CONTABLE RELACIONADAS CON PAGARUS Y LETRAS A PARTIC LARES	DIRECCIN FINANCIERA E CARTERA	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR LA INCERTID MBRE EN LOS REGISTROS CONTABLES FRENTE A LOS REPORTADOS POR EL REA ACTIVOS FIYOS CON CORTE A 81/12/2028	REALIJAR TOMA FISICA DE INVENTARIOS DE LA S BRED NORTE	DIRECCIN ADMINISTRATIVA E ACTIVOS FIYOS	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR LA INCERTID MBRE EN LOS REGISTROS CONTABLES FRENTE A LOS REPORTADOS POR EL REA ACTIVOS FIYOS CON CORTE A 81/12/2028	PRESENTAR EL RES LTADO DE LA TOMA FISICA DE ACTIVOS ANTE EL COMITU DE INVENTARIOS Y REALIJAR LOS RESPECTIVOS AY STES EN EL SISTEMA DE INFORMACIN DIN MICA GERENCIAL A M E HAYA L GAR.	DIRECCIN ADMINISTRATIVA E ACTIVOS FIYOS	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR LA INCERTID MBRE EN LOS REGISTROS CONTABLES FRENTE A LOS REPORTADOS POR EL REA ACTIVOS FIYOS CON CORTE A 81/12/2028	CONCILIAR LA INFORMACIN FRENTE A REGISTROS CONTABLES	DIRECCIN ADMINISTRATIVA E Y RIDICA E ACTIVOS FIYOS E DESARROLLO INSTIT CIONAL	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR LA INCERTID MBRE EN LOS REGISTROS CONTABLES FRENTE A LOS REPORTADOS POR EL REA ACTIVOS FIYOS CON CORTE A 81/12/2028	ESTABLECER PLAN DE TRABAYO PARA LEGALIJAR Y FORMALIJAR EL ESTADO DE PREDIOS DE LA S BRED	OFICINA Y RIDICA	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR LA INCERTID MBRE EN LOS REGISTROS CONTABLES FRENTE A LOS REPORTADOS POR EL REA ACTIVOS FIYOS CON CORTE A 81/12/2028	CONCILIAR LA INFORMACIN FRENTE A REGISTROS CONTABLES RELACIONADO CON LOS VEHIC LOS DE LA ENTIDAD.	CONTABILIDAD E ACTIVOS FIYOS E TRANSPORTE	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR INCERTID MBRE DEL SALDO REGISTRADO EN LA S BC ENTA E 27 OTROS LITIGIOS Y DEMANDAS	ACT ALIJAR LA METODOLOGIA DE RIESGO PARA LA CALIFICACIN DEL CONTINGENTE Y DICIAL	Y RIDICA	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR INCERTID MBRE DEL SALDO REGISTRADO EN LA S BC ENTA E 27 OTROS LITIGIOS Y DEMANDAS	REALIJAR CONCILIACIN MENS AL CON SIPROY WEB (Y RIDICA Y CONTABILIDADC PARA ACLARAR DIFERENCIAS EN EL ESTADO DE LOS PROCESOS DE CADA PERIODO.	OFICINA Y RIDICA E DIRECCIN FINANCIERA	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR LA FALTA DE GESTIN M E PERMITA LA VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	EYEC TAR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PLAN DE FORTALECIMIENTO FINANCIERO	DIRECCIN DE FINANCIERA	ABIERTA	02	
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO POR FALTA DE ARTIC LACIN, ARMONIJACIN Y COHERENCIA ENTRE EL PLAN DE DESARROLLO INSTIT CIONAL PDI 2021E2024 Y EL PLAN OPERATIVO AN AL POA VIGENCIA 2028	REALIJAR SEG IMIENTO TRIMESTRAL A LA EYEC CIN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTIT CIONAL Y A LOS PLANES OPERATIVOS AN ALES POR PROCESO	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTIT CIONAL	ABIERTA	02	



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**

Fuente	Emisor	Informe	Hallazgo	Acción de Mejora	Responsable	ESTADO	Avance
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR REALIJAR TRASLADOS DE DINEROS DE LAS C ENTAS BANCARIAS ENCL SIVAS PARA EL MANEYO DE LOS REC RSOS DE LOS CONVENIOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS E PIC Y DE LAS RTAS INTEGRALES DE ATENCIN EN SALD E RIAS, A LAS C ENTAS DE LA S BRED NORTE E.S.E, EN LA VIGENCIA 2028	SOCIALIJAR INSTR CTIVO CON S PERSIVORES DE CONTRATO CON BASE EN N CRONOGRAMA DEFINIDO.	DIRECCIN FINANCIERAE CONVENIOS	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA Y PENAL POR LA OMISIN DEL REPORTE DEL EMBARGO DE LA C ENTA BANCARIA 4728 0001 1688 DEL CONVENIO 8118861E 2028 AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALD FFDS, EN EL SEG IMIENTO, EYEC CIN Y LIM IDACIN DE DICHO CONVENIO	ACT ALIJAR EL INSTR CTIVO DE CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS APEGFEIE26 INCL YENDO EL REPORTE OPORT NO DE EMBARGO DE C ENTAS DE LOS CONVENIOS, PROYECTOS O PROGRAMAS N AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SAL D E FFDS.	DIRECCINE CONVENIOSE TESORERIAE FINANCIERA E TESORERIA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA Y PENAL POR LA OMISIN DEL REPORTE DEL EMBARGO DE LA C ENTA BANCARIA 4728 0001 1688 DEL CONVENIO 8118861E 2028 AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALD FFDS, EN EL SEG IMIENTO, EYEC CIN Y LIM IDACIN DE DICHO CONVENIO	SOCIALIJAR INSTR CTIVO DE EYEC CIN DE CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS APEGFEIE26 CON S PERSIVORES DE CONTRATO CON BASE EN N CRONOGRAMA DEFINIDO.	DIRECCIN FINANCIERA E TESORERIA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR FALTA DE GESTIN EN LA DEP RACIN DE EM IPOS BIOMUDICOS PARA DAR DE BAYA	REALIJAR INVENTARIO DE EM IPOS BIOMUDICOS EN PROCESO DE BAYA.	DIRECCIN ADMINISTRATIVA E ACTIVOS FIYOS E INGENIERIA BIOMUDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR FALTA DE GESTIN EN LA DEP RACIN DE EM IPOS BIOMUDICOS PARA DAR DE BAYA	DAR C MPLIMIENTO AL PLAN DE BAYAS	DIRECCIN ADMINISTRATIVA E ACTIVOS FIYOS E INGENIERIA BIOMUDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON INCIDENCIA FISCAL EN C ANTIA DE \$78.186.600 Y PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR EL PAGO DEL SOAT A VEHIC LOS M E SE ENC ENTRAN INSERVIBLES Y EN PROCESO DE BAYA	FORM LAR CRONOGRAMA DE RENOVACIN DE SOAT POR GR POS DE VEHIC LOS.	DIRECCIN ADMINISTRATIVA E ACTIVOS FIYOS E INGENIERIA BIOMUDICA	ABIERTA	02
Externa	Contralora	PAD_168 A DITORIA FINANCIERA Y DE GESTIN CONTRALORIA 12E2024	HALLAJGO ADMINISTRATIVO CON PRES NTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR INC MPLIMIENTO EN LOS TURMINOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS EN LA GESTIN DE VERIFICACIN Y APROBACIN DE PLIJAS	GENERAR C ADRO DE CONTROL PARA VERIFICACIN Y APROBACIN DE PLIJAS.	DIRECCIN DE CONTRATACIN	ABIERTA	02