

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

<b>año</b>	<b>Auditoría</b>	<b>Proceso</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Incidencia</b>
2025	Informe de Seguimiento Investigaciones Administrativas 2025	1.1. Jurídica	Realizar la continua consolidación de los expedientes de las investigaciones administrativas sancionatorias correspondientes a la vigencia 2025 y años anteriores, conforme a lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 599 de 2000, con el fin de garantizar la integridad, disponibilidad y trazabilidad de la información, así como facilitar el seguimiento, control y eventual fiscalización de estos procesos	NA
2025	Informe de Seguimiento Investigaciones Administrativas 2026	1.1. Jurídica	Sanear las sanciones ejecutoriadas correspondientes a las vigencias 2023 y 2024, cuyo monto total asciende a (\$194.360.000) ciento noventa y cuatro millones trescientos sesenta mil pesos, conforme al Artículo 192 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, con el fin de evitar intereses moratorios o sanciones adicionales.	NA
2025	Auditoría Proyectos de inversión e infraestructura Informe No. 63-2025	1.2. Desarrollo Institucional	Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resolución 1519 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.	NA
2025	Auditoría Subproceso Gestión de Ingreso Informe No. 66 - 2025	3.2. Gestión Financiera	Hallazgo N. 1 Incumplimiento de la Ley 716 de 2001 y sus modificatorias, así como de la Resolución 107 de 2017 de la Contaduría General de la Nación, en relación con el proceso de saneamiento contable por la persistencia de saldos sin depurar, situación que incide directamente en la sobrevaloración de las cuentas por cobrar y demuestra una falta de control efectivo y seguimiento de la función financiera. Específicamente, se identificaron saldos por cobrar sin factura por \$2.819.903.174, saldos de entidades liquidadas (como Cafesalud) por \$155.283.537.082 y pagarés prescritos (vigencias 2015-2022) por \$6.495.819.239, contraviniendo el Artículo 789 del Código de Comercio. En consecuencia, la falta de depuración de los estados financieros expone a la entidad a riesgos de carácter financiero, legal y transparencia ante los entes de control.	NA
2025	Auditoría Subproceso Gestión de Ingreso Informe No. 66 - 2025	3.2. Gestión Financiera	Hallazgo N. 2 Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gestión Financiera, al observarse inconsistencias y fallas en la facturación y el recaudo, evidenciadas en servicios pendientes de refacturar, un recaudo de cuentas por cobrar inferior al 50%, incremento de cartera, y un deterioro de esta superior al 60%. Lo anterior debido a deficiencias en el control interno y la supervisión del ciclo de facturación y recaudo, lo que impide la correcta y oportuna gestión de la cartera. Ante esta situación, la entidad enfrenta una afectación en su liquidez y sostenibilidad financiera, limitando su capacidad para cumplir con su objeto	NA
2025	Auditoría Subproceso Gestión de Ingreso Informe No. 66 - 2025	3.2. Gestión Financiera	Hallazgo N. 3 Incumplimiento de la Ley 594 de 2000 y la Ley 87 de 1993, al evidenciarse debilidades en los procedimientos de custodia física de los títulos valores (pagarés). Estas debilidades demuestran una deficiencia en la gestión de archivos, lo que compromete la integridad de la información y la validez de los pagarés como soporte documental y título valor, exponiendo a la entidad a un riesgo significativo de sanciones y a la pérdida de derechos de cobro.	NA
2025	Auditoría a Medicina General y Especializada Informe No. 69-2025	2.1. Servicios Ambulatorios	Hallazgo N° 1 Incumplimiento a la Guía de Gestión Integral de Riesgo, toda vez que en la vigencia 2025, no se registra avance en los controles del único riesgo identificado para gestión de servicios ambulatorios en la Matriz de gestión de Riesgos 2025 en la plataforma institucional almera, lo que secundariamente puede generar riesgo para la protección de los recursos de la organización y riesgos en la prestación de los servicios contratados.	NA
2025	Auditoría a Medicina General y Especializada Informe No. 69-2025	2.1. Servicios Ambulatorios	Hallazgo N° 2 Incumplimiento Resolución 3100 de 2019, Capítulo III, Artículo 12, numeral 9.3.2. sobre las Obligaciones en materia de distintivos de habilitación del prestador de servicios de salud, toda vez que se encontró ausencia de distintivos de habilitación en sede San Luis, deterioro de distintivos de habilitación en sedes Codito, Gaitana, CES y falta de realización de novedad de cierre del servicio de MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, CODIGO 327 que no se presta desde marzo de 2024, sin embargo, se encuentra registrado en el Registro Especial de Prestadores REPS con distintivo N° DHSS0416354. ocasionando riesgo de sanciones administrativas por parte de la Secretaría Distrital de Salud, y otros entes de vigilancia y control o de veedurías de control ciudadano con posibles consecuencias jurídicas y pérdidas económicas y afectación reputacional	NA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

<b>año</b>	<b>Auditoría</b>	<b>Proceso</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Incidencia</b>
2025	Auditoría a Medicina General y Especializada Informe No. 69-2025	2.1. Servicios Ambulatorios	Hallazgo N° 3 Incumplimiento a la Resolución 740 de 2023 por medio de la cual se definen las Políticas institucionales y se adoptan las políticas del modelo integrado de planeación y gestión -MIPG, debido a faltas en medición y registro de los indicadores registrados en almera, relacionado con fallas en el monitoreo del sistema de información del proceso, generando afectación de la gestión operativa y afectación económica y reputacional de la institución.	NA
2025	Auditoría a Medicina General y Especializada Informe No. 69-2025	2.1. Servicios Ambulatorios	Hallazgo N° 4 Incumplimiento a la ficha técnica del Indicador de porcentaje de inasistencias Código GA16, por falta de mecanismos de control y seguimiento estandarizado y efectivo, asociado a resultados muy elevados y persistentes respecto de la meta y el objetivo establecidos, afectando el uso eficiente de los recursos de la institución, con afectación económica y reputacional y secundariamente con efectos desfavorables sobre la calidad de la atención de salud.	NA
2025	Auditoría a Medicina General y Especializada Informe No. 69-2025	2.1. Servicios Ambulatorios	Hallazgo N° 5 Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos Código: ES-GC-M-01-0, numerales 2, 2.1, toda vez que la base documental del subproceso de medicina general y especializada requiere actualización, con evidencia en Almera de documentos que datan del año 2017 inclusive, generando riesgos operativos por 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, afectando la eficiencia y efectividad del proceso y /o reprocesos que disminuyan la optimización de los recursos con los que cuenta el proceso.	NA
2025	Auditoría a Medicina General y Especializada Informe No. 69-2025	2.1. Servicios Ambulatorios	Hallazgo N° 6 Incumplimiento al Manual de supervisión e interventoría contractual, Código AP-CT-M-014 Versión 4, por cuanto se encontró falta de controles en pertinencia medica de las actividades desarrolladas por el proveedor, que ocasiona fallas en la evaluación previa a la certificación para interacción y reporte al contratista sobre faltantes y deficiencias que se identifiquen y sean subsanados; adicionalmente, no se evidencio pago de las obligaciones del contrato desde su inicio, alteración de la continuidad en el servicio, interrupción del servicio contratado y secundariamente, generando riesgo de afectación de la atención de los usuarios.	NA
2025	Auditoría al Subproceso de Ejecución del Gasto Informe No. 21-2025	3.2. Gestión Financiera	Hallazgo 1 Incumplimiento en el objetivo del proceso de Gestión Financiera, en cuanto a: “Administrar y gestionar de manera eficiente los recursos económicos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacción los usuarios de la Subred Norte”, la auditora observó que al consignar el dinero de destinación específica en la cuenta de ahorros de recursos propios se pierde la trazabilidad de los dineros trasladados, no siendo posible identificar el uso adecuado de los recursos de destinación específica y una posible desfinanciación de los recursos propios. A su vez este procedimiento de “traslado de recursos financieros de destinación específica”, se está abocando a la entidad por parte de los entes de control a hallazgo o sanciones relacionados con el manejo de este tipo de recursos financieros.	NA
2025	Auditoría al Subproceso de Mercadeo Informe No. 42-2025	1.2. Desarrollo Institucional	Hallazgo No 1 Incumplimiento del objetivo del Procedimiento de Gestión Comercial y del literal b) 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 diseño del Plan de Ventas, que carece de cronograma de actividades, políticas de mercado e indicadores confiables, sumado a inconsistencias entre los valores socializados en comités y los ejecutados presupuestalmente, así como a la falta de articulación entre las áreas de Planeación, Mercadeo y Gestión Financiera. Estas deficiencias afectan la capacidad operativa de la entidad y comprometen su sostenibilidad financiera, generando riesgos en la consecución de las metas de ventas y en la confiabilidad de la información gerencial.	NA
2025	Auditoría al Subproceso de Mercadeo Informe No. 42-2025	1.2. Desarrollo Institucional	Hallazgo No. 2 Incumplimiento de la Ley 87 de 1993 al no garantizarse la protección de los recursos en la contratación de servicios tercerizados (Cardiología, Hemodinamia y Gastroenterología) debido a: (i) ausencia de controles por parte de los supervisores de contratos y el subproceso de Mercadeo; y (ii) falta de comunicación entre áreas para ajustar tarifas en Dinámica Gerencial cuando los proveedores incrementan precios de insumos. Esta falla en los mecanismos de control interno materializa un riesgo financiero al permitir sobrecostos no detectados oportunamente, vulnerando el principio de administración eficiente de recursos establecido en la norma.	NA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

<b>año</b>	<b>Auditoría</b>	<b>Proceso</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Incidencia</b>
2025	Auditoría APH y Transporte Asistencial Informe No. 49 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo N° 1. Incumplimiento Resolución 3100 de 2019, Capítulo III, Artículo 12, toda vez que se encontró en reportes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, registro de una ambulancia Básica inscrita vigente OLN260 y se evidencia hace al menos un año no presta servicio como ambulancia y no se realizó la novedad respectiva en el REPS, afectando el reporte de capacidad instalada de la Subred Norte obstaculizando la destinación como vehículo de transporte de insumos, generando riesgos de sanciones administrativas por parte de la Secretaría Distrital de Salud, y otros entes de vigilancia y control con posibles consecuencias jurídicas y pérdidas económicas. 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.	NA
2025	Auditoría APH y Transporte Asistencial Informe No. 49 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo N° 2. Incumplimiento a la CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionado con pactar condiciones desventajosas o no favorables para la institución en convenio interadministrativo, debido a no estimar adecuadamente la demanda del servicio de vehículos para atención médica de urgencias y vehículos de salud mental, con la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas, afectación reputacional y legal.	NA
2025	Auditoría APH y Transporte Asistencial Informe No. 49 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo N° 3. Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos Código: ES-GC-M-01-0, numerales 2, 2.1, toda vez que la base documental de traslados secundarios requiere actualización, no se evidencia realización de análisis de las actividades, tiempos, responsables y controles documentados, durante la prestación de servicios de traslados secundarios, que a su vez se relaciona con falta de control efectivo en inicio de turno, entrega de turno, tiempos de disponibilidad después de entrega y comunicación, ocasionando incertidumbre sobre la eficiencia en la utilización de los recursos para la prestación de los servicios con posible afectación por demoras en la prestación de servicios de salud.	NA
2025	Auditoría APH y Transporte Asistencial Informe No. 49 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo N° 4. Incumplimiento a la Ley 87 de 1993 "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 a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten";; debido a falta de controles en el proceso de los traslados secundarios, debido a su vez por falta de medición, evaluación de la oportunidad y seguimiento a la operatividad en traslados secundarios, por no utilización de los recursos disponibles como equipos de radiocomunicación, no utilización de historia clínica electrónica en tiempo real, generando en consecuencia riesgos en la prestación de los servicios, posibles fallas en la oportunidad y la calidad de la atención del paciente así como la afectación de la eficiencia hospitalaria.	NA
2025	Auditoría APH y Transporte Asistencial Informe No. 49 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo N° 5. Incumplimiento a Resolución 0601 de 2023 que establece las Políticas Institucionales de la Subred Norte, Política de Seguimiento y evaluación desempeño institucional debido a las inconsistencias encontradas en los informes de gestión de Traslados secundarios, así como en el Indicador definido y su ficha técnica, las cifras informadas de traslados fallidos, ocasionando dificultad en la toma de decisiones e ineffectividad del proceso.	NA
2025	Auditoría APH y Transporte Asistencial Informe No. 49 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo N° 6. Incumplimiento a la resolución 1995 de 1999, artículos 12 que establece la obligatoriedad del archivo único de historias clínicas guardando los principios generales establecidos en el acuerdo 07 de 1994, referente al reglamento general de archivos del AGN y el artículo 13 define la custodia de la historia clínica a cargo del prestador de servicios de salud, debido a que la entrega de historias clínicas 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 móviles por algunos días hasta la entrega al asistente administrativo, generando riesgos de pérdida de información	NA
2025	Auditoría Asignación de Citas Informe No. 31	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Hallazgo No 1: Incumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos Código: ES-GC-M-01-0, numerales 5.4 y 5.5 por cuanto se encuentra desactualización 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.	NA
2025	Auditoría Asignación de Citas Informe No. 31	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Hallazgo No. 2: Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resolución 1519 de 2020 debido a fallas e inconsistencias en la información sobre la asignación de citas publicada en la página web institucional. La falta de verificación y actualización de esta información ha generado errores o datos des actualizados, lo que obstaculiza a usuarios y a la comunidad en general para la solicitud de citas a través de este medio. Esta baja utilización conlleva afectaciones económicas, reputacionales y legales.	NA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE CONSOLIDADO DE HALLAZGOS				
año	Auditoría	Proceso	Hallazgo	Incidencia
2025	Auditoría Asignación de Citas Informe No. 31	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Hallazgo No. 3: Incumplimiento a Resolución 0601 de 2023 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 597 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 PQRD 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.	NA
2025	Auditoría Asignación de Citas Informe No. 31	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Hallazgo No. 4: Incumplimiento de lo definido en la Resolución 1552 de 2013, Artículo 1.- Agendas abiertas para asignación de citas. Artículo 2.- Obligación de registro. Toda vez que se evidencio que no se mantienen abiertas agendas para la asignación de citas la totalidad de días hábiles del año y que por el contrario se informó a los usuarios que no había disponibilidad de agendamiento; 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 atención en los servicios de salud.	NA
2025	Auditoría Asignación de Citas Informe No. 31	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Hallazgo No. 5: El incumplimiento de las políticas establecidas en el manual de políticas de seguridad y privacidad de la información AP-GL-M-02, la política de seguridad y privacidad de la información ES-GE-F-27 y el instructivo de administración de cuentas de usuario AP-GH-02 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	NA
2025	Auditoria Cesantias Retroactivas Informe No. 41 2025	3.1. Gestión del Talento Humano	Hallazgo N° 1. CAPACITAR A UN COLABORADOR PARA REALIZAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON CESANTÍAS TANTO LEY 50 COMO RETROACTIVAS.	NA
2025	Auditoria Cesantias Retroactivas Informe No. 41 2025	3.1. Gestión del Talento Humano	Hallazgo N° 2. ACTUALIZAR EL INSTRUCTIVO DE CESANTÍAS CON COBERTURA A RÉGIMEN LEY 50 Y RETROACTIVAS, INCLUYENDO EL PASO A PASO PARA LA LIQUIDACIÓN Y HASTA LA REMISIÓN A FINANCIERA CONTEMPLANDO TODAS LAS POSIBLES OPCIONES DE LIQUIDACIÓN.	NA
2025	Auditoria Cesantias Retroactivas Informe No. 41 2025	3.1. Gestión del Talento Humano	Hallazgo N° 3. FORTALECER LAS ESTRATEGIAS PARA SOCIALIZAR PERIÓDICAMENTE EL ESTADO DE LA DEUDA RELACIONADA CON LAS CESANTÍAS RADICADAS	NA
2025	AUDITORÍA DE LEGALIZACION DE PREDIOS	3.3. Gestión Administrativa	Incumplimiento del codigo civil colombiano articulo 756, debido a la falta de titularización del os 23 predios de la subred norte, que no han sidfo legalizados formalmente, por falta de saneamiento de los bienes inmuebles que administra, lo que que podria gener un riesgo juridico y administrativo, dado que la falta de inscripción impide la formalización plena de la propiedad y puede afectar procesos futuros como adjudicaciones, transsferencias o inversiones sobre dichos inmuebles	NA
2025	AUDITORIA DE PROPIEDAD O PLANTA Y EQUIPO	3.3. Gestión Administrativa	Incumplimiento de los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos Código: ES-GC-M-01-0, debido a la falta de revisión sistemática y oportuna, así como al mantenimiento inadecuado de la documentación en el aplicativo Almera, aspecto que representa un riesgo significativo para el cumplimiento del proceso. Esta deficiencia puede resultar en el uso de documentos desactualizados o no autorizados y la ejecución de actividades innecesarias o reprocesos que comprometen la optimización de los recursos con los que cuenta el proceso.	NA
2025	AUDITORIA DE PROPIEDAD O PLANTA Y EQUIPO	3.3. Gestión Administrativa	Inobservancia del numeral 6.4 del Manual de Políticas Contables de la Subred Norte y de los numerales e, f y g del Artículo 2 de la Ley 87 de 1993. toda vez que se identificaron registros contables mal clasificados en las subcuentas de Propiedad, Planta y Equipo que no corresponden a su naturaleza real. Dicha situación es generada por la deficiencia en el proceso de verificación y control durante el registro contable de los activos fijos. En consecuencia, esta mala clasificación puede distorsionar los estados financieros, afectar la medición de la depreciación y el valor real de los activos, lo que compromete el cumplimiento normativo y la toma de decisiones.	NA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

año	Auditoria	Proceso	Hallazgo	Incidencia
2025	AUDITORIA DE PROPIEDAD O PLANTA Y EQUIPO	3.3. Gestión Administrativa	Inobservancia del numeral 6.4 y 6.7.4 – depreciación y vida útil del Manual de Políticas Contables de la Subred Norte, así mismo se incumple lo señalado en los numerales e, f y g del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, se establecieron diferencias encontradas en la depreciación mensual, depreciación total, saldo en libros y vida útil lo en los activos fijos verificados, debido a los errores de cálculo de las partidas del aplicativo Dinámica Gerencial – Modulo de Activos Fijos que al ser registrados afectarían la razonabilidad de los estados financieros en el rubro de propiedad planta y equipo, incurriendo en la toma decisiones de forma equivocada y materializando un posible riesgo para la preparación y presentación de Información Financiera a los entes reguladores y de control incurriendo en sanciones	NA
2025	AUDITORIA DE PROPIEDAD O PLANTA Y EQUIPO	3.3. Gestión Administrativa	Incumplimiento del numeral 5.3.7 página 22 del Manual manejo y control de los bienes en propiedad planta y equipo Código: AP-AT-M-01, debido a la falta de actualización de los inventarios del sistema de información se evidencia funcionarios retirados que continúan con activos a su cargo, debido a la falta de controles en la gestión de los inventarios al momento del retiro de los funcionarios, lo que con lleva a un riesgo de pérdida o mal uso de los recursos de la entidad.	NA
2025	Auditoría de Subproceso de Costos Informe NO. 56 - 2025	3.2. Gestión Financiera	Hallazgo 1 Incumplimiento de la ley 87 de 2023 "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, literal a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten. Y el objetivo del Proceso Financiero "Administrar y gestionar de manera eficiente los recursos económicos para obtener la sostenibilidad financiera de la entidad, el desarrollo de su objeto social y la satisfacción los usuarios de la Subred Norte". Lo anterior debido a que el Informe de Costos (según Resolución DDC-000001 de 2023) y/o demás reportes financieros emitidos por el subproceso se generan de forma manual (hojas de cálculo). Adicional no existe un plan de trabajo que permita evidenciar acciones efectivas que conlleven a la puesta en funcionamiento del módulo de costos, siendo herramienta esencial para la toma de decisiones a nivel gerencial e incidiendo de igual manera en la optimización de los recursos tecnológicos y financieros de la Entidad. Esta ausencia no garantiza un sistema de información confiable que permita con exactitud determinar los costos de la Entidad.	NA
2025	Auditoría de Subproceso de Costos Informe NO. 56 - 2025	3.2. Gestión Financiera	Hallazgo 2 Inobservancia del Manual de Políticas Contables de la Subred Norte, numeral 6.4 Características de la información financiera "(...) Representación Fiel: refleja fielmente los hechos económicos, mediante una descripción completa, neutral y libre de error (sin omisiones)... Verificabilidad: Asegura a los usuarios, que la información representa fielmente los hechos. Dada las inconsistencias encontradas en los informes de costos emitidos por el Subproceso correspondientes al I y II trimestre de 2025, se genera incertidumbre en el resultado final de las actividades por centros de Costos y posibles, abocando a la Entidad en incurrir en la toma de decisiones de forma equivocada y materializando un posible riesgo reputacional por parte de los entes reguladores y de control.	NA
2025	Auditoría Gestión clínica Excelente y segura_Gobierno Clínico Informe No 57 -2025	1.7. Calidad	Hallazgo No. 1 Incumplimiento de los artículos séptimo y octavo de la Resolución 0993 de 2023 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 podría impactar negativamente la mejora continua de la atención y la adopción de medidas correctivas y oportunas.	NA
2025	Auditoría Gestión clínica Excelente y segura_Gobierno Clínico Informe No 57 -2025	1.7. Calidad	Hallazgo No. 2 Incumplimiento al Manual de gobierno clínico Código ES-GC-M-08, 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 mejora; dar seguimiento a riesgos clínicos, garantizando así 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.	NA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

<b>año</b>	<b>Auditoría</b>	<b>Proceso</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Incidencia</b>
2025	Auditoría Plan de Estabilización Sistema de Información Informe No. 78-2025	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo No1 Incumplimiento del Instructivo de Copias de Seguridad (Backup) AP-GI-I-03 e inobservancia de los formatos oficiales AP-AT-F-173 y AP-AT-F-174. Lo anterior se debe a la discrepancia documental entre el procedimiento y los instrumentos de registro, incluye el uso de formatos no normalizados y registros inexactos de las actividades de copias de seguridad y restauración. Dicha situación se atribuye a las deficiencias operativas y documentales en la aplicación del procedimiento; por lo que se incrementa el riesgo de pérdida de información crítica, se compromete la capacidad de la Subred para ejecutar un Plan de Recuperación de Desastres (DRP) y afecta la continuidad del negocio.	NA
2025	Auditoría Plan de Estabilización Sistema de Información Informe No. 78-2025	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo N° 2 Incumplimiento de la Política de Activos de Información (AP-GI-M-02) y del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información (AP-GI-PL-03). Se identificó que el sistema Dinámica Gerencial y sus componentes no se encuentra registrado en el Inventario de activos de información. Esta situación es resultado de la falta de actualización del inventario y de la omisión en la aplicación del procedimiento de gestión de activos, lo que representa un riesgo significativo en la gestión, control y ciclo de vida del recurso tecnológico, comprometiendo la trazabilidad y la seguridad de la información.	NA
2025	Auditoría Plan de Estabilización Sistema de Información Informe No. 78-2025	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo N° 3 Adoptar la metodología estandarizada para el diseño de controles, conforme la estructura propuesta en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo (Versión 7, 2025). La cual establece que todo control debe definir claramente un responsable con la autoridad necesaria, una Acción redactada con verbos fuertes, y atributos informativos como Documentación, Frecuencia, Evidencia y Ejecución; además, cada control debe clasificarse como Preventivo, Detectivo o Correctivo para asegurar su efectividad en la mitigación del riesgo.	NA
2025	Auditoría Plan de Estabilización Sistema de Información Informe No. 78-2025	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo N° 4 Actualizar el organigrama de la oficina de Tics, en todos los documentos relacionados en el proceso, con el fin de identificar la ubicación formal del subproceso dentro de la estructura orgánica de la Subred.	NA
2025	Auditoría Plan de Estabilización Sistema de Información Informe No. 78-2025	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo N° 5 El Instructivo de administración de cuentas de usuario contempla el diligenciamiento del formato AP-GI-F-40, para la creación, modificación de usuarios de Dinámica Gerencial. Sin embargo, se constató que dicho formato se encuentra fuera de uso. Por lo tanto, se recomienda dar cumplimiento al instructivo vigente o proceder a su actualización para que refleje la realidad del procedimiento actual	NA
2025	Auditoría Plan de Estabilización Sistema de Información Informe No. 78-2025	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo N° 6 Ejecutar de manera el seguimiento pendiente del riesgo GITCS03, y que el monitoreo efectuado por la primera línea de defensa, se desglose a nivel de control específico, permitiendo determinar la efectividad de operación de cada control.	NA
2025	Auditoría Plan de Estabilización Sistema de Información Informe No. 78-2025	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo N° 7 Con relación al plan de estabilización, se recomienda establecer de manera formal y explícita los objetivos y el alcance del plan desde la fase de formulación, asegurando una clara dirección y métricas de éxito.	NA
2025	Auditoría Plan de Estabilización Sistema de Información Informe No. 78-2025	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo N° 8 Respecto a los 5.950 casos activos en la mesa de servicio que no permiten una diferenciación por módulo del sistema. Se recomienda implementar una categorización que permita clasificar los casos de soporte por módulo del sistema. Esto facilitaría identificar los módulos que requieren mayor atención y orientar las acciones de mejora continua de manera específica.	NA
2025	Auditoría Programa de Atención Domiciliaria (AMED) Informe No. 25 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo No 1: Incompatibilidades en el perfil profesional del recurso humano contratado y debilidades en la gestión del recurso humano. Se evidencia que la terapeuta física contratada bajo el contrato CPS-3465-2025 fue requerida para realizar funciones de terapeuta integral, incluyendo evaluación respiratoria, pese a que su título profesional es únicamente de terapeuta física. Esto contraviene los principios de idoneidad profesional, ya que no puede realizar intervenciones fuera de su campo de formación. Asimismo, se identificó que el terapeuta respiratorio, antes del ingreso del terapeuta físico, realizaba funciones de ambas disciplinas.	NA
2025	Auditoría Programa de Atención Domiciliaria (AMED) Informe No. 25 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo No. 2: Falta de formalización documental del Programa de Atención Domiciliaria (AMED) dentro del Proceso de Urgencias. En la plataforma ALMERA no se encontró evidencia documental que respalde la existencia del Programa de Atención Domiciliaria (AMED) como parte del Proceso de Urgencias. Asimismo, en el Mapa de Procesos disponible en la página web institucional, no se identifica dicho programa como subproceso asociado.	NA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

<b>año</b>	<b>Auditoría</b>	<b>Proceso</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Incidencia</b>
2025	Auditoría Programa de Atención Domiciliaria (AMED) Informe No. 25 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo No 3: Ausencia de gestión de riesgos, planificación e indicadores en el Programa de Atención Médica Domiciliaria (AMED) No se evidencia en el sistema ALMERA documentación relacionada con la identificación de riesgos, puntos de control, metas o indicadores asociados al Programa de Atención Médica Domiciliaria (AMED). En el Mapa de Riesgos institucionales y de corrupción no se identifican riesgos específicos para este programa, asimismo, no se encontró Plan Operativo Anual (POA) ni indicadores de gestión vinculados al programa.	NA
2025	Auditoría Programa de Atención Domiciliaria (AMED) Informe No. 25 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo No 4: Incumplimiento del procedimiento de atención domiciliaria y ausencia de registros clínicos en el Programa AMED Teniendo en cuenta la información 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 Dinámica Gerencial ningún registro de respuesta, valoración, ni ingreso de los pacientes al programa. Adicionalmente, No se encontró el cumplimiento de las etapas de planeación, valoración y ejecución del tratamiento descritas en el procedimiento MI-GH-P-04 en la base de datos de 15 pacientes con fecha de salida del mes de febrero, en ninguna de las Historias Clínicas revisadas.	NA
2025	Auditoría Programa de Atención Domiciliaria (AMED) Informe No. 25 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo No 5: Prestación de servicios domiciliarios en unidad no habilitada (Chapinero) Según la información suministrada por el área de Habilitación y evidenciada en el certificado REPS, las únicas Unidades de Prestación de Servicios (UPS) habilitadas para la modalidad extramural domiciliaria en hospitalización de adultos son: Simón Bolívar, Engativá Calle 80 y el Centro de Servicios Especializados; y para hospitalización pediátrica: Simón Bolívar y el Centro de Servicios Especializados. La Unidad de Chapinero no se encuentra habilitada para prestar servicios de atención domiciliaria, pese a que actualmente participa en dicha modalidad.	NA
2025	Auditoría Programa de Atención Domiciliaria (AMED) Informe No. 25 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	Hallazgo No 6: Deficiencias en la gestión del talento humano del Programa AMED. Según lo evidenciado en la programación de turnos enviada por el Programa de Atención Domiciliaria (AMED) correspondiente al mes de febrero, se encontraron deficiencias en la gestión del talento humano: • Las convenciones utilizadas no permiten identificar claramente el horario de inicio y finalización de las jornadas. • No todo el personal cumplió con las 186 horas laborales requeridas. • Se asignaron turnos nocturnos de 10 horas al personal auxiliar, seguidos de turnos diurnos de • 12 horas sin pausas de descanso, lo que expone al personal a fatiga. • El personal auxiliar, además de estar motorizado y administrar medicamentos, podría incurrir en eventos adversos • Se detectó incumplimiento en la frecuencia de administración de medicamentos, sin concordancia con las órdenes médicas.	NA
2025	Auditoría Programa de Atención Domiciliaria (AMED) Informe No. 25 - 2025	2.3. Servicios De Urgencias	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 enfermería del Programa de Atención Domiciliaria (AMED), 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.	NA
2025	Auditoría Programación y pago de compensatorios	3.1. Gestión del Talento Humano	Hallazgo No.1. Incumplimiento de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 (Gestión de Riesgos) y la Resolución 0384 de 2025 (Política de Seguridad del Paciente), dado que no se cuenta con un plan de contingencia formal que incluya estrategias, acciones e indicadores de seguimiento, causada por la debilidad en la planeación y la gestión del riesgo operacional y de recurso humano frente al alto volumen de compensatorios otorgados y pendientes. Por lo que la entidad queda expuesta a riesgos operacionales y de salud que amenazan directamente la continuidad, calidad y seguridad de los servicios asistenciales, afectando la evaluación de la capacidad de oferta y el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente.	NA
2025	Auditoría Programación y pago de compensatorios	3.1. Gestión del Talento Humano	Hallazgo No.2. Incumplimiento del Instructivo del "Formato Reporte de Turnos y Novedades" (AP-TH-F-33) y del Manual de Procesos y Procedimientos de la Subred (ES-GC-M-01). Debido a la falta de control y supervisión ejercida por las Direcciones Misionales y Administrativas, lo que resulta en formatos incompletos (ausencia de firmas, inconsistencias en la información, etc.). Por consiguiente, se compromete la confiabilidad de la información del recurso humano, afectando la eficiencia operativa y la integridad del control interno de la entidad.	NA
2025	Auditoría Programación y pago de compensatorios	3.1. Gestión del Talento Humano	Hallazgo No. 3 Incumplimiento de la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), La deficiencia en el diligenciamiento de los formatos de novedades de personal, evidenciada en la inclusión recurrente de situaciones como ausencias injustificadas y permisos no autorizados, demuestra una falta de control efectivo y una debilidad en la supervisión del subproceso. En consecuencia, esta situación expone a la Subred a riesgos operativos, financieros y de fraude.	NA



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE CONSOLIDADO DE HALLAZGOS				
año	Auditoria	Proceso	Hallazgo	Incidencia
2025	Auditoria Subproceso de Seguridad y Salud en el Trabajo Informe No 70 - 2025	3.1. Gestión del Talento Humano	"Hallazgo No. 1 Incumplimiento a la Resolución 0312 de 2012 emitida por el Ministerio del Trabajo "Estándares Mínimos SG-SST" en el numeral 7.1.3 del Artículo 27 "Ejecución de acciones preventivas, correctivas y de mejora de la investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedad laboral", debido a que en la evaluación 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 coordinación de las dependencias responsables de esta actividad, impactando en el resultado de la evaluación por parte del ente regulador. La reincidencia de incumplimiento a esta meta podría abocar a la entidad a sanciones por parte del Ministerio de Trabajo."	NA
2025	Auditoría Subproceso Gestión Clínica Excelente y Segura: Seguridad del Paciente Informe No 76 - 2025	1.7. Calidad	Hallazgo N° 1. Incumplimiento y baja adherencia a la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente – 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 – “Paquetes Instruccionales”, 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 MI-EX-G-89-01, denominada Seguridad del Paciente y Atención Segura. Dicha guía, que forma parte integral del Programa de Seguridad del Paciente (código ES-GC-PR-01). 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 3100 de 2019, la Resolución 1441 de 2013 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecen la aplicación efectiva y continua de prácticas seguras en los procesos asistenciales. La causa principal de este hallazgo se asocia a un débil seguimiento y supervisión en la implementación de los paquetes instruccionales, así como a la inadecuada aplicación de los controles establecidos para su cumplimiento. Como consecuencia, se incrementa el riesgo de ocurrencia de eventos adversos prevenibles, afectando la calidad del servicio, la seguridad del paciente y generando posibles implicaciones legales, éticas, reputacionales y económicas para la institución.	NA
2025	Auditoría Subproceso Gestión Clínica Excelente y Segura: Seguridad del Paciente Informe No 76 - 2025	1.7. Calidad	Hallazgo N° 2. 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 ES-GC-I-02, versión 3.0), 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, dificulta el análisis de las causas de las prácticas inseguras, afectando la efectividad del Programa de seguridad del Paciente y la calidad de la atención en salud.	NA
2025	Auditoría Subproceso Gestión Clínica Excelente y Segura: Seguridad del Paciente Informe No 76 - 2025	1.7. Calidad	Hallazgo N° 3. 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 – 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. Las diferencias identificadas podrían 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.	NA
2025	Auditoria Vida Util equipos Biomedicos No.28	3.3. Gestión Administrativa	Incumplimiento de los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos Código: ES-GC-M-01, debido a la falta de revisión sistemática y oportuna, así como al mantenimiento inadecuado de la documentación en el aplicativo Almera, aspecto que representa un riesgo significativo para el cumplimiento del proceso. Esta deficiencia puede resultar en el uso de documentos desactualizados o no autorizados y la ejecución de actividades innecesarias o reprocesos que comprometen la optimización de los recursos con los que cuenta el proceso.	NA



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

<b>año</b>	<b>Auditoria</b>	<b>Proceso</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Incidencia</b>
2025	Auditoria Vida Util equipos Biomedicos No.28	3.3. Gestión Administrativa	No se registra en el aplicativo Almera el indicador 'Porcentaje de actualización de hojas de vida de equipos biomédicos', incumpliendo lo establecido en el Manual para la Gestión de la Tecnología (código AP-AT-M-02, numeral 6.3.2.1). Esta omisión impide el seguimiento sistemático del estado de los equipos, debido a la falta de parametrización del indicador en el sistema. Como consecuencia, se compromete la efectividad de la gestión de recursos tecnológicos, al no disponer de datos actualizados para priorizar mantenimientos, garantizar disponibilidad de equipos y cumplir con los estándares de calidad en la atención de salud.	NA
2025	Auditoria Vida Util equipos Biomedicos No.28	3.3. Gestión Administrativa	Se identificaron inconsistencias entre los registros de la 'Hoja de Vida de Equipo Médico' (código AP-AT-F-06) y el cronograma de mantenimiento (código AP-AT-F-43-05), incumpliendo lo establecido en el Manual de Gestión de la Tecnología (AP-AT-M-02, numerales 6.5.6 y 6.5.2.3). Estas discrepancias evidencian que las hojas de vida no se actualizan según los mantenimientos realizados, debido a la falta de procedimientos estandarizados para la verificación periódica y capacitación insuficiente del personal responsable. Como consecuencia, se genera un riesgo operativo al no garantizar la seguridad y funcionalidad de los equipos biomédicos, lo que afecta la calidad de la atención al paciente y el cumplimiento de los estándares de salud establecidos.	NA
2025	Auditoria Vida Util equipos Biomedicos No.28	3.3. Gestión Administrativa	No se evidencia el diligenciamiento del formato AP-AT-F-95 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.	NA
2025	Evaluación de Control Contable - Vigencia 2024 Informe No. 12-2025	3.2. Gestión Financiera	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.	NA
2025	Evaluación de Control Contable - Vigencia 2024 Informe No. 12-2025	3.2. Gestión Financiera	Implementar estrategias como planes de choque, para el cumplimiento al plan de depuración y saneamiento contable, ajustado a final de la vigencia 2024.	NA
2025	Evaluación de Control Contable - Vigencia 2024 Informe No. 12-2025	3.2. Gestión Financiera	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 jurídicos.	NA
2025	Evaluación de Control Contable - Vigencia 2024 Informe No. 12-2025	3.2. Gestión Financiera	Las notas a los Estados Financieros al cierre de la anterior vigencia, no presentan la suficiente revelación de tipo cualitativo, cuantitativo y la descripción suficiente que permita dar claridad a las variaciones representativas entre las vigencias 2024-2023.	NA
2025	INFORME 4TO. SEGUIMIENTO PAGOS OPS	3.4. Gestión de Contratación	Se recomienda que la Oficina de Contratación, en coordinación con los supervisores de los contratos, realice la verificación de la información contractual cargada en SECOP II, incluyendo la corrección de inconsistencias, el cargue oportuno de los documentos por parte de los contratistas y la validación y aprobación de los soportes por los supervisores	NA
2025	Informe Auditoría Gestión de la Información 2025	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo No.1. Incumplimiento de lo preceptuado en la Ley 1712 de 2014, "Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional" y los principios establecidos, debido a la no evidenciada publicación en la página web de la Subred Norte ESE- link de "transparencia y acceso a la información pública", de los resultados de la evaluación trimestral del Plan Operativo Anual -POA y el comportamiento de los indicadores asociados con los diferentes procesos, lo que afecta el derecho ciudadano de acceso a toda la información que maneja el Estado colombiano.	NA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

año	Auditoria	Proceso	Hallazgo	Incidencia
2025	Informe Auditoría Gestión de la Información 2026	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo No.2. Incumplimiento de los numerales 6.4 y 6.7 del Manual de Procesos y Procedimientos Código: ES-GC M-01-0, de la Subred Integradas de Servicios de Salud Norte ESE., debido a la existencia de procedimientos obsoletos, formatos, instructivos y manuales desactualizados normativamente y que no reflejan la actualidad de la operación de la gestión de la información, lo que conlleva la generación de reprocesos, errores de operación, incremento de costos, pérdida de credibilidad e ineficiencia en la ejecución de actividades relacionadas con la gestión de la información	NA
2025	Informe Auditoría Gestión de la Información 2027	1.9. Sistemas de Información – Tic	Hallazgo No.3. Incumplimiento de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y lo reglamentado en la “Guía la Gestión Integral de Riesgo en entidades públicas”, del Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP, versiones 6 y 7, debido a la no renovación de riesgos desde hace 3 años y a la falta de identificación de riesgos, asociados con la Gestión de la Información que permitan mitigar el riesgo reputacional y económico ante la falta de confiabilidad y calidad de la información, desde el proceso de Gestión Estratégica,	NA
2025	Informe de Seguimiento PQRS INFORME No. 13 – 2025	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Fortalecer la comunicación con Capital Salud para corregir las inconsistencias observadas y que sean de su competencia.	NA
2025	Informe de Seguimiento PQRS INFORME No. 13 – 2025	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Implementar mejoras en el proceso de registro y gestión de datos para garantizar la precisión, integridad y oportunidad de la información.	NA
2025	Informe de Seguimiento PQRS INFORME No. 13 – 2025	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Garantizar la correcta clasificación de los riesgos y gestionar proactivamente las PQRS para reducir su volumen.	NA
2025	Informe de Seguimiento PQRS INFORME No. 13 – 2025	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Responder el 100% de las PQRS aquellas relacionadas con dificultades en la atención de los afiliados de CAPITAL SALUD e intervenir en las causas más frecuentes y reiteradas.	NA
2025	Seguimiento a la Gestion del Riesgo- VIGENCIA 2025 INFORME No. 82 -2025	1.2. Desarrollo Institucional	El mapa de riesgos institucionales no ha sido actualizado desde hace 3 años, lo que se agrava con el detalle del riesgo materializado disponible en ALMERA para tales vigencias. Lo anterior, evidencia una contravención a lo establecido en la “Guía para la Gestión integral del Riesgo en entidades públicas” versión 7, 2025 del DAFP, lo que conlleva decisiones basadas en información obsoleta, afectando el tratamiento del riesgo y la respuesta a la gestión efectiva del riesgo y las amenazas institucionales.	NA
2025	Seguimiento a la Gestion del Riesgo- VIGENCIA 2025 INFORME No. 82 -2025	1.2. Desarrollo Institucional	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, presentando un incumplimiento a lo preceptuado en la Ley 1712 de 2014, de Transparencia y Derecho de Acceso a la información Pública, lo que afecta el derecho fundamental de acceso a la información pública y la confianza ciudadana.	NA
2025	Seguimiento a la Ley 1712 de Transparencia Informe No. 81 -2025	1.2. Desarrollo Institucional	Asegurar el cumplimiento de la migración total de la información al nuevo gestor de contenido, con el proposito de lograr la implementación completa de las funciones de accesibilidad, presentación y navegación de la pagina web.	NA
2025	Seguimiento a la Ley 1712 de Transparencia Informe No. 81 -2025	1.2. Desarrollo Institucional	Realizar actividades para la actualización de información y mejoras en las herramientas del menú, de atención y servicios a la ciudadanía debido a que es parte importante en la participación, la comunidad y demás interesados que ingresen al portal para obtener información y servicios de la entidad	NA
2025	Seguimiento a la Ley 1712 de Transparencia Informe No. 81 -2025	1.2. Desarrollo Institucional	Garantizar que los documentos cumplan estándares de accesibilidad (WCAG), evitando imágenes escaneadas y rpriorizando formatos legibles y accesibles	NA
2025	Seguimiento a la Ley 1712 de Transparencia Informe No. 81 -2025	1.2. Desarrollo Institucional	Implementar un plan de trabajo que permita la verificación de los contenidos de la página web, para garantizar el correcto funcionamiento de los enlaces, la organización de la presentación de la información y la operatividad del menú de búsqueda en el portal de la entidad, brindando a los usuarios la certeza de transparencia y acceso de la información pública	NA
2025	Seguimiento a la Ley 1712 de Transparencia Informe No. 81 -2025	1.2. Desarrollo Institucional	Actualizar el plan de Recuperación de Desastres DRP, incluyendo la plataforma del portal web y definir claramente las políticas de respaldo, restauración, continuidad del servicio y los procedimientos a seguir ante incidentes digitales.	NA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

año	Auditoria	Proceso	Hallazgo	Incidencia
2025	Seguimiento a sentencias Judiciales Informe No. 47 – 2025	1.1. Jurídica	Hallazgo N° 01: Durante la revisión de los procesos judiciales y acciones de tutela seleccionados en la muestra, se evidenció que no se ha registrado en el aplicativo SIPROJWEB, la información completa sobre las actuaciones procesales, omitiéndose el cargue de las novedades reportadas por los respectivos despachos judiciales. Esto contraviene el artículo 34 de la Resolución 485 de 2023 de la Secretaría Jurídica Distrital, que establece que todas las actuaciones relevantes deben registrarse en el sistema dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su ocurrencia. La omisión en el registro oportuno de las novedades procesales, afecta la trazabilidad, el seguimiento y el control efectivo de los procesos judiciales, lo que puede derivar en la pérdida de términos procesales, falta de defensa oportuna y posibles sanciones por parte de los entes de control.	NA
2025	Seguimiento a sentencias Judiciales Informe No. 47 – 2025	1.1. Jurídica	Hallazgo N° 2. La Oficina Asesora Jurídica depende completamente del sistema SIPROJWEB, para la creación y control de todos los procesos judiciales. Esta auditoría no evidenció un plan de contingencia que prevea mecanismos alternativos de registro, protocolos de recuperación de datos y flujos de trabajo manuales temporales para mantener la operatividad durante eventuales fallas del sistema.	NA
2025	Seguimiento a sentencias Judiciales Informe No. 47 – 2025	1.1. Jurídica	Hallazgo N° 3. La auditoría evidenció que la Oficina Jurídica no cuenta con riesgos orientados a prevenir posibles actos de corrupción, esto puede representar una vulnerabilidad institucional, al no existir un control sobre este tipo de riesgo dentro del proceso.	NA
2025	SEGUIMIENTO DE RECURSOS FINANCIEROS PLAN DE CHOQUE REFACTURACION	3.2. Gestión Financiera	Se comprobó debilidades en el seguimiento y monitoreo de las actividades y compromisos establecidos en cada reunión del Comité de Ingresos, desde el momento en que se detectaron las fallas en el proceso de facturación debido al cambio del sistema de información Servinte a Dinámica Gerencial.	NA
2025	SEGUIMIENTO DE RECURSOS FINANCIEROS PLAN DE CHOQUE REFACTURACION	3.2. Gestión Financiera	A la fecha no es posible evaluar la efectividad del plan de choque teniendo en cuenta que la elaboración se realizó en el mes de agosto de 2025, donde se estableciendo cinco acciones de manera general que no permiten monitorear de forma específica cada acción.	NA
2025	SEGUIMIENTO DE RECURSOS FINANCIEROS PLAN DE CHOQUE REFACTURACION	3.2. Gestión Financiera	Con base en el último Comité de Ingresos donde la Oficina de Control Interno es miembro invitado, la gerente de la Subred aplaza dicha reunión hasta tanto no se concrete un plan de contingencia efectiva que conlleve a surtir el procedimiento de facturación.	NA
2025	Seguimiento del reporte en el aplicativo SIVICOF Informe No. 52 – 2025	1.2. Desarrollo Institucional	Fortalecer los mecanismos de control de firmas para asegurar la autenticidad de todos los informes que se presentan. Adicionalmente, se deben establecer controles internos más rigurosos sobre los plazos de entrega, con el fin de evitar futuros reportes extemporáneos a SIVICOF.	NA
2025	Seguimiento del reporte en el aplicativo SIVICOF Informe No. 52 – 2025	1.2. Desarrollo Institucional	Es importante tener en cuenta que, en caso de no ser posible realizar el cargue de los documentos electrónicos o formatos dentro de los tiempos establecidos, se deberá considerar lo estipulado en el artículo 12 de la Resolución Reglamentaria de la Contraloría de Bogotá No. 002 del 11 de febrero de 2022, relacionado con las prórrogas "La solicitud de prórroga deberá ser presentada por escrito, firmada por el representante legal o quien haga sus veces, por correo electrónico dirigido a la cuenta de correo electrónico correspondenciaexterna@contraloriabogota.gov.co o radicando presencialmente en la Contraloría de Bogotá, D.C.; motivando la razón de la petición y mínimo con tres (3) días hábiles de antelación al vencimiento del término que se tiene para rendir la cuenta. En el evento de fuerza mayor o caso fortuito, debidamente sustentado se podrá solicitar la prórroga hasta el mismo día del vencimiento.	NA
2025	Seguimiento de pagos de CPS - 1er. Trimestre 2025 - INFORME NO. 27	3.2. Gestión Financiera	Hallazgo N° 1. Actualizar la documentación disponible en ALMERA, que incluya aspectos normativos vigentes, actividades de control y la integración con el sistema de Información DINAMICA. A su vez, elaborar procedimiento relacionado con las actividades de: cargue de información, supervisión, solución de novedades y pago de los contratos de prestación de servicios - CPS.	NA
2025	Seguimiento de pagos de CPS - 1er. Trimestre 2025 - INFORME NO. 27	3.2. Gestión Financiera	Hallazgo N° 2. Definir presupuestalmente el estado de las novedades definitivas del periodo 2022 - 2024, con el objeto de prever futuros conflictos judiciales. Al respecto y según el estado de las obligaciones, liquidar los contratos respectivos.	NA
2025	Segundo Seguimiento a Gestión Ambiental Informe No. 33 – 2025	3.3. Gestión Administrativa	Hallazgo N° 1. ACTUALIZAR EL PGRI DE ACUERDO A LA ACTUAL NORMATIVIDAD VIGENTE RESOLUCIÓN 591 DE 2024	NA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE CONSOLIDADO DE HALLAZGOS				
año	Auditoria	Proceso	Hallazgo	Incidencia
2025	Segundo Seguimiento a Gestión Ambiental Informe No. 33 – 2025	3.3. Gestión Administrativa	Hallazgo N° 2. AJUSTAR, DEROGAR Y/O ACTUALIZAR LA RESOLUCIÓN 131 DE 2023 DE ACUERDO A LAS DECISIONES TOMADAS EN LAS SESIONES DE COMITÉ DE GESTIÓN AMBIENTAL EN RELACIÓN CON LA PERIODICIDAD PARA SESIONAR.	NA
2025	Segundo Seguimiento a Gestión Ambiental Informe No. 33 – 2025	3.3. Gestión Administrativa	Hallazgo N° 3. IMPLEMENTAR LOS INDICADORES ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 591 DE 2024	NA
2025	Segundo Seguimiento a Gestión Ambiental Informe No. 33 – 2025	3.3. Gestión Administrativa	Hallazgo N° 4. REALIZAR CAPACITACIÓN A USUARIOS EN ADECUADA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS	NA
2025	Segundo Seguimiento a Gestión Ambiental Informe No. 33 – 2025	3.3. Gestión Administrativa	Hallazgo N° 5. SOCIALIZAR A LAS PERSONAS DE GESTIÓN AMBIENTAL EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LAS BASES DE DATOS DE INDICADORES A FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE LOS REPORTES PRESENTADOS	NA
2025	Segundo Seguimiento a Gestión Ambiental Informe No. 33 – 2025	3.3. Gestión Administrativa	Hallazgo N° 6. IMPLEMENTAR EL 100% DEL PAI LO CUAL PERMITA DAR CUMPLIMIENTO A LA META ANUAL ESTABLECIDA EN GESTIÓN DE RESIDUOS EN RELACIÓN CON LOS RESIDUOS APROVECHABLES	NA
2025	Segundo Seguimiento a Gestión Ambiental Informe No. 33 – 2025	3.3. Gestión Administrativa	Hallazgo N° 7. SOCIALIZAR AL PERSONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL EN EL CORRECTO REPORTE DE INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LOS DATOS E IMPACTOS AMBIENTALES NECESARIOS EN LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS.	NA
2025	Segundo Seguimiento Contratación OPS Informe NO. 53 – 2025	3.2. Gestión Financiera	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. (Financiera) / 4. Establecer puntos de control entre los subprocesos que intervienen de la Gestión Financiera para mitigar posibles de errores. (Financiera)	NA
2025	Segundo Seguimiento Contratación OPS Informe NO. 53 – 2025	3.2. Gestión Financiera	2. Formular y socializar un procedimiento de liberación de saldos de Contratos de Prestación de Servicios -CPS, en el marco de la normatividad vigente. (CONTRATACIÓN) / 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. (CONTRATACIÓN)	NA
2025	Segundo Seguimiento Contratación OPS Informe NO. 53 – 2025	3.2. Gestión Financiera	3. implementar actividades de control en el componente de riesgos de Operación y Liquidez del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (Circular Superintendencia Nacional de Salud 20211700000004-5 de 2021) (tersorería y cartera financiera) (FINANCIERA)	NA
2025	TERCER INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS- APERTURA DE BUZONES	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Actualizar, revisar, integrar o retirar el flujograma – Ruta de intervención quejas por trato deshumanizado CÓDIGO ES-PA-PC Versión 1, publicado en ALMERA, atendiendo a lo dispuesto en el “Manual de procesos y procedimientos” (CODIGO ES-GC-M-01 versión 3.0) en ALMERA.	NA
2025	TERCER INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS- APERTURA DE BUZONES	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Gestionar y realizar seguimiento a la apertura de todos los buzones dispuestos en las diferentes Unidades de la Subred Norte E.S.E., dando cumplimiento a lo establecido en el “Instructivo de apertura de buzones gestión de la voz del usuario” (CODIGO ES-PA-I-10 versión 2.0) y la Circular Externa 008 de 2018 – Superintendencia Nacional de Salud, que establece directrices para el sistema de atención al usuario en las entidades del sector salud, de tal forma, que no se afecten los tiempos de respuesta a las solicitudes de PQRS, allí radicadas.	NA
2025	TERCER INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS- APERTURA DE BUZONES	1.5. Participación social y servicio al ciudadano	Realizar monitoreo y seguimiento por parte de la primera y segunda línea de defensa, al mapa de riesgos institucional identificado del proceso de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano, en cumplimiento del “Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos”, CODIGO ES-GE-M-02, versión 6) disponible en ALMERA, con el objetivo de mitigar el riesgo de respuesta oportuna de las peticiones interpuestas en la Subred Norte ESE, por parte de los ciudadanos.	NA