

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b> CRECIENDO JUNTOS			
 Creciendo juntos	COD: FR-SIAU-04  <b>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</b>		
		VERSION: 01	FECHA: 07- SEPTIEMBRE- 2021

## **INFORME DE AUDITORÍAS SEGUNDO TRIMESTRE 2025**

**OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA**  
**Jefe Oficina de Control Interno**  
**E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia**

**JUNIO 30 DE 2025**

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b>			
CRECIENDO JUNTOS			COD: FR-SIAU-04
 Creciendo juntos	<b>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</b>	VERSION: 01	FECHA: 07- SEPTIEMBRE- 2021

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>MARCO NORMATIVO</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>5</b>
<b>ALCANCE</b>	<b>5</b>
<b>CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS</b>	<b>6</b>
<b>EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS</b>	<b>7</b>

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b> CRECIENDO JUNTOS			
 Creciendo juntos	COD: FR-SIAU-04  <b>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</b>		
			VERSION: 01      FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2021

## INTRODUCCIÓN

La Auditoría Interna es una herramienta clave para fortalecer la gestión institucional, ya que permite identificar de manera oportuna errores, deficiencias o desviaciones dentro de los procesos organizacionales. Su propósito es contribuir al mejoramiento continuo, promoviendo el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la eficiencia en el uso de los recursos y el cumplimiento normativo, mediante la implementación de acciones correctivas y preventivas.

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia, comprometida con la calidad en la prestación de los servicios de salud y con el fortalecimiento de su gestión administrativa, asistencial y financiera, ha definido en su Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2025 una serie de auditorías internas orientadas a evaluar el desempeño de los procesos institucionales.

Estas auditorías tienen como finalidad verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos, identificar oportunidades de mejora, garantizar la adecuada ejecución de los procedimientos y contribuir a la toma de decisiones informadas. Asimismo, permiten la formulación de planes de mejoramiento para aquellas áreas que presenten debilidades o no estén alineadas con los objetivos institucionales.

De esta manera, la auditoría interna se consolida como un mecanismo de apoyo a la gestión gerencial, asegurando el fortalecimiento institucional y el desarrollo de una cultura organizacional basada en la transparencia, la eficacia y el mejoramiento continuo.

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b>			
 <b>Hospital San Juan de Dios de Betulia</b> <i>Creciendo juntos</i>	<b>CRECIENDO JUNTOS</b>		
	<b>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</b>	COD: FR-SIAU-04 VERSION: 01	FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2021

## **MARCO NORMATIVO**

- Ley 87 de 1993
- Decreto 1826 de 1994
- Decreto 943 de 2014
- Decreto 648 de 2017
- Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017
- Norma ISO 19011 de 2018

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b>			
 <b>Hospital San Juan de Dios de Betulia</b> <i>Creciendo juntos</i>	CRECIENDO JUNTOS		
	<b>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</b>		
	COD: FR-SIAU-04	VERSION: 01	FECHA: 07- SEPTIEMBRE- 2021

## **OBJETIVO**

Realizar las actividades de Auditoría y Seguimiento a las mismas en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia en aras de garantizar un mejor funcionamiento de la entidad, ayudando a cumplir los objetivos de esta y mejorando así los procesos realizados dentro de cada área de la E.S.E.

## **ALCANCE**

Elaboración de auditorías, informes, planes de mejoramiento y seguimiento a los procesos y áreas de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia en busca de conseguir un mejor funcionamiento en la entidad.

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



COD: FR-SIAU-04

**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

**CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS**

A continuación, se puede evidenciar el Cronograma de Auditorías aprobado para la vigencia 2025, con el propósito de reflejar de manera detallada la fecha de realización de cada auditoría propuesta a realizar.

CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS AÑO: 2025												
ÁREA o PROCESO	RESPONSABLE DEL ÁREA O PROCESO	EQUIPO AUDITOR	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
URGENCIAS	ENFERMERAS	S - O										
AMBULANCIAS	HORACIO NAVARRO – CRISTHIAN CAMACHO-LUIS GONZALO SERRANO	S – O										
FARMACIA	JHOMAYZA HERRERA	S – O										
VACUNACIÓN	ANGELA NAVARRO	S – O										
AREA CONTABLE Y FINANCIERA	ANGELO RUEDA	S - O										
FACTURACIÓN	ESTEBAN JAIMES GUERRERO-ADRIANA ARGUELLO	S - O										
PAMEC	CALIDAD	S - O										
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL	GERENTE/CONTADOR/SUB DIRECTOR/ CONTROL INTERNO	S										
CONTRATACIÓN	OSCAR MELO	S										
SIAU	NOHEMA RUEDA MARQUEZ	S - O										

Colocar las iniciales de los responsables y del equipo auditor.

Revisado: Oscar J. Melo	Firma:	Fecha: 10/02/2025
Aprobado: Miguel R. Tuta	Firma:	Fecha: 10/02/2025
Elaborado: Sandra Milena Plata	Firma:  Sandra Milena Plata D.	Fecha: 10/02/2025

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

COD: FR-SIAU-04

FECHA:

VERSION: 01

07-SEPTIEMBRE-2021

**EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS**

**1. ÁREA DE URGENCIAS:**

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de urgencias el día 16 de abril de 2025.

	E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos	
	AUDITORÍA INTERNA	COD: PL-GA-01 VERSIÓN: 01 FECHA: 27-MAYO-2021

LISTA DE VERIFICACIÓN FARMACIA		
RESPONSABLE DEL PROCESO		FECHA
Auxiliar Enfermería		4/16/2025
AUDITOR		OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA

ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE		
Cuenta con los respectivos cuadros de turnos	X		FOTO	
Se registran y firman los cambios de personal en los turnos	X		FOTO	
El personal asistencial porta correctamente tanto el uniforme como el carné	X		FOTO	
El personal aplica las normas de bioseguridad necesarias durante la atención a los pacientes	X		FOTO	
El personal asistencial utiliza las medidas de protección pertinentes	X		FOTO	
El/La auxiliar cumple con mantener sus uñas cortas y sin esmalte	X		FOTO	
El carro de paro se encuentra sellado	X		FOTO	
La carpeta de verificación diaria del carro de paro contiene: Lista de chequeo carro de paro, Acta de revisión de carro de paro y Acta de apertura del carro de paro	X		FOTO	
Se cuenta con el formato de verificación de medicamentos del carro de paro diligenciado	X		FOTO	
Los medicamentos cuentan con fecha de vencimiento vigente	X		FOTO	
Los recipientes para corto-punzantes (guardianes) están fijados y los rótulos debidamente diligenciados		X		No se encuentra fijado el soporte de corto-punzante

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



Creciendo juntos

COD: FR-SIAU-04

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

VERSION:  
01

El jabón quirúrgico cuenta con fecha de apertura y de cambio	X		FOTO	
El alcohol glicerinado de las habitaciones cuenta con fecha de apertura y de cambio	X		FOTO	
Los dispositivos y paquetes de materiales estériles cuentan con fechas de vencimiento vigentes	X		FOTO	
Todos los pacientes atendidos cuentan con historia clínica sistematizada	X		PANTALLAZO	
Las órdenes médicas para la realización de procedimientos o administración de medicamentos están descritas	X		PANTALLAZO	
Los procedimientos realizados se encuentran registrados en las anotaciones de enfermería	X		PANTALLAZO	
Los procedimientos pendientes por realizar quedan registrados en las notas de enfermería	X		PANTALLAZO	
Cuenta con la respectiva señalización	X		FOTO	
Adecuado estado de los equipos biomédicos	X		FOTO	
Cuenta con recipientes necesarios para la gestión de los residuos y cumplen con las características reglamentarias	X		FOTO	

Hallazgos

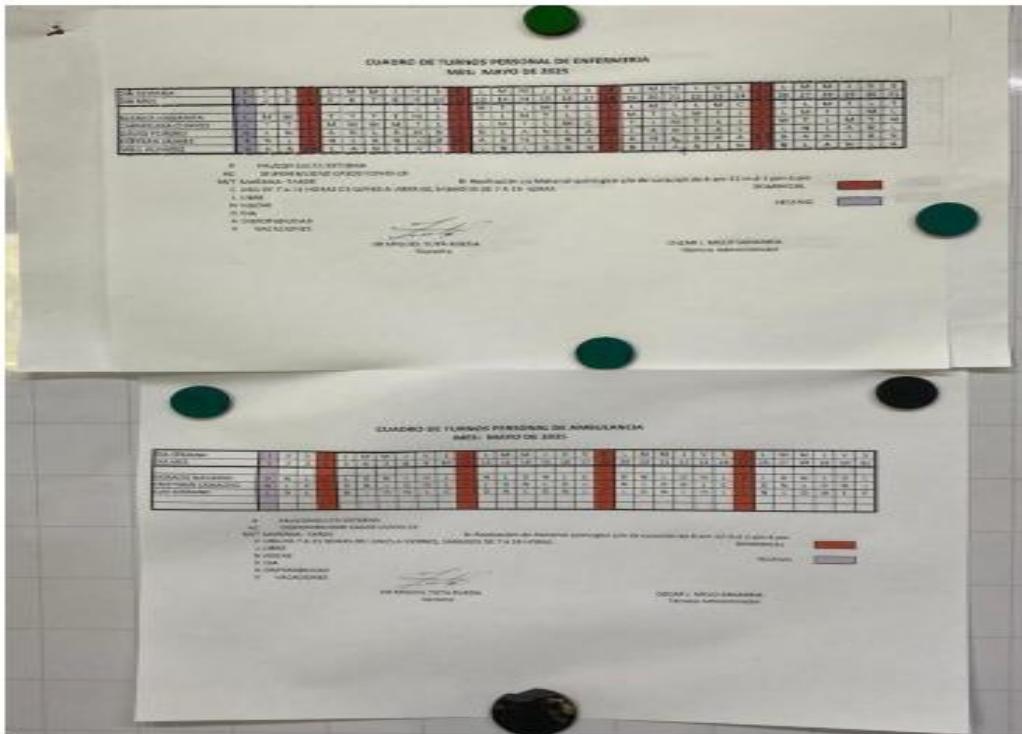
Berna S Angarita

Funcionario que recibe auditoría

F. Alvarado

Auditor

## **1.1. EVIDENCIAS**



## **2. SE REGISTRAN Y FIRMAN LOS CAMBIOS DE PERSONAL EN LOS TURNO**

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



Creciendo juntos

## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

- 3. EL PERSONAL ASISTENCIAL PORTA CORRECTAMENTE TANTO EL UNIFORME COMO EL CARNÉ**



- 4. EL/LA AUXILIAR CUMPLE CON MANTENER SUS UÑAS CORTAS Y SIN ESMALTE**



- 5. EL CARRO DE PARO SE ENCUENTRA SELLADO**



- 6. LA CARPETA DE VERIFICACIÓN DIARIA DEL CARRO DE PARO**

MEDICAMENTOS CARRO DE PAROS				
DETALLE	PRESENTACION	LOTE	CANTIDAD	FECHA VTO
ACIDO ACETIL SALICILICO 300 MG	TABLETA	EC11626	30	may-26
ADENOSINA 6MG/2ML	SOL. INYECTABLE	IO26AD24	2	mar-26
ADRENALINA 3MG (EPINEFRINA)	SOL. INYECTABLE	D090349	5	jul-26
ATORVASTATINA 40 MG	TABLETA	LG059426	30	ene-27
ATROPINA 1 MG	SOL. INYECTABLE	AT5-577	4	oct-25
ATROPINA 4 MG	SOL. INYECTABLE	A241144	8	sep-25
BETAMETASONA 4 MG	SOL. INYECTABLE	A330738	5	ago-25
BETAMETASONA 8 MG	SOL. INYECTABLE	755G1183	2	jul-25
BICARBOATO DE SODIO 840MG/10ML	TABLETA	620A04	20	may-26
CAPTOPRIL 50 MG	SOL. INYECTABLE	924001	1	feb-26
CLEMASTINA 2 MG / 2 ML (NO POS.)	TABLETA	BRD11124A	10	och-26
CLOPIDOGREL 75 MG	SOL. INYECTABLE	42K307271	5	jul-26
CLORURO DE POTASIO 10 ML	SOL. INYECTABLE	A221564	2	dic-25
DEXAMETASONA 8 MG	SOL. INYECTABLE	AGOTADA		
DIAZEPAM 10 MG	SOL. INYECTABLE	90545	10	mar-26
DINFIRTRATO DE ISOSORBIDE 10 MG	TABLETA BURINTEGRAL	E1050307	20	jun-23
DINFIRTRATO DE ISOSORBIDE 5 MG	SOL. INYECTABLE	DPC-031	1	abr-27
DOPAMINA 200mg/5ml	TABLETA	105824	10	ago-26
ENALAPRIL 20 MG	JERINGA PRELLA	I093823	2	jul-25
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0.4ML	SOL. INYECTABLE	A230126	4	abr-26
FENDOTONA SODICA 250 MG	SOL. INYECTABLE	200FFB-028	2	jul-25
FENDOBARBITAL 200 MG	SOL. INYECTABLE	A230176	2	sep-25
FUSOREMIDA 20 MG	TABLETA	E0172A	15	jul-26
FUSOREMIDA 40 MG	POLVO P/ INYECTAR	24090333	4	ago-27
HIDROCORTISONA 100 MG	SOL. INYECTABLE	LBC-018	1	mar-26
LABETALOL 100MG/20ML	FRASCO	AGOTADA		
LIODCAINA 1% SIMPLE 10 ML	JALEA	124032	1	feb-26
LIODCAINA 2% JALEA	FRASCO	30416	1	oct-25
LIODCAINA 2% SIMPLE	SOL. INYECTABLE	AGOTADA		
MENFEDRINA 100 MG	SOL. INYECTABLE	4M006141	2	jun-25
MIDAZOLAM 5 MG/5ML	SOL. INYECTABLE	MOR-125	2	oct-26
MORFINA 10 MG.	SOL. INYECTABLE	NEB-064	3	oct-25
INORDRENALINA 4mg/4ml	POLVO P/INYECTAR	2230919	2	sep-26
OMEPRAZOL 40 MG	SOL. INYECTABLE	L30135	5	mar-26
SULFATO DE MAGNESIO 20%	SOL. INYECTABLE			

ENTREGA: *ZMH*  
JHOMAYZA HERRERA

RECIBE: *Blanca Angarita*  
BLANCA ANGARITA

FECHA APERTURA Y REVISION  
03 DE ABRIL DE 2025

- 7. LOS MEDICAMENTOS CUENTAN CON FECHA DE VENCIMIENTO VIGENTE**



- 8. EL JABÓN QUIRÚRGICO CUENTA CON FECHA DE APERTURA Y DE CAMBIO**



# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



Creciendo juntos

## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

### 9. EL ALCOHOL CUENTA CON FECHA DE APERTURA Y DE CAMBIO



### 10. LOS DISPOSITIVOS Y PAQUETES DE MATERIALES ESTÉRILES CUENTAN CON FECHAS DE VENCIMIENTO VIGENTES



	<b>11. TODOS LOS PACIENTES ATENDIDOS CUENTAN CON HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA</b> 
--	---

### 12. LAS ÓRDENES MÉDICAS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÁN DESCRITAS

--	--

### 13. LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS SE ENCUENTRAN REGISTRADOS EN LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

<b>NOTA DE ENFERMERÍA</b> Fecha: 18/04/2025 Hora: 22:55:35 Profesional: JAMES GUERRERO ESTEBAN Unidad: HOSPITALIZACIÓN	
Fecha:	18/04/2025
Hora:	19:15
Nota:	INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR HUA. TRAIDA EN AMBULANCIA QUÉN MANIFESTA QUE SE DESMAYÓ Y NO RESPONDE. DRA VALORA Y ORDENA CANALIZAR TOMAR ECG Y DAR CÁNCIA ANTIESCÚMICA. PREVIA ASPIRINA Y ALERGIA SE CAUTELA PACIENTE EN MODO CON JELCO 22. SE INSTALA A LAGATO DE PRIMER EQUIPO MACRODODGET Y BURETA. SE TOMA EKG Y SE SUMINISTRA 300 MG DE ASA. 75 MG DE CORODIGEL. 80 MG DE ATORVASTATINA. DRA ORDENA HOSPITALIZAR SE ARISNA UNDIO. QUE SE PRESENTA EN UNIDAD EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR HUA.

<b>PACIENTE</b> 	
Firma Electronica:	JAMES GUERRERO ESTEBAN CC: 5686915
Nombre:	MENDIETA ACACIO ALICIA
Identificación:	CC: 28022048

Note: Este documento es estrictamente confidencial, cumpliendo con los parámetros legales de la Resol. 1090 de 1999 y Ley 23 de 1987

### 14. LOS PROCEDIMIENTOS PENDIENTES POR REALIZAR QUEDAN REGISTRADOS EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

<b>NOTA DE ENFERMERÍA</b> Fecha: 18/04/2025 Hora: 18:31:59 Profesional: FORERO GOMEZ JOSE DAVID Unidad: HOSPITALIZACIÓN	
Fecha:	18/04/2025
Hora:	18:20
Nota:	ENREGISTRO TURNO CONFUSIÓN DE 75 AÑOS HOSPITALIZADA CON SIGNOS VITALES TA: 180/90 PO: 65-70 SATURACIÓN: 93. TEMPERATURA: 33.4. PACIENTE TOLERA ALIMENTOS. LLINIA NORMAL. CON ORDEN DE SUMINISTRAR UNA AMPOLLA DE GLICURONIL DE 45 MG AL DÍA. CARBONICO: TABLITA 0.25 MG DIA. CADA 12 HORAS. ATORVASTATINA: DE 80 MG Y UNA TABLITA EN LA NOCHE. ASA: UNA TABLITA DIARIA. PACIENTE CONTINUA EN HOSPITALIZACIÓN EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR HUA. SIN NINGUNA OTRA NOVEDAD. ENTREGO TURNO AL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ESTEBAN JIMÉNEZ.

<b>PACIENTE</b> 	
Firma Electronica:	FORERO GOMEZ JOSE DAVID CC: 01178350
Nombre:	MENDIETA ACACIO ALICIA
Identificación:	CC: 28022048

Note: Este documento es estrictamente confidencial, cumpliendo con los parámetros legales de la Resol. 1090 de 1999 y Ley 23 de 1987

 <b>Hospital San Juan de Dios de Betulia</b> <i>Creciendo juntos</i>	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b> <b>CRECIENDO JUNTOS</b> <b>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</b>	<b>COD: FR-SIAU-04</b> <b>VERSION: 01</b> <b>FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2021</b>
--	--	--



16. ADECUADO ESTADO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS



## 1.2. OBSERVACIONES

A la fecha del 16 de abril de 2025, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

## 1.3. HALLAZGOS

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al servicio de urgencias, correspondiente al trimestre II de 2025 no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

## 1.4. CONCLUSIÓN

En conclusión, la auditoría realizada al área de urgencias de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar. Se espera que este servicio se siga prestando de la mejor manera, manteniendo la satisfacción del usuario y cumpliendo los requisitos del cargo.

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

COD: FR-SIAU-04

VERSION: 01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

## 2. ÁREA DE VACUNACIÓN:

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de vacunación el día 22 de abril de 2025.

	E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos		
	AUDITORÍA INTERNA	COD: PL-GA-01	VERSIÓN: 01 FECHA: 27-MAYO-2021
<b>LISTA DE VERIFICACIÓN VACUNACIÓN</b>			
RESPONSABLE DEL PROCESO		FECHA	
Angela Navarro Medina		22/04/2025	
AUDITOR		OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA	
ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Se realiza correcta higiene de manos antes de empezar a laborar	X		
Se realiza higiene después de manipular fluidos corporales	X		
El punto de lavado de manos cuenta con utensilios necesarios tales como: jabón correctamente rotulado, toallas de papel, caneca de residuos y el instructivo de lavado de manos	X		
Cumple con mantener las uñas cortas y sin esmalte	X		
Mantiene las manos y muñecas libres de accesorios	X		
Cumple con el respectivo uso de guantes para realizar los procesos	X		Se utilizan únicamente si hay laseración o heridas en las manos
Se siguen las normas generales en la administración de medicamentos: (medicamento correcto, hora correcta, vía correcta)	X		
Se da información al paciente respecto al procedimiento que se va a realizar	X		Se realiza verbalmente al paciente
Se realiza el proceso de desecho de agujas y jeringas en el contenedor de objetos punzantes, según los criterios de segregación de residuos	X		
Se realiza el registro tanto de la medición administrada, dosis, vía, fecha y hora, como de la respuesta del paciente a la aplicación del sistema	X		
El lugar se encuentra en óptimas condiciones de higiene y aseo	X		
Se cumple con el no consumo de alimentos en laboratorios o áreas de procedimiento asistencial	X		

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

Se realiza lavado de manos después de tener contacto con material patógeno	X		
Se abstiene de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento	X		
Correcto uso del tapabocas	X		
Manejar con estricta precaución los elementos corto punzantes y desecharlos en los guardianes designados	X		
Los residuos cumplen con la correcta clasificación	X		
Las superficies permanecen secas y libres de humedad	X		
No deambula con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo	X		
El área se encuentra en buen estado de limpieza	X		
No guarda alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicas	X		
Se encuentra correctamente diligenciado e formato de limpieza y desinfección a la fecha	X		
Se verifica la identidad de cada usuario al entregar el carnet de vacunación	X		
Registros diarios actualizados	X		
Cuenta con consultorio exclusivo para vacunación	X		
Disponibilidad de camilla y sillas para la aplicación de biológicos	X		
Existe en PAI WEB la información actualizada y vigente de las vacunaciones	X		

Observaciones:

Funcionario que recibe auditoría

Auditor

## 2.1. EVIDENCIAS

**1. SE REALIZA CORRECTA HIGIENE DE MANOS ANTES DE EMPEZAR A LABORAR**



**3. EL PUNTO DE LAVADO DE MANOS CUENTA CON UTENSILIOS NECESARIOS**



**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

**4. CUMPLE CON MANTENER LAS UÑAS CORTAS Y SIN ESMALTE**



**6. SE DA INFORMACIÓN AL PACIENTE RESPECTO AL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR**



**5. MANTIENE LAS MANOS Y MUÑECAS LIBRES DE ACCESORIOS**



**7. SE REALIZA EL PROCESO DE DESECHO DE AGUJAS Y JERINGAS EN EL CONTENEDOR DE OBJETOS PUNZANTES**



**8. SE REALIZA EL REGISTRO TANTO DE LA MEDICIÓN ADMINISTRADA, DOSIS, VÍA, FECHA Y HORA**

Nombre paciente:		Número de identificación:		Número de cama:		Número de alta:		Número de expediente:		Número de paciente:	
Sistema:	Carne, Luisa	Sexo:	Mujer	Edad:	30	Sexo:	Mujer	Edad:	30	Sexo:	Mujer
Primer apellido:	Luisa	Segundo apellido:	Viviana	Tercer apellido:		Tercer apellido:		Tercer apellido:		Tercer apellido:	
Otros:	Juan David	Otros:		Otros:		Otros:		Otros:		Otros:	
Sexo:	Hembra	Sexo:	Hembra	Sexo:	Hembra	Sexo:	Hembra	Sexo:	Hembra	Sexo:	Hembra
Nombre:	Carne, Luisa Viviana	Nombre:		Nombre:		Nombre:		Nombre:		Nombre:	
Dosis:	1000 mg	Dosis:		Dosis:		Dosis:		Dosis:		Dosis:	
Vía:	Oral	Vía:		Vía:		Vía:		Vía:		Vía:	
Medicación:	Carne, Luisa Viviana	Medicación:		Medicación:		Medicación:		Medicación:		Medicación:	
Fecha:	07/09/2021	Fecha:		Fecha:		Fecha:		Fecha:		Fecha:	
Hora:	10:00	Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:	

**9. CORRECTO USO DEL TAPABOCAS**



**10. EL ÁREA SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE LIMPIEZA**



**11. NO GUARDA ALIMENTOS EN LAS NEVERAS NI EN LOS EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN**



12. SE ENCUENTRA CORRECTAMENTE DILIGENCIADO EL FORMATO  
DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN A LA FECHA

 LA SANTÍSIMA TRINIDAD	PROGRAMA FORMATO	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI		
		Limpieza de equipos		
DEPARTAMENTO SANTANDER	SANTANDER BETULIA	WANRRE DEL EQUIPO FECHA DE INGRESO DEL EQUIPO	REFRIGERADOR FROST FREE	4870962
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		
26/01/2025	LMPIEZA	OPTIMO ESTADO	LAVADO GENERAL	ANGELA NAVARRO
27/02/2025	LMPIEZA	OPTIMO ESTADO	LAVADO GENERAL	ANGELA NAVARRO
14/03/2025	LMPIEZA	OPTIMO ESTADO	LAVADO GENERAL	ANGELA NAVARRO
21/03/2025	LMPIEZA	OPTIMO ESTADO	LAVADO GENERAL	ANGELA NAVARRO
 LA SANTÍSIMA TRINIDAD	PROGRAMA FORMATO	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI		
		Limpieza de equipos		
DEPARTAMENTO SANTANDER	SANTANDER BETULIA	WANRRE DEL EQUIPO FECHA DE INGRESO DEL EQUIPO	REFRIGERADOR	13/07/2021
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		
09/01/2025	LMPIEZA	OPTIMO ESTADO	LAVADO GENERAL	ANGELA NAVARRO
27/02/2025	LMPIEZA	OPTIMO ESTADO	LAVADO GENERAL	ANGELA NAVARRO
14/03/2025	LMPIEZA	OPTIMO ESTADO	LAVADO GENERAL	ANGELA NAVARRO
21/04/2025	LMPIEZA	OPTIMO ESTADO	LAVADO GENERAL	ANGELA NAVARRO

**13. SE VERIFICA LA IDENTIDAD DE CADA USUARIO AL ENTREGAR EL CARNET DE VACUNACIÓN**



**14. REGISTROS DIARIOS ACTUALIZADOS**

Benzodiazepines		Probenecid	
Alprazolam	1.0	100 mg	100 mg
Clorazepate	1.0	100 mg	100 mg
Diazepam	1.0	100 mg	100 mg
Flurazepam	1.0	100 mg	100 mg
Lorazepam	1.0	100 mg	100 mg
Midazolam	1.0	100 mg	100 mg
Nordazepam	1.0	100 mg	100 mg
Temazepam	1.0	100 mg	100 mg
Zolpidem	1.0	100 mg	100 mg

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b>			
 Creciendo juntos	CRECIENDO JUNTOS		
	<b>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</b>		
	COD: FR-SIAU-04	VERSION: 01	FECHA: 07- SEPTIEMBRE- 2021

## 2.2. OBSERVACIONES

A la fecha del 22 de abril de 2025, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

## 2.3. HALLAZGOS

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al servicio de vacunación, correspondiente al trimestre II de 2025 no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

## 2.4. CONCLUSIÓN

En conclusión, la auditoría realizada al área de vacunación de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar. Se espera que este servicio se siga prestando de la mejor manera, manteniendo la satisfacción del usuario y cumpliendo los requisitos del cargo.

## 3. AREA DE FACTURACIÓN:

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de facturación el día 23 de abril de 2025.

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

COD: FR-SIAU-04

VERSION: 01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

	E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos	
	AUDITORÍA INTERNA	COD: PL-GA-01 VERSIÓN: 01 FECHA: 27-MAYO-2021

LISTA DE VERIFICACIÓN FACTURACIÓN		
RESPONSABLE DEL PROCESO	FECHA	
Esteban Jaimes Guerrero - Adriana Arguello Diaz	4/23/2025	
AUDITOR		OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA

ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE		
Recepcionar y actualizar los datos del usuario, atendiendo al paciente para que proporcione los datos necesarios.	X		Se anexa pantallazo	
Verificar los soportes y definición del servicio, inspeccionando que se encuentren todos los soportes, tales como: cita médica, orden médica, autorización para el servicio, fecha vigente y que la autorización corresponda al servicio solicitado.	X		Se anexa pantallazo	
Liquidar las prefacturas de los pacientes que fueron hospitalizados o a los que se les realizó algún procedimiento.	X		Se anexa pantallazo	
Liquidar e imprimir la factura.	X		Se anexa factura	
Firmar la factura.	X		Se anexa factura	
Verificar los soportes para la realización de las cuentas.	X		Se anexa pantallazo	
Entregar al área de contabilidad la facturación realizada.	X		Se anexa pantallazo	
Emitir la facturación electrónica a la respectiva EPS.	X		Se anexa pantallazo	
Verificar el estado de la factura electrónica en el sistema.	X		Se anexa pantallazo	

Observaciones:

Funcionario que recibe auditoría

Auditor

Funcionario que recibe auditoría

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



Creciendo juntos

## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

### 3.1. EVIDENCIAS:

**CERTIFICADO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE**  
**NIT: 800212070**

Régimen: COMUN  
 Dirección: Calle 11 Carrera 6 Esquina  
 Teléfono: -

SEDE: ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA DIRECCIÓN: Calle 11 Carrera 6 Esquina  
 TELÉFONO: -

CLIENTE: NUEVA EPS  
 DIRECCIÓN: Carrera 65K N 46A 56

DATOS DEL CLIENTE  
 NIT: 900156264 TELEFONO: 6014193000  
 MUNICIPIO: CANDELARIA - BOGOTÁ D.C.

DATOS DEL PACIENTE  
 Nombre: PEREZ GOMEZ JUAN CAMILO  
 Nivel: 1 Genero: M Fecha Nac: 15/02/1997  
 Teléfono: 3187422625 - 3187422625  
 Fecha de Atención: 26/05/2025 Autorización:

CÓDIGO	ACTIVIDAD	CANTIDAD	NO. AUTORIZACIÓN
SDS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	1,00	
B69501	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	1,00	
B90701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1,00	
G-215	TOXOIDE TETANICO 40UI SOL. INYECTABLE FC0 0.5 ML	1,00	
I-047	JERINGA DESECHABLE 3ML	1,00	

CON MI FIRMA EN ESTE DOCUMENTO CERTIFICO LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

*Juan camilo*

NOMBRE DE USUARIO  
 O RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

Elaborado Por: JAIMES GUERRERO ESTEBAN

DOCUMENTO DE  
 IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFÓNICO: 3187422625

#### 1. RECEPCIONAR Y ACTUALIZAR LOS DATOS DEL USUARIO

**Salud360**  
 La Mejor de las Salud

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE BETULIA**

**ASIGNACION DE CITAS**

Identificación	CC: 38464308	Nombre	HERRERA ORTIZ MARIA DEL CARMEN	Fax. Nro.	VERIFICAR
Teléfono Fijo	317555640	Teléfono Celular	-	Teléfono Fijo	-
Calle Dirección	Avalos Bautista Oficina 001	Departamento Pro.	MARTIANORE	Municipio Pro.	BETULIA
Observación					

**PACIENTE**

SANTAS EPS SUBSIDIADO P/F	SEXO: F	Servicio: PROFESSIONAL	MEDICINA GENERAL
SANTAS EPS SUBSIDIADO P/S	SEXO: M	Profesional	RODRIGUEZ VIEIRA LUISA ORHANIA
SANTAS EPS SUBSIDIADO P/S	SEXO: M	ACTIVO	DOMINGUEZ MOLINA NATALIA
VERIFICACIONES	EVAN CARLOS	Fecha Impresión	26/05/2025

**PROGRAMA CITAS**

Asignación	08:00	08:05	08:10	08:15	08:20	08:25	08:30	08:35	08:40	08:45	08:50	08:55	09:00	09:05	09:10	09:15	09:20	09:25	09:30	09:35	09:40	09:45	09:50	09:55	10:00	10:05	10:10	10:15	10:20	10:25	10:30	10:35	10:40	10:45	10:50	10:55	11:00	11:05	11:10	11:15	11:20	11:25	11:30	11:35	11:40	11:45	11:50	11:55	12:00	12:05	12:10	12:15	12:20	12:25	12:30	12:35	12:40	12:45	12:50	12:55	13:00	13:05	13:10	13:15	13:20	13:25	13:30	13:35	13:40	13:45	13:50	13:55	14:00	14:05	14:10	14:15	14:20	14:25	14:30	14:35	14:40	14:45	14:50	14:55	15:00	15:05	15:10	15:15	15:20	15:25	15:30	15:35	15:40	15:45	15:50	15:55	16:00	16:05	16:10	16:15	16:20	16:25	16:30	16:35	16:40	16:45	16:50	16:55	17:00	17:05	17:10	17:15	17:20	17:25	17:30	17:35	17:40	17:45	17:50	17:55	18:00	18:05	18:10	18:15	18:20	18:25	18:30	18:35	18:40	18:45	18:50	18:55	19:00	19:05	19:10	19:15	19:20	19:25	19:30	19:35	19:40	19:45	19:50	19:55	20:00	20:05	20:10	20:15	20:20	20:25	20:30	20:35	20:40	20:45	20:50	20:55	21:00	21:05	21:10	21:15	21:20	21:25	21:30	21:35	21:40	21:45	21:50	21:55	22:00	22:05	22:10	22:15	22:20	22:25	22:30	22:35	22:40	22:45	22:50	22:55	23:00	23:05	23:10	23:15	23:20	23:25	23:30	23:35	23:40	23:45	23:50	23:55	24:00	24:05	24:10	24:15	24:20	24:25	24:30	24:35	24:40	24:45	24:50	24:55	25:00	25:05	25:10	25:15	25:20	25:25	25:30	25:35	25:40	25:45	25:50	25:55	26:00	26:05	26:10	26:15	26:20	26:25	26:30	26:35	26:40	26:45	26:50	26:55	27:00	27:05	27:10	27:15	27:20	27:25	27:30	27:35	27:40	27:45	27:50	27:55	28:00	28:05	28:10	28:15	28:20	28:25	28:30	28:35	28:40	28:45	28:50	28:55	29:00	29:05	29:10	29:15	29:20	29:25	29:30	29:35	29:40	29:45	29:50	29:55	30:00	30:05	30:10	30:15	30:20	30:25	30:30	30:35	30:40	30:45	30:50	30:55	31:00	31:05	31:10	31:15	31:20	31:25	31:30	31:35	31:40	31:45	31:50	31:55	32:00	32:05	32:10	32:15	32:20	32:25	32:30	32:35	32:40	32:45	32:50	32:55	33:00	33:05	33:10	33:15	33:20	33:25	33:30	33:35	33:40	33:45	33:50	33:55	34:00	34:05	34:10	34:15	34:20	34:25	34:30	34:35	34:40	34:45	34:50	34:55	35:00	35:05	35:10	35:15	35:20	35:25	35:30	35:35	35:40	35:45	35:50	35:55	36:00	36:05	36:10	36:15	36:20	36:25	36:30	36:35	36:40	36:45	36:50	36:55	37:00	37:05	37:10	37:15	37:20	37:25	37:30	37:35	37:40	37:45	37:50	37:55	38:00	38:05	38:10	38:15	38:20	38:25	38:30	38:35	38:40	38:45	38:50	38:55	39:00	39:05	39:10	39:15	39:20	39:25	39:30	39:35	39:40	39:45	39:50	39:55	40:00	40:05	40:10	40:15	40:20	40:25	40:30	40:35	40:40	40:45	40:50	40:55	41:00	41:05	41:10	41:15	41:20	41:25	41:30	41:35	41:40	41:45	41:50	41:55	42:00	42:05	42:10	42:15	42:20	42:25	42:30	42:35	42:40	42:45	42:50	42:55	43:00	43:05	43:10	43:15	43:20	43:25	43:30	43:35	43:40	43:45	43:50	43:55	44:00	44:05	44:10	44:15	44:20	44:25	44:30	44:35	44:40	44:45	44:50	44:55	45:00	45:05	45:10	45:15	45:20	45:25	45:30	45:35	45:40	45:45	45:50	45:55	46:00	46:05	46:10	46:15	46:20	46:25	46:30	46:35	46:40	46:45	46:50	46:55	47:00	47:05	47:10	47:15	47:20	47:25	47:30	47:35	47:40	47:45	47:50	47:55	48:00	48:05	48:10	48:15	48:20	48:25	48:30	48:35	48:40	48:45	48:50	48:55	49:00	49:05	49:10	49:15	49:20	49:25	49:30	49:35	49:40	49:45	49:50	49:55	50:00	50:05	50:10	50:15	50:20	50:25	50:30	50:35	50:40	50:45	50:50	50:55	51:00	51:05	51:10	51:15	51:20	51:25	51:30	51:35	51:40	51:45	51:50	51:55	52:00	52:05	52:10	52:15	52:20	52:25	52:30	52:35	52:40	52:45	52:50	52:55	53:00	53:05	53:10	53:15	53:20	53:25	53:30	53:35	53:40	53:45	53:50	53:55	54:00	54:05	54:10	54:15	54:20	54:25	54:30	54:35	54:40	54:45	54:50	54:55	55:00	55:05	55:10	55:15	55:20	55:25	55:30	55:35	55:40	55:45	55:50	55:55	56:00	56:05	56:10	56:15	56:20	56:25	56:30	56:35	56:40	56:45	56:50	56:55	57:00	57:05	57:10	57:15	57:20	57:25	57:30	57:35	57:40	57:45	57:50	57:55	58:00	58:05	58:10	58:15	58:20	58:25	58:30	58:35	58:40	58:45	58:50	58:55	59:00	59:05	59:10	59:15	59:20	59:25	59:30	59:35	59:40	59:45	59:50	59:55	60:00	60:05	60:10	60:15	60:20	60:25	60:30	60:35	60:40	60:45	60:50	60:55	61:00	61:05	61:10	61:15	61:20	61:25	61:30	61:35	61:40	61:45	61:50	61:55	62:00	62:05	62:10	62:15	62:20	62:25	62:30	62:35	62:40	62:45	62:50	62:55	63:00	63:05	63:10	63:15	63:20	63:25	63:30	63:35	63:40	63:45	63:50	63:55	64:00	64:05	64:10	64:15	64:20	64:25	64:30	64:35	64:40	64:45	64:50	64:55	65:00	65:05	65:10	65:15	65:20	65:25	65:30	65:35	65:40	65:45	65:50	65:55	66:00	66:05	66:10	66:15	66:20	66:25	66:30	66:35	66:40	66:45	66:50	66:55	67:00	67:05	67:10	67:15	67:20	67:25	67:30	67:35	67:40	67:45	67:50	67:55	68:00	68:05	68:10	68:15	68:20	68:25	68:30	68:35	68:40	68:45	68:50	68:55	69:00	69:05	69:10	69:15	69:20	69:25	69:30	69:35	69:40	69:45	69:50	69:55	70:00	70:05	70:10	70:15	70:20	70:25	70:30	70:35	70:40	70:45	70:50	70:55	71:00	71:05	71:10	71:15	71:20	71:25	71:30	71:35	71:40	71:45	71:50	71:55	72:00	72:05	72:10	72:15	72:20	72:25	72:30	72:35	72:40	72:45	72:50	72:55	73:00	73:05	73:10	73:15	73:20	73:25	73:30	73:35	73:40	73:45	73:50	73:55	74:00	74:05	74:10	74:15	74:20	74:25	74:30	74:35	74:40	74:45	74:50	74:55	75:00	75:05	75:10	75:15	75:20	75:25	75:30	75:35	75:40	75:45	75:50	75:55	76:00	76:05	76:10	76:15	76:20	76:25	76:30	76:35	76:40	76:45	76:50	76:55	77:00	77:05	77:10	77:15	77:20	77:25	77:30	77:35	77:40	77:45	77:50	77:55	78:00	78:05	78:10	78:15	78:20	78:25	78:30	78:35	78:40	78:45	78:50	78:55	79:00	79:05	79:10	79:15	79:20	79:25	79:30	79:35	79:40	79:45	79:50	79:55	80:00	80:05	80:10	80:15	80:20	80:25	80:30	80:35	80:40	80:45	80:50	80:55	81:00	81:05	81:10	81:15	81:20	81:25	81:30	81:35	81:40	81:45	81:50	81:55	82:00	82:05	82:10	82:15	82:20	82:25	82:30	82:35	82:40	82:45	82:50	82:55	83:00	83:05	83:10	83:15	83:20	83:25	83:30	83:35	83:40	83:45	83:50	83:55	84:00	84:05	84:10	84:15	84:20	84:25	84:30	84:35	84:40	84:45	84:50	84:55	85:00	85:05	85:10	85:15	85:20	85:25	85:30	85:35	85:40	85:45	85:50	85:55	86:00	86:05	86:10	86:15	86:20	86:25	86:30	86:35	86:40	86:45	86:50	86:55	87
------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



Creciendo juntos

## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

### 3. LIQUIDAR LAS PREFACTURAS DE LOS PACIENTES QUE FUERON HOSPITALIZADOS

### 4. VERIFICAR LOS SOPORTES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS CUENTAS

### 5. ENTREGAR AL ÁREA DE CONTABILIDAD LA FACTURACIÓN

### 6. VERIFICAR EL ESTADO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA EN EL SISTEMA

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA



Creciendo juntos

CRECIENDO JUNTOS

COD: FR-SIAU-04

## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

RELACION DE SERVICIOS PRESTADOS A PACIENTES AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE LAS EPS Y ARS, EN EL MUNICIPIO BETULIA SANTANDER, POR CENTRO DE COSTOS.

MED MAG	NOMBRE DE LA EPS O ARS	CODIGO	CONTRAT N°	FACTURA VENTA NUMERO	SERVICIOS URGENCIAS CONS. PROC. OBSER	SERVICIOS AMBUL. ODONTOG. CONS. PROC.	LABORAT	FARMACIA	ODONTOL	FISIO	PSICO	HOSPT	SALA PARTOS	SERVICIO AMBULAN	PROMOC PREVENC	VENDEDOR TOTAL SERVICIO	FECHA RADICADO	NUMERO RADICADO		
<b>REGIMEN CONTRIBUTIVO</b>																				
00952	NUUEVA EPS	EP5006	800212070	FE1664	1.122.000	822.000	167.200	3.206.200	0	2.889.400	358.320	1.026.900	6.784.300	25.800	2.028.500	0	8.843.005	27.213.525	07/04/2025 292404041	
	SALUD TOTAL	EP5002	POR TAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SALUD TOTAL	EP5002	POR TAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SALUD TOTAL	EP5002	POR TAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SALUD TOTAL	EP5002	POR TAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	COOSALUD	ES5024	URG		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	COOSALUD	ES5024	URG		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	COOSALUD	ES5024	URG		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	EPS SANITAS URG	EP5005			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SANITAS EPS LABORATORIO	EP5005			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SANITAS EPS PSICOLOGIA	EP5005			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SANITAS EPS FISIOTERAPIA	EP5005			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>REGIMEN ESPECIAL (OTROS)</b>																				
00947	FOMAAG AMB	RE5004	SD	FE1659	0	0	0	102.400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
00948	FOMAAG PROM Y PREV	RE5004	SD	FE1660	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	159.300	159.300	20/04/2025 3725858	
00949	FOMAAG ODON	RE5004	SD	FE1661	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
00950	FOMAAG FARMACIA	RE5004	SD	FE1662	0	0	0	0	0	0	0	24.750	0	0	0	0	0	0	0	
00951	FOMAAG URG	RE5004	SD	FE1663	93.500	73.600	0	0	0	0	0	500	0	0	0	0	0	0	0	
	FOMAAG URG	RE5004	SD		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	TOTAL FOMAAG	RE5004	SD		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SECCIONAL SANIDAD SADER	RE5001	URG		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	DIRECCION GENERAL SANIDAD MILIT	RE5001	URG		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>REGIMEN SUBSIDIADO</b>																				
00953	NUUEVA EPS	EP5006	03/11/06-09196	FE1665	1.263.700	506.800	536.000	4.602.500	90.200	2.811.700	675.382	1.915.900	2.482.000	17.600	0	0	0	12.925.308	27.827.090	07/04/2025 292404042
	SALUD TOTAL	ES5002	POR TAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
00954	COOSALUD	ES5024	POR TAB	FE1666	93.500	138.100	0	0	0	0	0	31.487	0	0	0	0	0	0	0	
	COOSALUD	ES5024	POR TAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	COOSALUD	ES5024	URG		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	COOSALUD	ES5005	POR TAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	COOSALUD	EP5005	POR TAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	COOSALUD	EP5005	POR TAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	COOSALUD	EP5005	PORTAB		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	EPS SANITAS URG	EP5005	URG		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	EPS SANITAS URG	EP5005	URG		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SANITAS EPS LAB CLINICO	EP5005			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SANITAS EPS PROCED	EP5005			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
00955	SANITAS EPS TRASLADO	EP5005	URG	FE1667	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.002.000	0	2.002.000	
	SANITAS EPS PSICOLOGIA	EP5005			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SANITAS EPS FISIOTERAPIA	EP5005			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	OTROS																0	0	0	
	EXTRANJEROS VENEZOLANOS	VEN092	SC		0	0	0											0	0	
<b>SERVICIOS PRESTADOS MARZO 2025</b>																				
					2.831.300	1.877.100	714.900	7.911.100	90.200	5.701.100	1.364.347	3.163.500	8.266.300	43.400	2.028.500	0	3.618.800	21.927.813	60.597.300	
<b>* SERVICIOS CAPITADOS MARZO 2025</b>																				
M.M.	ENTIDAD	FACTURADO	VALOR/SERV PRESTADOS	FECHA	# RADICADO															
00941	SANITAS CONT* SERV.	FE1653	4.317.532	252		2.539.986		10/03/2025	APOZ0205103000016640 0											
	SANITAS CONT* PyP	FE1654	1.118.158	252		2.880.700		10/03/2025	APOZ0205103000016641 1											
00942	SANITAS SUBS* SERV	FE1655	43.280.425	2.235		47.745.054		10/03/2025	APOZ0205103000016640 6											
	SANITAS SUBS* PyP	FE1656	10.620.106	2.235		30.333.625		10/03/2025	APOZ0205103000016649 7											
			58.536.221	2.487		83.499.400														
<b>* SERVICIOS OTRAS FACTURAS</b>																				
	ENTIDAD	FACTURA	VALOR	USUARIO	# RADICADO															
	SANITAS	FE1651	370.853.00			ARRIENDO MARZO 2025														
	ELECTRIFICADORA ESSA	FE1652	292.696.00			Excedentes mes de febrero proyecto AGPE														
	ALCALDIA BETULIA	FE1657	48.633.985.67			PAGO I SUBSIDIO A LA OFERTA ENERO FEBRERO 2025														

### 3.2. OBSERVACIONES:

A la fecha del 23 de abril de 2025, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma

### 3.3. HALLAZGOS

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al servicio de facturación, correspondiente al trimestre II de 2025 no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b>			
 Creciendo juntos	CRECIENDO JUNTOS		
	<b>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</b>		
	COD: FR-SIAU-04	VERSION: 01	FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2021

### 3.4. CONCLUSIÓN

En conclusión, la auditoría realizada al área de facturación de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar. Se espera que este servicio se siga prestando de la mejor manera, manteniendo la satisfacción del usuario y cumpliendo los requisitos del cargo.

### 4. SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL.

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría Departamental el día 25 de abril de 2025.

 Creciendo juntos	<b>E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia</b> Creciendo Juntos <b>PLAN ANUAL DE AUDITORIAS</b> COD: PL-GA-01 VERSIÓN: 01 FECHA: 27-MAYO-2021																																						
<b>LISTA DE VERIFICACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA</b>																																							
<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b> Subdirección Administrativa	<b>FECHA</b> 25/04/2025																																						
<b>AUDITOR</b> Sandra Milena Pinto Díaz																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">ACTIVIDAD</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">ESTADO DE CUMPLIMIENTO</th> <th rowspan="2" style="width: 40%;">OBSERVACIONES</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">CUMPLE</th> <th style="text-align: center;">NO CUMPLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se evidencia carga de documentación trimestral a la plataforma de la SIA Departamental</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Existen evidencias del cumplimiento en las actividades propuestas en el plan de mejoramiento</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se evidencia acciones de seguimiento a las acciones de mejora contempladas en el Plan de Mejoramiento</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Existen evidencias de la corrección de los hallazgos encontrados</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td>Se encuentra, pero no está al 100%</td> </tr> <tr> <td>Revisar el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Mejoramiento</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluación en la implementación de las acciones correctivas propuestas.</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td>Se evalúa el avance de un 87,5% de las acciones correctivas propuestas.</td> </tr> <tr> <td>Establecer reuniones periódicas con el equipo responsable del plan para el seguimiento</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td>Apartir del mes de Julio con el equipo responsable se establecieron las reuniones</td> </tr> <tr> <td>¿Se evidencia el cumplimiento del 100% de las actividades propuestas en el Plan de Mejoramiento?</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td>Se está iniciando la ejecución del Plan de Mejoramiento</td> </tr> </tbody> </table>		ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE	Se evidencia carga de documentación trimestral a la plataforma de la SIA Departamental	X			Existen evidencias del cumplimiento en las actividades propuestas en el plan de mejoramiento	X			Se evidencia acciones de seguimiento a las acciones de mejora contempladas en el Plan de Mejoramiento	X			Existen evidencias de la corrección de los hallazgos encontrados	X		Se encuentra, pero no está al 100%	Revisar el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Mejoramiento	X			Evaluación en la implementación de las acciones correctivas propuestas.	X		Se evalúa el avance de un 87,5% de las acciones correctivas propuestas.	Establecer reuniones periódicas con el equipo responsable del plan para el seguimiento	X		Apartir del mes de Julio con el equipo responsable se establecieron las reuniones	¿Se evidencia el cumplimiento del 100% de las actividades propuestas en el Plan de Mejoramiento?		X	Se está iniciando la ejecución del Plan de Mejoramiento
ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES																																				
	CUMPLE	NO CUMPLE																																					
Se evidencia carga de documentación trimestral a la plataforma de la SIA Departamental	X																																						
Existen evidencias del cumplimiento en las actividades propuestas en el plan de mejoramiento	X																																						
Se evidencia acciones de seguimiento a las acciones de mejora contempladas en el Plan de Mejoramiento	X																																						
Existen evidencias de la corrección de los hallazgos encontrados	X		Se encuentra, pero no está al 100%																																				
Revisar el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Mejoramiento	X																																						
Evaluación en la implementación de las acciones correctivas propuestas.	X		Se evalúa el avance de un 87,5% de las acciones correctivas propuestas.																																				
Establecer reuniones periódicas con el equipo responsable del plan para el seguimiento	X		Apartir del mes de Julio con el equipo responsable se establecieron las reuniones																																				
¿Se evidencia el cumplimiento del 100% de las actividades propuestas en el Plan de Mejoramiento?		X	Se está iniciando la ejecución del Plan de Mejoramiento																																				
<b>Observaciones:</b>																																							

JSCN: I. mario S  
Funcionario que recibe la auditoria

Sandra Milena Pinto  
Auditor

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA



CRECIENDO JUNTOS

---

COD: FR-SIAU-04

## *INFORME AVANCE CONTROL INTERNO*

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

## **4.1. EVIDENCIAS:**

## **2. CUMPLIMIENTO DE EVIDENCIAS EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO**

### **3. ACCIONES DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO**

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

### **4. REVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO**

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	2023	05/02/2025	1 CUENTAS BA Deficiencia Continuar co			100 % de cuentas	01/03/2025	31/03/2025		70 Se inició pro-comparativo cuentas bancarias diciembre 2024 a junio 2025 - copia certificado cierre cuenta							
2	2023	05/02/2025	2 BAJA GESTIÓN Cartera nelle Planificar en			100 % de glosas	01/03/2025	31/06/2025		70 Se ha venido comparativo ejecución presupuestal de Ingresos diciembre 2024 y JUNIO 2025							
3	2023	05/02/2025	3 DEBIL APLICACIÓN Baja Imagen Mejorar acci			100 % de glosas	01/03/2025	31/06/2025		70 la ESE viene: Informe de facturación y glosas Julio 2025							
4	2023	05/02/2025	4 DEBILIDADES Deficiente y Optimizar la			100 % presupuestar	01/03/2025	31/06/2025		100 se sigue indi copia presupuesto de la ESE 2025							
5	2023	05/02/2025	5 BAJA EJECUCIÓN/Inexistencia Mejorar la ej			100 % presupuestar	01/03/2025	31/03/2025		90 se realizan a se anexa copia de manual de capacitaciones de la ESE							
6	2023	05/02/2025	6 DEBILIDAD E Lo que deten Mejorar los j			100 % contratos	01/03/2025	31/03/2025		100 se hacen aju Resolución 179 octubre 116 de 2024, copia Manual de Contratación							
7	2023	05/02/2025	7 LAS FALAS/É Incompleta l Corrección d			100 Número de c	01/03/2025	31/03/2025		100 se implementa Resolución 179 octubre 116 de 2024, copia Manual de Contratación							
8	2023	05/02/2025	8 DEBILIDAD E Incumplimie Mejorar las a			100 Número de c	01/03/2025	31/03/2025		100 mejoramiento copia evidencias contractuales 2025							
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	

### **4.2. OBSERVACIONES**

A la fecha del 25 de abril de 2025, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

### **4.3. HALLAZGOS**

En el marco de la realización de la auditoría efectuada al servicio de seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría Departamental, correspondiente al trimestre II de 2025 no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

### **4.4. CONCLUSIÓN**

En conclusión, la auditoría realizada al seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría Departamental de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar.

### **5. ÁREA DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO:**

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de traslado asistencial básico el día 22 de Mayo de 2025.

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



COD: FR-SIAU-04

**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

COD: FR-SIAU-04

FECHA:

VERSION: 01

07-

SEPTIEMBRE-2021

## 6. PAMEC:

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al PAMEC el día 22 de mayo de 2025.

 Creciendo juntos	E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos				
	AUDITORÍA INTERNA	COD: PL-GA-01 VERSIÓN: 01 FECHA: 27-MAYO-2021			
<b>LISTA DE VERIFICACIÓN PAMEC</b>					
<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b>		<b>FECHA</b>			
Calidad		22/05/2025			
<b>AUDITOR</b>	OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA				
RUTA CRÍTICA DEL PAMEC	ASPECTO CHEQUEABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
<b>ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>					
El alcance del mejoramiento de la calidad de la E.S.E., debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas: 1. Sistema Único de Acreditación 2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad 3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales 4. Fortalecimiento del programa de seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente. En todo caso, el PAMEC debe ser superior al cumplimiento de estándares de habilitación.	Documento pamec, ruta crítica con autoevaluación, selección de procesos, priorización, calidad observada/esperada, plan de acción.	X			
Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el plan de acción.	Se registra en ruta crítica periodo de implementación del plan de acción.	X			

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

### RUTA CRITICA DEL PAMEC

#### 1. AUTOEVALUACIÓN

Evidencia del análisis de la siguiente información, como base de inicio del PAMEC:

Si el enfoque es el Sistema Único Se realiza autoevaluación de Acreditación (SUA): del pamec para la vigencia

1. Las conformaciones de los 2025 con calificación de 1,5 equipos de autoevaluación por grupos de estándares.
2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.
3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación.
4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa.

X

Ánalisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejan el estado de los mismos frente a unos estándares o metas definidas.

X

Ánalisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto en el usuario y su familia de todas las acciones de mejoramiento emprendidas en la institución y es el medidor por excelencia del enfoque en el cliente de una entidad.

X

#### 2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se evidencia realización de preparación para la acreditación, selección de procesos se debe evidenciar la correlación mencionando el proceso de los grupos de estándares de acuerdo a mapa de procesos a acreditación con los procesos del mejoramiento.

X

mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen.

Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC.

X

#### 3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se debe evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y sub grupos de estándares de acreditación. Se sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad.

Se realiza priorización de los procesos dando una puntuación mayor de 75 a los estándares a trabajar.

X

Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar una metodología validada de priorización de procesos, como la matriz de factor crítico de éxito.

X

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA



CRECIENDO JUNTOS

COD: FR-SIAU-04

## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

### **4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA**

Si el alcance del PAMEC es la Se evidencia indicadores de preparación para la acreditación, resultados para los se debe evidenciar en él, a qué estándares a trabajar, con nivel de la calificación cuantitativa su formula y meta. de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el periodo de implementación de dicho PAMEC.

**X**

Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar a dónde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia, así:

1. Si el alcance es el mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, indicar la meta a cumplir.
2. Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado de riesgo al que se espera llegar.
3. Si el alcance es el fortalecimiento del Programa de Seguridad de paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en las Guía Técnica correspondiente, indicar el logro esperado.

**X**

### **5. CALIDAD OBSERVADA**

Listado de las auditorías Se evidencia análisis en planeadas de la vigencia del cuento a la calidad PAMEC, para evidenciar los observada descrita en ruta avances logrados en su critica de PAMEC. implementación.

**X**

Si el enfoque es la preparación para la acreditación, además de lo anterior, evidencia de los resultados de la autoevaluación de estándares de acreditación si en el periodo se realizó la misma.

**X**

### **6. FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA**

Evidencia documental de la Se evidencia formulación del formulación de planes de plan de acción de acuerdo al mejoramiento tendientes a ciclo PHVA con sus alcanzar la calidad esperada. Si el respectivas fechas a alcance del PAMEC es la trabajar. acreditación, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, dirección, gerencia, proceso de atención al cliente asistencial, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad.

**X**

### **7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA**

Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada.

**X**

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



Creciendo juntos

COD: FR-SIAU-04

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

VERSION:  
01

### 8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA

Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada.

X

### 9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad.

X

Funcionario que recibe la auditoría

Auditor

## 6.1. EVIDENCIAS:



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA CRECIENDO JUNTOS		COD: PG-SG-CAB1
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD PAMEC		VERSIÓN: 04 FECHA: 22 - MARZO - 2024

### INFORMACION DEL MUNICIPIO DE BETULIA



# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA



CRECIENDO JUNTOS

## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA	
CRECIENDO JUNTOS	
	COD: PG-SGI-CA01 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD PAMEC VERSIÓN: 04 FECHA: 22-MARZO-2024

### LOCALIZACION ACCECIBILIDAD GEOGRAFICA

El municipio de Betulia se localiza en el centro - occidente del Departamento de Santander, pertenece a la región del magdalena medio y hace parte de la provincia de Yarigües, se encuentra ubicado entre las siguientes coordenadas planas: X = 1'249.000 a X = 1'283.000, Y = 1'059.500 a Y = 1'095.000.

Esta localizada aproximadamente a 130km al sur - occidente de Bucaramanga, su casco urbano se localiza a unos 91,4 km de la capital santandereana, por la vía Betulia - Zapaloca - Giron -Bucaramanga. Dentro de las coordenadas 73, 10° de longitud oeste y 6, 55° de latitud norte.

- ✓ Limita por el norte y por el oriente con el municipio de Girón
- ✓ El sur occidente con Zapaloca y por el occidente con san Vicente de chucuri y Barrancabermeja.

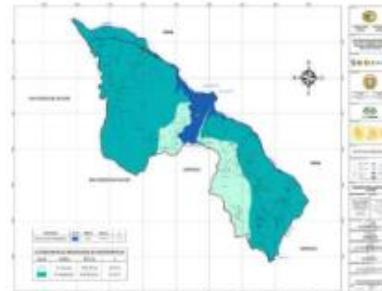
Comprende tierras montañosas y planas, teniendo alturas que oscilan entre los 200 y los 2100 msnm, posee variedad de climas que van desde los cálidos lluviosos (Valle del Sogamoso y llanura del Río Magdalena) hasta los templados y fríos (Zonas altas de la Serranía de los Yarigües). El casco urbano se sitúa a los 1620 msnm y mantiene una temperatura media de 21°C, la extensión total de este municipio es de 413,3 Km<sup>2</sup>, distribuidos en catorce (14) Veredas, tres (3) Centros Poblados Urbanos y el Casco Urbano, sin embargo de acuerdo a las formas organizativas, muchas de las Veredas se dividen en Sectores, los cuales por ubicación y Juntas de Acción Comunales ascienden a 32 Sectores, Incluido el Casco Urbano.



**Accesibilidad geográfica** El estado de las vías de conexión municipal y regional es regular. Esto ha ocasionado desarticulación espacial entre los sectores municipales, existiendo sectores donde no se puede acceder directamente desde

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA	
CRECIENDO JUNTOS	
	COD: PG-SGI-CA01 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD PAMEC VERSIÓN: 04 FECHA: 22-MARZO-2024

y recoge las aguas de todas las quebradas del municipio. El río Chucuri es otro drenaje importante que atraviesa el municipio de sur a norte en la parte central. Las principales quebradas identificadas en el municipio son: La Putana, La Ramera, La Chafarota, La Azufrade, La Paramera y Zapaloca.



### ESCENARIOS DE RIESGO

TIPO DE AMENAZA	FORMA EN QUE SE PRESENTA	NIVEL DE AMENAZA	ÁREA (Km <sup>2</sup> )
Fenómenos de hundimiento en masa	Deslizamiento	Baja	143.9
	Deslizamientos y caída de bloques	Alta	0.1
Fenómenos hidrodinámicos	Reptamiento por caída de bloques	Média	105.7
	Inundación	Puntual	Puntual
Actividad sísmica	Probabilidad de sismos	Média	Todo el municipio

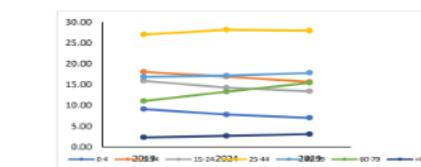
El municipio presenta tres niveles de amenaza por deslizamientos:

- ✓ **Amenaza baja:** Abarca 143.9 Km<sup>2</sup>, afectando varias veredas, incluyendo La Putana, Sogamoso, San Mateo, San Bernardo, Peña Morada, El Placer, Unión del Norte, Unión del Sur, Chimitá, Santa Bárbara y El Centro.
- ✓ **Amenaza alta:** Se concentra en la zona denominada "23 de Agosto", con una extensión de 0.1 Km<sup>2</sup>. Este área ha sido afectada por eventos graves de

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA  
AVT: 800203070-5 DIRECCIÓN: CL. 8 #81 - TELÉFONO: 03 7855617 CODIGO: hospitalbetulia@gmail.com

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA  
AVT: 800203070-5 DIRECCIÓN: CL. 8 #81 - TELÉFONO: 03 7855617 CODIGO: hospitalbetulia@gmail.com

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA	
CRECIENDO JUNTOS	
	COD: PG-SGI-CA01 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD PAMEC VERSIÓN: 04 FECHA: 22-MARZO-2024



Índice Demográfico	Año		
	2018	2023	2025
Población total	5.941	6.070	6.241
Población MASCULINA	3.165	2.775	3.295
Población FEMENINA	2.775	3.295	2.946
Relación hombres: mujer	114.09	84.22	111.85
Razón <b>EDOCAS</b> : mujer	37.55	32.06	34.97
Índice de infancia	26.54	25.98	25.06
Índice de juventud	23.05	22.57	21.97
Índice de vejez	9.17	9.92	10.88
Índice de envejecimiento	34.56	38.17	43.41
Índice demográfico de dependencia	56.09	56.00	56.10
Índice de dependencia infantil	41.69	40.53	39.12
Índice de dependencia mayores	14.41	15.47	16.58
Índice de Fiz	134.15	128.40	122.78

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA  
AVT: 800203070-5 DIRECCIÓN: CL. 8 #81 - TELÉFONO: 03 7855617 CODIGO: hospitalbetulia@gmail.com

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b>			
CRECIENDO JUNTOS			COD: FR-SIAU-04
 Creciendo juntos	<i>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</i>		VERSION: 01      FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2021

## 6.2. OBSERVACIONES

A la fecha del 22 de mayo de 2025, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

## 6.3. HALLAZGOS

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al PAMEC, correspondiente al trimestre II de 2025 no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

## 6.4. CONCLUSIÓN

En conclusión, la auditoría realizada al PAMEC de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar.

## 7. AREA DE CONTRATACIÓN:

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de contratación el día 28 de mayo de 2025.

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**



CRECIENDO JUNTOS

COD: FR-SIAU-04

**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

VERSION: 01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

 Creciendo juntos	E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos	
	PLAN ANUAL DE AUDITORIAS	COD: PL-GA-01 VERSIÓN: 01 FECHA: 27-MAYO-2021

**LISTA DE VERIFICACIÓN CONTRATACIÓN**

**RESPONSABLE DEL PROCESO**

Oscar Josué Melo Sanabria

**FECHA**

5/28/2025

**AUDITOR**

Sandra Milena Plata Diaz

ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
<b>ETAPA PRECONTRACTUAL</b>			
Los procedimientos contractuales adoptados por la entidad estan de acuerdo a los lineamientos establecidos por las disposiciones legales y al manual de contratación.	X		
Verificar que los oferentes tengan los requisitos habilitantes para contratar	X		
Verificar que los Certificados de Disponibilidad Presupuestal, Certificados de Registro Presupuestal, estén acordes con el Estatuto Orgánico del Presupuesto.	X		
Efectuar revisión de Los Estudios Previos que encuentran debidamente estructurados y fundamentados.	X		
Verificar que los proponentes que participaron en los proceso no hayan incurrido en las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad previstas en la Ley.	X		
<b>ETAPA CONTRACTUAL</b>			
Confirmar que los pagos efectuados obedezcan a lo pactado y aseguren que el objeto contractual y el plazo cumplieron los fines o propósitos que dieron origen a su contratación.	X		
verificar que los numeros de los contratos, objeto, fecha de iniciación y terminación, constitución y aprobación de la garantía única contractual, la existencia del registro presupuestal, sean requisitos necesarios para iniciar su ejecución.	X		
Comprobar que los informes de ejecución, informes de supervisión y demás documentos comprueben el cumplimiento del objeto contractual.	X		
Verificar si se han presentado modificaciones, adiciones o prórrogas en el desarrollo del proceso contractual; si se han realizado adiciones y están soportadas por la disponibilidad presupuestal respectiva, y se ha dado ampliación a la cobertura	X		
Evidenciar si se dio cumplimiento al contrato, o por el contrario, hubo alguna circunstancia que afectara su ejecución.	X		
Evidenciar que los valores de los comprobantes de pago obedecen a los valores estipulados en el contrato.	X		

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

<b>ETAPA POSTCONTRACTUAL</b>			
Evidenciar si los contratistas ejecutaron el objeto del contrato conforme a los términos pactados cumpliendo con las obligaciones derivadas del mismo.	X		
Constatar si la liquidación de los contratos se realizarán dentro de los términos establecidos por la Ley.	X		
Para todas las etapas de los contratos verificar si se revisó la oportunidad en la publicación en SECOP II de los documentos contractuales de acuerdo a la modalidad de contratación.	X		
Evidenciar si los comprobantes de los pagos parciales de los contratos se registran los correspondientes descuentos por conceptos de impuesto y estampillas, verificando el pago de estos y de los aportes de seguridad social.	X		
Verificar mediante el análisis de actas de intervenciones o supervisiones, informes y certificaciones, se constata la oportunidad en la ejecución y terminación del contrato.	X		
<b>Observaciones</b>			

*Dra. mrs.).*

Funcionario que recibe auditoría

*Sandra Milena Plaza*

Auditor

## 7.1. EVIDENCIAS:



# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA



Creciendo juntos

CRECIENDO JUNTOS

COD: FR-SIAU-04

**FECHA**

07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

## *INFORME AVANCE CONTROL INTERNO*

VERSION:  
01

## **ETAPA POSTCONTRACTUAL**

Betulia, Febrero 28 de 2025

Señor:  
**OSCAR JOSUE MELO SANABRIA**  
Subdirector Administrativo  
**ESE Hospital San Juan de Dios de Betulia**  
Supervisor de Contrato 2025-026

**ASUNTO: INFORME DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES  
CONTRACTUALES**

A continuación, me permito hacer entrega de informe de actividades y obligaciones cumplidas, dentro del Contrato de Prestación de Servicios vigente, con la ESE Hospital San Juan de Dios de Brotulía.

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>	OLGA YANETH ANGARITA GOMEZ
<b>CEDULA:</b>	163 493 346
<b>NUMERO DE CONTRATO:</b>	2025-026
<b>OBJETO:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE ZAPOTACA DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 1212 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
<b>FECHA DE INICIO:</b>	Febrero 01 de 2025
<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	Abril 30 de 2025
<b>ESTADO ACTUAL:</b>	En ejecución
<b>PERIODO DEL PRESENTE INFORME:</b>	FEBRERO 01 A FEBRERO 28 DE 2025

VALOR DEL CONTRATO	VALOR A PAGAR	SALDO PENDIENTE	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
\$ 7.500.000,00	\$ 2.500.000,000	\$ 5.000.000,00	33,33%

Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	CE: <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS C</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA INICIO: <b>10/03/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA FIN: <b>14/04/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	TIPO: <b>PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	ESTADO: <b>EN PROCESO</b>
<b>1. 2025-191 LEYDI PAOLA MARY ORGA BAST...</b>	<b>DOCES/PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	CE: <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS C</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA INICIO: <b>10/03/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA FIN: <b>14/04/2025 10:42 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	TIPO: <b>PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	ESTADO: <b>EN PROCESO</b>
<b>2. 2025-106 ENDER FABRICIO MEDINA ID...</b>	<b>DOCES/PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	CE: <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS C</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA INICIO: <b>05/04/2025 11:15 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA FIN: <b>09/05/2025 11:15 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	TIPO: <b>PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	ESTADO: <b>EN PROCESO</b>
<b>3. 2025-105 MAYRA ALEJANDRA FRANCO...</b>	<b>DOCES/PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	CE: <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS C</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA INICIO: <b>10/03/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA FIN: <b>14/04/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	TIPO: <b>PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	ESTADO: <b>EN PROCESO</b>
<b>4. 2025-104 LEIDY JOHANNA PAREDES BU...</b>	<b>DOCES/PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	CE: <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS C</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA INICIO: <b>10/03/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA FIN: <b>14/04/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	TIPO: <b>PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	ESTADO: <b>EN PROCESO</b>
<b>5. 2025-103 PATRICIA ALFREDO ARIELA...</b>	<b>DOCES/PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	CE: <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS C</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA INICIO: <b>10/03/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA FIN: <b>14/04/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	TIPO: <b>PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	ESTADO: <b>EN PROCESO</b>
<b>6. 2025-102 GOLDENTRANS S.A.S.</b>	<b>DOCES/PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	CE: <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS C</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA INICIO: <b>10/03/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	FECHA FIN: <b>14/04/2025 12:00 AM</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	TIPO: <b>PROCESO PUBLICADO</b>
Contratista: <b>IGLESIAS, MARIA ESTHER</b>	ESTADO: <b>EN PROCESO</b>

 <b>Hospital San Juan de Dios de Betania</b> <small>Sistema Unico</small>	<b>E.I.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETANIA-GANTANDE</b>  <b>ADMINISTRATIVA</b>
<b>ACUERDOAN</b>	
<p><b>PARTIDOS:</b> Sejor por beneficiario el contrato 2025-001 hasta el año 2026 PRESTAN LOS SERVICIOS DE APORTE A LAS SECTAS CONDOS AL DISEÑO CONSTRUCTIVO PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO: REFORZAMIENTO Y MEJORAS EN EL SALÓN DE ACTOS DEL MUNICIPIO DE BETANIA -ÁREA URBANA DE BETANIA- Y EL PAGO DE LOS GASTOS DE MANO DE OBRA IMPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 102 DE 2016 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, y el pago de los honorarios de TÉCNICO ARQUITECTO CARMEN MARÍA VERA FERNANDA FLORES DIAZ.</p>	
<p><b>SEGURO:</b> Imparte un monto acordado el contrato 2025-001 según lo establecido en la cláusula DECUMA- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO, según los términos establecidos en la presente ACPA.</p>	
<p><b>TERCERO:</b> Los partes se declaran mutuamente a PAZ Y SALVO de las obligaciones contraídas, en vista de lo establecido en el contrato 2025-001, celebrado entre las partes.</p>	
<p>Para constatar de lo anterior se firma 20 copias cada uno por que interese, en el municipio de Betania a los siete (07) días del mes de mayo 2025.</p>	
<p style="text-align: right;"><i>[Handwritten signatures]</i></p> <p><b>MIGUEL RENE TUTA MELGAR</b> Gobernador - E.S.P. Hospital San Juan de Betania</p>	
<p><b>OCAR JOSE MELI BANABRIA</b> Subdirector Administrativo</p>	
<p><b>TESON ARTHUR FLORES DIAZ</b></p>	

## 7.2. OBSERVACIONES

A la fecha del 28 de mayo de 2025, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

### **7.3. HALLAZGO**

En el marco de la realización de la auditoría efectuada al área de contratación, correspondiente al trimestre II de 2025 no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b>			
 Creciendo juntos	CRECIENDO JUNTOS		
	<b>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</b>		
	COD: FR-SIAU-04	VERSION: 01	FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2021

## 7.4. CONCLUSIÓN

En conclusión, la auditoría realizada al área de contratación de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar.

## 8. ÁREA DE FARMACIA:

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de farmacia el día 18 de junio de 2025.

 Creciendo juntos	<b>E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia</b> Creciendo Juntos		
	<b>AUDITORÍA INTERNA</b>		COD: PL-GA-01
		VERSIÓN: 01	FECHA: 27-MAYO-2021

LISTA DE VERIFICACIÓN FARMACIA			
RESPONSABLE DEL PROCESO	FECHA		
	Jhomayza Herrera Plata	18/06/2025	AUDITOR
		OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA	

ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE		
Los medicamentos de control se almacenan en un lugar bajo llave.	X			
Existencia del instructivo de semaforización	X			
Los medicamentos se encuentran con la respectiva semaforización	X			
Medicamentos LASA debidamente marcados	X			
Cuenta con registros de temperatura y almacenamiento completamente diligenciados a la fecha	X			
La regente cumple con mantener sus uñas cortas y sin esmalte	X			
La regente cumple con mantener sus manos y muñecas libres de accesorios	X			
Los residuos se encuentran clasificados correctamente	X			
El área se encuentra en buen estado de limpieza	X			
Las superficies permanecen secas y sin humedad	X			
El servicio farmacéutico se encuentra ubicado en un lugar independiente con facilidad de acceso a los usuarios	X			
Cuenta con aviso interior y exterior de: horario de atención, acceso restringido al personal ajeno a la farmacia	X			
Cuenta con equipos e implementos de seguridad ubicados en un lugar de fácil acceso (extintor)	X			
Efectúa el control de fechas de vencimiento de los medicamentos a través de la semaforización	X			
Se cumple con la adecuada rotación de la fecha de vencimiento de los productos farmacéuticos (primeros a vender, primeros en salir)	X			
Realización de inventario periódico	X			
Mantiene actualizados el registro de ingresos y egresos en el sistema de	X			

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**

CRECIENDO JUNTOS



Creciendo juntos

COD: FR-SIAU-04

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

VERSION:  
01

Mantiene actualizados el registro de ingresos y egresos en el sistema de farmacia, para una información objetiva, oportuna y veraz.	X			
Se lleva control de fechas de vencimientos de los medicamentos de farmacia y carros de paro	X			

Los medicamentos cuentan con especificaciones de: lote, fecha de vencimiento, registro invima y cantidad	X			
--	---	--	--	--

Observaciones:

Funcionario que recibe auditoría

Auditor

## 8.1. EVIDENCIAS:



1. LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL SE ALMACENAN EN UN LUGAR BAJO LLAVE



2. EXISTENCIA DEL INSTRUCTIVO DE SEMAFORIZACIÓN



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



Creciendo juntos

INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:  
01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021



3. LOS MEDICAMENTOS SE ENCUENTRAN CON LA RESPECTIVA SEMAFORACIÓN



4. MEDICAMENTOS LASA DEBIDAMENTE MARCADOS



6. LA REGENTE CUMPLE CON MANTENER SUS UÑAS CORTAS Y SIN ESMALTE



7. LA REGENTE CUMPLE CON MANTENER SUS MANOS Y MUÑECAS LIBRES DE ACCESORIOS



8. LOS RESIDUOS SE ENCUENTRAN CLASIFICADOS CORRECTAMENTE



9. EL ÁREA SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE LIMPIEZA



## E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



Creciendo juntos

# *INFORME AVANCE CONTROL INTERNO*

COD: FR-SIAU-04

**FECHA**

07-  
SEPTIEMBRE-  
2021



12. CUENTA CON EQUIPOS E IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD UBICADOS EN UN LUGAR DE FÁCIL ACCESO (EXTINTOR)



**13. EFECTÚA EL CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA SEMAFORIZACIÓN**



16. MANTIENE ACTUALIZADOS EL REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS EN EL SISTEMA DE FARMACIA, PARA UNA INFORMACIÓN OBJETIVA, OPORTUNA Y VERAZ.

**17. SE LLEVA CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTOS DE LOS MEDICAMENTOS DE FARMACIA Y CARROS DE PARO**

**18. LOS MEDICAMENTOS CUENTAN CON ESPECIFICACIONES DE: LOTE, FECHA DE VENCIMIENTO, REGISTRO INVIMA Y CANTIDAD**

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b>			
 Creciendo juntos	CRECIENDO JUNTOS		
	<i>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</i>	COD: FR-SIAU-04 VERSION: 01	FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2021

### **8.2. OBSERVACIONES:**

A la fecha del 18 de junio de 2025, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

### **8.3. HALLAZGOS**

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al área de farmacia, correspondiente al trimestre II de 2025 no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

### **8.4. CONCLUSIONES**

En conclusión, la auditoría realizada al área de farmacia de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar.

### **9. AREA CONTABLE Y FINANCIERA:**

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de contratación el día 28 de mayo de 2025.

### **10. SIAU:**

La imagen que se presenta a continuación permite observar la auditoría realizada al área de contratación el día 10 de junio de 2025.

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION: 01

FECHA:  
07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

	E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia Creciendo Juntos	COD: PI-GA-61
	AUDITORÍA INTERNA	VERSIÓN: 01 FECHA: 27-MAYO-2021

LISTA DE VERIFICACIÓN SIAU		
RESPONSABLE DEL PROCESO	FECHA	
Noemí Rueda Marquez	10/05/2025	OSCAR JOSUÉ MELO SANABRIA
AUDITOR		

ACTIVIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
La oficina del SIAU ¿Cuenta con manual de procesos y procedimientos?	X		
Realización de encuestas de satisfacción por los medios al 10% de los usuarios que asisten a la E.S.E en los diferentes servicios.	X		
Realización del análisis de los resultados de las encuestas realizadas.	X		
Formulación de acciones de mejora basadas en las quejas y reclamos	X		Se realizan, pero en estos últimos meses no se hubo quejas
Buen estado del buzón de PQR.	X		
Realización del análisis de los consolidados de PQR mensuales.	X		
Realización del debido proceso de investigación y solución de la queja en los tiempos permitidos por ley.	X		En el mes de Mayo y Junio no se realizaron procesos de solución ya que no hubo quejas
Se cuenta con soporte de actas de apertura de los buzones de sugerencias.	X		
Se cuenta con soporte de actas de comité SIAU	X		
Realización de la apertura semanal del buzón de sugerencias	X		
Como líder del proceso de SIAU recibe capacitación y acompañamiento para el buen desarrollo de sus funciones	X		
Se realiza por parte de la oficina de SIAU capacitación a los usuarios sobre derechos y deberes en salud	X		
Se encuentra cartelería de SIAU	X		

Observaciones:

Funcionario que recibe auditoría

Auditor

## 10.1. EVIDENCIAS:

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA



Creciendo juntos

CRECIENDO JUNTOS

## INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION: 01

FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2021

### 1. MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

#### 7. ESTÁNDAR OPERACIONAL DEL PROCESO PARA CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO DE LOS PACIENTES/FAMILIARES Y FUNCIONARIOS

Para la Institución es importante resolver conflictos y evitar que se vuelvan a presentar, así mismo es importante establecer el procedimiento para resolver conflictos graves del siguiente procedimiento:

OBJETIVO	ALCANCE
E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA MANUAL DE DERECHOS, BARRERAS, BARRERA DE ACCESO Y TRATO DIGNO AL USUARIO VERSIÓN: 01 FECHA: 24-SEPTIEMBRE-2020	

Prevenir y controlar el comportamiento agresivo y/o abusivo de los clientes, familiares y visitantes en cualquier servicio de la Institución.

#### CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

Derechos y Deberes, Artículos 160, ley 102055, Derechos y deberes institucionales.

Arbitraje de litigio resarcitorio y seguro para los pacientes, familiares y funcionarios.

#### PROCEDIMIENTOS

##### COMO NEUTRALIZARLO

1. Agresión verbal
2. Lesión física
3. Acciones de daño por parte del paciente o familiar del paciente
4. Negligencia de la atención
5. Negligencia del personal
6. Evento adverso
7. Funcionario lesionado

#### DESEÑO DE LAS ACTIVIDADES

1. Identificación del paciente o agresor
2. Identificación de la EPS del agresor
3. Recro del área del personal

#### RESPONSABLE

OBJETIVO	ALCANCE
Medir las cantidades de veces que a un paciente se le presenta una barriera de acceso, medida en número de veces que se presentan acciones de mejora pertinente y disminuir las barreras de acceso en la institución.	

#### CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

Tener en cuenta los tipos de barrera de acceso.

Recolección de datos de pacientes a los cuales se le ve impedido el servicio de salud por una barrera de acceso.

Formular estrategias de mejora.

#### PROCEDIMIENTO

#### RESULTADOS ESPERADOS

Analizar de barreras de acceso mensual.

Acciones de mejora formuladas.

Identificar las barreras de acceso que se les presenta barreras de acceso a los servicios de salud de la institución.

#### PROBLEMAS Y DESAFIOS

La barrera de acceso se identifica cuando un paciente manifiesta no poder recibir la atención en salud, ya sea en el servicio de urgencias o de consulta externa, esto impide que el paciente busque al ISSAU como una atención personalizada o a través de una PCR.

Construir en una base de datos llamada identificación de barreras de acceso en donde se registre (según este manual) el tipo de barrera presentada.

Realizar análisis mensual de los pacientes quienes presentaron alguna barrera de acceso y se evalúen las causas, las estrategias de mejora y la estrategia para minimizar las barreras de acceso a la salud.

El manejo de información es crucial para obtener resultados.

### 3. REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS

1	E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA				COMPROMISO DE MEJORAR LA CALIDAD DE SERVICIO	
2					COD: FR-SIAU-02	
3	ANALISIS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN				VERSIÓN: 02	FECHA: 17-SEPTIEMBRE-2021
4	DÍA	30	MES	6	AÑO	2025
5	TABULACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN					
6	A continuación se procede a realizar el análisis de satisfacción del cliente externo BASADO en las cuestiones de satisfacción REALIZADAS EN EL MES DE JUNIO DE 2025					
7	total de respuestas a las siguientes preguntas aplicadas en la encuesta de	Buena	Regular	Mala	Total	
8	total de respuestas a las siguientes preguntas aplicadas en la encuesta de satisfacción	Buena	Regular	Mala	No contestar	Total
9	11	12	13	14	15	16
10	17	18	19	20	21	22
11	23	24	25	26	27	28
12	29	30	31	32	33	34
13	35	36	37	38	39	40
14	41	42	43	44	45	46
15	47	48	49	50	51	52
16	53	54	55	56	57	58
17	59	60	61	62	63	64
18	65	66	67	68	69	70
19	71	72	73	74	75	76
20	77	78	79	80	81	82
21	83	84	85	86	87	88
22	89	90	91	92	93	94
23	95	96	97	98	99	100
24	101	102	103	104	105	106
25	107	108	109	110	111	112
26	113	114	115	116	117	118
27	119	120	121	122	123	124
28	125	126	127	128	129	130
29	131	132	133	134	135	136
30	137	138	139	140	141	142
31	143	144	145	146	147	148
32	149	150	151	152	153	154
33	155	156	157	158	159	160
34	161	162	163	164	165	166
35	167	168	169	170	171	172
36	173	174	175	176	177	178
37	179	180	181	182	183	184
38	185	186	187	188	189	190
39	191	192	193	194	195	196
40	197	198	199	200	201	202
41	203	204	205	206	207	208
42	209	210	211	212	213	214
43	215	216	217	218	219	220
44	221	222	223	224	225	226
45	227	228	229	230	231	232
46	233	234	235	236	237	238
47	239	240	241	242	243	244
48	245	246	247	248	249	250
49	251	252	253	254	255	256
50	257	258	259	260	261	262
51	263	264	265	266	267	268
52	269	270	271	272	273	274
53	275	276	277	278	279	280
54	281	282	283	284	285	286
55	287	288	289	290	291	292
56	293	294	295	296	297	298
57	299	300	301	302	303	304
58	305	306	307	308	309	310
59	311	312	313	314	315	316
60	317	318	319	320	321	322
61	323	324	325	326	327	328
62	329	330	331	332	333	334
63	335	336	337	338	339	340
64	341	342	343	344	345	346
65	347	348	349	350	351	352
66	353	354	355	356	357	358
67	359	360	361	362	363	364
68	365	366	367	368	369	370
69	371	372	373	374	375	376
70	377	378	379	380	381	382
71	383	384	385	386	387	388
72	389	390	391	392	393	394
73	395	396	397	398	399	400
74	401	402	403	404	405	406
75	407	408	409	410	411	412
76	413	414	415	416	417	418
77	419	420	421	422	423	424
78	425	426	427	428	429	430
79	431	432	433	434	435	436
80	437	438	439	440	441	442
81	443	444	445	446	447	448
82	449	450	451	452	453	454
83	455	456	457	458	459	460
84	461	462	463	464	465	466
85	467	468	469	470	471	472
86	473	474	475	476	477	478
87	479	480	481	482	483	484
88	485	486	487	488	489	490
89	491	492	493	494	495	496
90	497	498	499	500	501	502
91	503	504	505	506	507	508
92	509	510	511	512	513	514
93	515	516	517	518	519	520
94	521	522	523	524	525	526
95	527	528	529	530	531	532
96	533	534	535	536	537	538
97	539	540	541	542	543	544
98	545	546	547	548	549	550
99	551	552	553	554	555	556
100	557	558	559	560	561	562
101	563	564	565	566	567	568
102	569	570	571	572	573	574
103	575	576	577	578	579	580
104	581	582	583	584	585	586
105	587	588	589	590	591	592
106	593	594	595	596	597	598
107	599	600	601	602	603	604
108	605	606	607	608	609	610
109	611	612	613	614	615	616
110	617	618	619	620	621	622
111	623	624	625	626	627	628
112	629	630	631	632	633	634
113	635	636	637	638	639	640
114	641	642	643	644	645	646
115	647	648	649	650	651	652
116	653	654	655	656	657	658
117	659	660	661	662	663	664
118	665	666	667	668	669	670
119	671	672	673	674	675	676
120	677	678	679	680	681	682
121	683	684	685	686	687	688
122	689	690	691	692	693	694
123	695	696	697	698	699	700
124	701	702	703	704	705	706
125	707	708	709	710	711	712
126	713	714	715	716	717	718
127	719	720	721	722	723	724
128	725	726	727	728	729	730
129	731	732	733	734	735	736
130	737	738	739	740	741	742
131	743	744	745	746	747	748
132	749	750	751	752	753	754
133	755	756	757	758	759	760
134	761	762	763	764	765	766
135	767	768	769	770	771	772
136	773	774	775	776	777	778
137	779	780	781	782	783	784
138	785	786	787	788	789	790
139	791	792	793	794	795	796
140	797	798	799	800	801	802
141	803	804	805	806	807	808
142	809	810	811	812	813	814
143	815	816	817	818	819	820
144	821	822	823	824	825	

# E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA



CRECIENDO JUNTOS

## *INFORME AVANCE CONTROL INTERNO*

COD: FR-SIAU-04

**FECHA**

07-  
SEPTIEMBRE-  
2021

## **6. REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE LOS CONSOLIDADOS DE PQR MENSUALES**

En el mes de Mayo-Junio no hubo quejas ni reclamos por esta razón no se realizaron consolidados de PQR.

## **7. REALIZACIÓN DEL DEBIDO PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y SOLUCIÓN DE LA QUEJA EN LOS TIEMPOS PERMITIDOS POR LEY**

- En el mes de Mayo y Junio no se realizaron procesos de solución ya que no hubo quejas ni reclamos.

**9. SE CUENTA CON SOPORTE DE ACTAS DE COMITÉ SIAU**

ACTA No.	43	TEMA	REUNIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITALARIA	D	M	A	06	2025																			
LUGAR:	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA SANTANDER																										
HORA:	04:00 P.M.																										
OBJETIVO:	Realizar acciones que impulsen la promoción y cumplimiento de los derechos y deberes, las pegas recibidas que afectan la calidad en la atención, los análisis de las encuestas y planes de mejoramiento del trato digno de los pacientes y sus familiares AGENDA																										
1. Verificación del quórum																											
2. Lectura de quejas del mes de Junio de 2025																											
3. Presentación resultados de análisis de encuestas de satisfacción del mes de Junio de 2025																											
4. Socialización capacitación a los usuarios																											
5. Socialización capacitación a la atención al usuario																											
6. Observaciones que afectan el trato digno y humanizado en la atención en salud																											
7. Seguimiento a planes de mejoramiento																											
8. Seguimiento a acciones anteriores																											
9. Finalización																											
<b>DESARROLLO DE LA REUNIÓN</b>																											
1. Verificación del quórum:	Se da inicio al comité de ética hospitalaria de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del mes de Junio de 2025 con la verificación de que se cumplió con el 100% de su representación con la finalidad de liberar y promover el trato humano, la humanización, el trato digno, los derechos y deberes, las pegas recibidas que afectan la calidad en la atención, las analisis de las encuestas y promoción del trato digno de los pacientes y sus familias.																										
2. Justificación: el presente comité se conforma como un grupo interdisciplinario de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios en compañía de los miembros de la alianza de usuarios escogidos para tal fin con el fin de impulsar la promoción y cumplimiento de los derechos y deberes, las pegas recibidas que afectan la calidad en la atención, los análisis de las encuestas y promoción del trato digno de los pacientes y sus familias.																											
3. Lectura de quejas mes Junio 2025: toma la palabra la líder del STAU NOHEMÁ RODRÍGUEZ MARQUEZ y se presentan las quejas registradas en el sistema de quejas y sugerencias (PGRS), en los que se evidencian durante el mes de Junio un total de cero (0) quejas Y CERO (0) Reclamos. En el mes de JUNIO, no se reciben quejas en el buzón de sugerencias.																											
4. Presentación de resultado de análisis de satisfacción del mes de Junio 2025: continúa con la presentación de los resultados de los análisis de satisfacción realizados en el mes de Junio 2025 por los miembros del comité. (AQUÍ SE ANEXAN RESUMEN DEL RESULTADO DE LAS ENCUESTAS SIN GRÁFICOS).																											
ACTA DE REUNIÓN				GD0_ALCER-01 VERSIÓN: 01 FECHA: 16-FEBRERO-2021																							
<p><b>8. Estrategias para la promoción de derechos y deberes:</b> Como estrategia para la promoción de derechos y deberes se reparten folletos educativos y se le brinda educación mensualmente en derechos y deberes, además de que en los computadores y televisores se comparten información alusiva de derechos y deberes, se realizan un taller de derechos y deberes y salud oral. Se realiza encuesta al comité de ética sobre los derechos y deberes en salud.</p> <p><b>9. Seguimiento a planes de mejoramiento:</b></p>																											
<b>CIERRE</b>																											
Siendo las 4:40 de la tarde del dia 30 de JUNIO de 2025 se da por cerrado el comité de ética hospitalaria																											
<b>IMÁGENES</b>																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAREAS</th> <th>COMPROMISOS</th> <th>RESPONSABLE</th> <th>FECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								TAREAS	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA																
TAREAS	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA																								
<b>REGISTRO DE ASISTENCIA</b>																											
		63494370		Prestadora																							
		28014770		Tesorera																							
		25403305		Secretaria																							

**8. SE CUENTA CON SOPORTE DE ACTAS DE APERTURA DE LOS BUZONES DE SUGERENCIAS.**

<b>ACTA N° 30</b>															
<b>APERTURA DEL BÚSQUIN DE SUGERENCIAS</b>															
<b>INSTITUCIÓN:</b>	E.S.P. Hospital San Juan De Dios														
<b>DIRECCIÓN:</b>	Av. 10 de Noviembre 1000														
<b>DEPENDENCIA:</b>	Oficina del Sistema de Información y Atención al Usuario - SIUA														
<b>HORA:</b>	10:00 A.M.														
<b>DETALLE:</b> Efectuar la apertura del Bússin de Sugerencias instalado en la fachada San Juan de Dios, para que las personas interesadas depositen sus sugerencias o reclamos y que el personal de la dependencia lo registre y procederá con su tramitación, dando una respuesta favorable a las sugerencias formuladas por la comunitidad vigente.															
<b>PARTICIPANTES:</b>															
<b>NOMBRE:</b>	<b>CARGO:</b>	<b>FIRMA:</b>													
Gutierrez Plata Isabel S. Argueta	FUNDADORES E.E.T.	Gutierrez Plata Isabel S. Argueta													
Eduardo Cevallos Pilar Cecilia Sanchez	FUNDADORES E.E.T.	Eduardo Cevallos Pilar Cecilia Sanchez													
TUTOR	TERCEROS 2														
Dando fe: 02/07/2010 se da inicio a la apertura del Bússin de Sugerencias por parte de la Comunidad. Nuestra Madre María queríbamos verificado y constatado que Bússin observaciones lo siguiente:															
<table border="1"> <tr> <td>PICTORIGENES</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>ESTERILIZACIÓN</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>FELOCUT/COMER</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>REFUGIOS</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>SUGERENCIAS</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td>SI</td> </tr> </table>				PICTORIGENES	SI	ESTERILIZACIÓN	SI	FELOCUT/COMER	SI	REFUGIOS	SI	SUGERENCIAS	SI	OTROS	SI
PICTORIGENES	SI														
ESTERILIZACIÓN	SI														
FELOCUT/COMER	SI														
REFUGIOS	SI														
SUGERENCIAS	SI														
OTROS	SI														
Se pide proceder a clasificar, contar total y registrar las PCRSF respectivas, indicando las que están dentro de establecidas e incompletas.															
<table border="1"> <tr> <td>DATOS COMPLETOS</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>DATOS INCOMPLETOS</td> <td>SI</td> </tr> </table>				DATOS COMPLETOS	SI	DATOS INCOMPLETOS	SI								
DATOS COMPLETOS	SI														
DATOS INCOMPLETOS	SI														
Una vez verificadas las PCRSF que tienen datos completos e la información mínima para dar respuesta al ciudadano, se registran en este acta.															
En la fecha 02/07/2010 se procede a realizar el cierre del Bússin de Sugerencias y se da término a la reunión.															

#### EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



#### **10. REALIZACIÓN DE LA APERTURA SEMANAL DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS**

ACTA N° 31 APERTURA DEL BULLEZ DE SUGERENCIAS																		
<b>INSTITUCIÓN:</b> E.S.E. Hospital San Juan de Dios <b>LUGAR:</b> Manizales - Colombia <b>DEPENDENCIA:</b> Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU <b>FECHA:</b> 13/06/2023 <b>HORA:</b> 10:00 A.M.																		
<b>OBJETIVO:</b> Reabrir la sesión del Bullezo de Sugerencias instalado en la Clas San Juan de Dios con el propósito de revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones presentadas por los usuarios y funcionarios del establecimiento, durante una respuesta oportuna en los términos establecidos por la normatividad vigente.																		
<b>PARTICIPANTES:</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE</th> <th>CARGO</th> <th>FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maria Alejandra Rueda</td> <td>FUNCIONARIO E.S.E.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aldina Paquella Diaz</td> <td>FUNCIONARIO E.S.E.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eduardo Plaza Prado</td> <td>TESTIGO 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ana Lina Rueda</td> <td>TESTIGO 2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				NOMBRE	CARGO	FIRMA	Maria Alejandra Rueda	FUNCIONARIO E.S.E.		Aldina Paquella Diaz	FUNCIONARIO E.S.E.		Eduardo Plaza Prado	TESTIGO 1		Ana Lina Rueda	TESTIGO 2	
NOMBRE	CARGO	FIRMA																
Maria Alejandra Rueda	FUNCIONARIO E.S.E.																	
Aldina Paquella Diaz	FUNCIONARIO E.S.E.																	
Eduardo Plaza Prado	TESTIGO 1																	
Ana Lina Rueda	TESTIGO 2																	
<i>Declaro que 10:00 AM se da inicio a la apertura de esta sesión de sugerencias por parte de la funcionaria Aldina Paquella Diaz quien verifica el contenido del Bullezo observando por su integridad.</i>																		
<b>PETICIONES</b> RECLAMOS FELICITACIONES QUEJAS SUGERENCIAS DENUNCIAS																		
Se procede a clasificar, contar, filtar y respaldar las PORSP depositadas, incluyendo las que tengan datos completos e incompletos.																		
<b>DATOS COMPLETOS</b> <b>DATOS INCOMPLETOS</b>																		
<i>Una vez identificadas las PORSP que tienen datos completos o la información existente para dar respuesta o tratarlas, se registran en otra acta.</i>																		
Con lo anterior, verificadas las 10:15 a.m., se procede a realizar el cierre del Bullezo de Sugerencias y																		

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176



<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA</b>			
 Creciendo juntos	CRECIENDO JUNTOS		
	<i>INFORME AVANCE CONTROL INTERNO</i>	COD: FR-SIAU-04 VERSION: 01	FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2021

#### **10.2. OBSERVACIONES:**

A la fecha del 10 de junio de 2025, fecha de realización de la auditoría, se observa que se cumplen todas las actividades propuestas para el desarrollo de la misma.

#### **10.3. HALLAZGOS:**

En el marco de la realización de la auditoria efectuada al área de SIAU, correspondiente al trimestre II de 2025 no se encontraron observaciones ni tampoco hallazgos que den pie a realizar plan de mejoramiento.

#### **10.4. CONCLUSIÓN:**

En conclusión, la auditoría realizada al área de SIAU de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Betulia arroja un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a evaluar.

Para constancia firma,



**OSCAR JOSUE MELO SANABRIA**  
 Jefe de Control Interno  
 E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Betulia