

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

1 INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Información general del sujeto auditado

Nombre o razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO

Dirección y Ubicación de la entidad auditada: Calle 57 # 23-100, Barranquilla - Atlántico

Número de Identificación Tributaria: 901.536.799-5

Email notificación judicial: gerencia@eseuniversitariadelatlantico.gov.co

Objeto Social: *Prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia*

Tipo de Entidad Auditada: Pública

Dirección de correspondencia del Representante Legal de la Entidad Auditada: Carrera 51 # 79 – 168, Apartamento 2A de Barranquilla - Atlántico

Representante Legal: PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GOMEZ

Identificación Representante Legal: CC 8720082 de Barranquilla

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

1.2 Información de la auditoría y del equipo auditor

Fecha de la auditoría:	Del 11 al 14 de marzo de 2025
Lugar de la auditoría:	Calle 57 # 23-100, Barranquilla – Atlántico y otras sedes
Duración de la auditoría:	Cuatro (4) días.
Número del auto de la auditoría:	Auto Nro.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025
Ordenador de la auditoría:	Beatriz Eugenia Gómez Consuegra
Cargo:	Superintendente Delegada para Prestadores de Servicios de Salud
Identificación:	C.C. 52.021.787
Coordinador de la Auditoría:	Yamile González Restrepo
Identificación:	40.400.878
Profesión:	Enfermera
Cargo:	Profesional Especializado
Equipo auditor:	
Nombre completo	Ana Paola Ríos Cabra
Identificación	52.517.370
Profesión	Médica
Cargo	Profesional Especializado
Nombre completo	Karen Alexandra Ostos
Identificación	1.033.691.812

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Profesión	Contadora Pública
Cargo	Profesional Especializada
Nombre completo	Yenny Rocio Tulcán Hernández
Identificación	CC 52.621.677
Profesión	Odontóloga
Cargo	Profesional Especializado
Nombre completo	Sandra Milena Villegas Avila
Identificación	CC. 29.820.962
Profesión	Fisioterapeuta
Cargo	Profesional especializado
Nombre completo	Maria Fernanda Mancipe
Identificación	52.810.621
Profesión	Abogada - Enfermera
Cargo	Profesional especializado

1.3. Objeto de la Auditoría

Verificar el cumplimiento de las responsabilidades de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO en relación con los ejes financiero, administrativo – legal y prestación de servicios de salud para las vigencias 2023, 2024 y lo corrido de 2025, así como realizar seguimiento y verificación a la ejecución del plan de mejoramiento derivado de la auditoría realizada del 26 de febrero a 1° de marzo de 2024, ordenada mediante Auto No. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024.

2. ANTECEDENTES

La Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, mediante Auto Nro. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024, ordenó auditoría a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO**, identificada con NIT: **NIT 901536799-5**, durante los días comprendidos los días 26 de febrero a 1° de marzo de 2024.

Que, producto de la auditoría realizada a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO**, identificada con NIT: **901536799-5**, se realizó informe donde se registraron veintinueve (29) hallazgos.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Que con el objetivo de subsanar las causas de fondo que generaron los hallazgos plasmados en el informe de auditoría, la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO**, identificada con NIT: **901536799-5**, suscribió un plan de mejoramiento, el cual fue aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud en oficio radicado número 20244100301413071 del 12 de julio del 2024.

Que, de conformidad con lo descrito, la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud encuentra la necesidad de hacer seguimiento a la ejecución del referido Plan de Mejoramiento en las instalaciones de la entidad vigilada, así como de verificar el cumplimiento de las responsabilidades de la ESE en relación con los ejes de financiamiento, administrativo y legal, prestación de servicios y atención al usuario para las vigencias 2023, 2024 y lo corrido de 2025.

En ejercicio de sus funciones, la Superintendente Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, a través del Auto de Auditoría nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025, ordenó realizar auditoría integral a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, identificada con NIT 901.536.799-5, para verificar el cumplimiento de sus responsabilidades en relación con los ejes financiero, administrativo legal, prestación de servicios de salud y atención al usuario, para las vigencias 2023, 2024 y lo corrido de 2025, así como realizar seguimiento y verificación a la ejecución del plan de mejoramiento derivado de la auditoría realizada del 26 de febrero a 1° de marzo de 2024, ordenada mediante Auto No. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024.

2.1. Marco Legal

Que el sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido en la Ley 1122 de 2007, se encuentra en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, que cuenta con facultades, entre otras, para *“Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo”*, adicionadas y modificadas por las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015 y 1949 de 2019 y, los Decretos 780 de 2016 y 1080 de 2021.

Que el artículo 35 de Ley 1122 de 2007, define la inspección como *“el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia”*; que además, consagra como funciones de inspección, entre otras, *“las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas”*.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Que la norma antes señalada, se refiere a la vigilancia como la atribución de esta Superintendencia *“para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste”*.

Que, por su parte, el control se manifiesta ordenando *“los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico administrativo) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión”*.

Que el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, establece que la Superintendencia Nacional de Salud tendrá como competencia realizar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos de este.

Que el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece como sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros, *“los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos”*.

Que el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, establece los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, dentro de los cuales se encuentran, entre otros: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, sostenibilidad, eficiencia y protección de poblaciones especiales. Que el Decreto 780 de 2016, en su artículo 2.5.1.2.1, establece como características del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS a la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Que, a su vez, en el artículo 2.5.1.2.2 del Decreto 780 de 2016, establece como componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS, el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

Que, por su parte, el artículo 2.5.1.3.2.3 numeral 2 ibidem precisa como una de las condiciones de capacidad técnico-administrativa para una institución prestadora de servicios de salud *“El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes”*.

Que la Ley 1949 de 2019, por la cual *“se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones”*, tiene por finalidad *“el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en materia sancionatoria”*.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Que el artículo 3 del Decreto 1080 de 2021 establece que *“La Superintendencia Nacional de Salud, tiene a su cargo el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social y le corresponde ejercer inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud enunciados, entre otros, en los artículos 155 de la Ley 100 de 1993, 121 y 130A de la Ley 1438 de 2011 y 2 de la Ley 1966 de 2019”*.

Que, el numeral 5 del artículo 4 del Decreto 1080 de 2021, instituye como función de la Superintendencia Nacional de Salud, *“Ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud”*.

Que el numeral 8 del artículo 25 del Decreto 1080 de 2021 señala como función de la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, *“Ejercer inspección, vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud sobre la información de carácter financiero que refleje su situación y sus resultados de operación, y al cumplimiento de sus obligaciones frente a la eficiencia, eficacia y efectividad en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”*

Que el numeral 14 del artículo 25 del Decreto 1080 de 2021 señala como función de la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, *“Ordenar la realización de auditorías, visitas, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control”*.

Que el numeral 18 del artículo 26 del Decreto 1080 de 2021 establece como función de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, *“adelantar visitas, auditorías, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones, así como emitir los informes y comunicar los resultados a los sujetos vigilados”*.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 3280 de 2018 adopta *“los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”*.

Que mediante la Circular 047 del 2022, el Ministerio de Salud y Protección Social impartió *“instrucciones para fortalecer el acceso efectivo a la atención integral en salud de las gestantes y los recién nacidos con el propósito de reducir la mortalidad materna”*.

Que el Decreto 441 de 2022, regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, señalando los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Que mediante la Resolución 051 del 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en las condiciones previstas por la Corte Constitucional en las Sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018 y C-055 de 2022 y modificar el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.

Que a través de la Circular Externa 2024150000000009-5 de 2024 de la Superintendencia Nacional de Salud se imparten instrucciones frente a la garantía del acceso, calidad e integralidad de la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE) en el territorio nacional.

Que la Resolución 2350 del 17 de diciembre de 2020, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptó el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, señalando en el artículo 11 las responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para su implementación, respecto de la cual la Superintendencia Nacional de Salud debe realizar las acciones de inspección, vigilancia y control.

Que el parágrafo primero del artículo 3 de la Ley 2294 de 2023 - Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, establece la garantía de la inclusión e implementación efectiva del enfoque diferencial e interseccional indígena, afrocolombiano, palenquero y raizal en todos los ejes de transformación y en los ejes transversales del Plan Nacional de Desarrollo.

Que las Circulares conjuntas nros. 0000008 y 00000031 de 2019, 00000002 y 0000013 de 2023, el protocolo de vigilancia de Dengue en Colombia código 210-220-580 versión 4 del 20 de marzo del 2022, y el algoritmo diseñado por la Organización Panamericana de la Salud, el cual fue adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2020, determinan realizar actuaciones de Inspección y Vigilancia a los Prestadores de Servicios de Salud, en relación con el dengue en Colombia.

Que en virtud del literal e) del artículo 40 de Ley 1122 de 2007, en concordancia con el artículo 130C de la Ley 1438 de 2011, en cualquiera de las etapas del ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud podrá asumir la competencia preferente respecto de los asuntos de su competencia que estén a cargo de otros órganos de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cuyo desarrollo se podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier actuación, investigación o juzgamiento garantizando el derecho al debido proceso.

Que, conforme el parágrafo del artículo 130C de la Ley 1438 de 2011, “*Acogida la competencia preferente frente a las Instituciones Prestadoras de Salud sobre el cumplimiento de cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para el otorgamiento de la habilitación y permanencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud bajo su propio procedimiento aplicará las medidas*

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

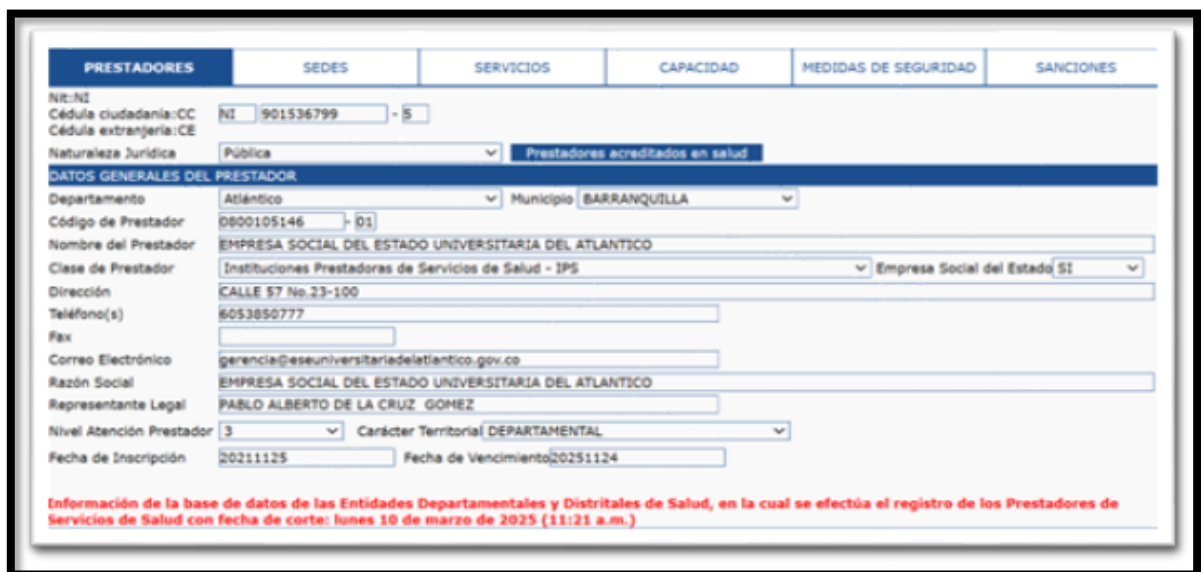
sanitarias y preventivas de seguridad previstas en la Ley 9 de 1979, y las sanciones administrativas ” dispuestas en la ley.

2.2. Generalidades de la Entidad Auditada

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, en adelante REPS, como una institución prestadora de servicios de salud Pública de mediana y alta complejidad, con fecha de inscripción 2021/11/25 y vigencia en su habilitación al 2025/11/24, como se observa en la siguiente imagen:

Imagen nro. 1. REPS Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico



PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
NR: NI Cédula ciudadanía: CC Cédula extranjera: CE Naturaleza Jurídica: Pública Prestadores acreditados en salud					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento	Atlántico	Municipio	BARRANQUILLA		
Código de Prestador	0800105146	- 01			
Nombre del Prestador	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO				
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS			Empresa Social del Estado SI	
Dirección	CALLE 57 No. 23-100				
Teléfono(s)	6053850777				
Fax					
Correo Electrónico	gerencia@eseuniversitariadelatlantico.gov.co				
Razón Social	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO				
Representante Legal	PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GOMEZ				
Nivel Atención Prestador	3	Carácter Territorial	DEPARTAMENTAL		
Fecha de Inscripción	20211125	Fecha de Vencimiento	20251124		

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 10 de marzo de 2025 (11:21 a.m.)

Fuente: consulta REPS 10/03/2025

Sedes

Con respecto a los servicios habilitados se observa que la ESE cuenta con 05 sedes, en las tres (3) sedes ubicadas en la ciudad de Barranquilla cuenta con sesenta y nueve (69) servicios habilitados, como se aprecia a continuación:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 1. Servicios inscritos en REPS por la ESE Universitaria del Atlántico-CACE Alta Complejidad, Pediátrico y Mental

No.	Grupo	Código	Servicio	complejidades
1	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739	FISIOTERAPIA	SIN COMPLEJIDAD
2	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	LABORATORIO CLÍNICO	SIN COMPLEJIDAD
3	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDIANA
4	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	MEDIANA
5	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	SIN COMPLEJIDAD
6	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDIANA
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739	FISIOTERAPIA	SIN COMPLEJIDAD
8	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	LABORATORIO CLÍNICO	SIN COMPLEJIDAD
9	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDIANA
10	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739	FISIOTERAPIA	SIN COMPLEJIDAD
11	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	MEDIANA
12	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	MEDIANA
13	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	SIN COMPLEJIDAD
14	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	MEDIANA
15	Atención Inmediata	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	BAJA
16	Atención Inmediata	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	MEDIANA
17	Atención Inmediata	1102	URGENCIAS	MEDIANA
18	Atención Inmediata	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	MEDIANA
19	Atención Inmediata	1102	URGENCIAS	MEDIANA
20	Consulta Externa	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	MEDIANA
21	Consulta Externa	344	PSICOLOGÍA	BAJA
22	Consulta Externa	332	NEUROLOGÍA	MEDIANA
23	Consulta Externa	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	MEDIANA
24	Consulta Externa	387	NEUROCIRUGÍA	MEDIANA
25	Consulta Externa	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	MEDIANA
26	Consulta Externa	335	OFTALMOLOGÍA	MEDIANA
27	Consulta Externa	355	UROLOGÍA	MEDIANA
28	Consulta Externa	330	NEFROLOGÍA	MEDIANA
29	Consulta Externa	329	MEDICINA INTERNA	MEDIANA
30	Consulta Externa	316	GASTROENTEROLOGÍA	MEDIANA
31	Consulta Externa	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	MEDIANA

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

No.	Grupo	Código	Servicio	complejidades
32	Consulta Externa	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	MEDIANA
33	Consulta Externa	420	VACUNACIÓN	BAJA
34	Consulta Externa	320	GINECOBISTETRICIA	MEDIANA
35	Consulta Externa	304	CIRUGÍA GENERAL	MEDIANA
36	Consulta Externa	301	ANESTESIA	MEDIANA
37	Consulta Externa	409	ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	MEDIANA
38	Consulta Externa	386	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	MEDIANA
39	Consulta Externa	384	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	MEDIANA
40	Consulta Externa	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	MEDIANA
41	Consulta Externa	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	MEDIANA
42	Consulta Externa	354	TOXICOLOGÍA	MEDIANA
43	Consulta Externa	344	PSICOLOGÍA	BAJA
44	Consulta Externa	342	PEDIATRÍA	MEDIANA
45	Consulta Externa	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	BAJA
46	Consulta Externa	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	MEDIANA
47	Consulta Externa	301	ANESTESIA	MEDIANA
48	Consulta Externa	345	PSIQUIATRÍA	MEDIANA
49	Consulta Externa	344	PSICOLOGÍA	BAJA
50	Internación	131	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	MEDIANA
51	Internación	106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	MEDIANA
52	Internación	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	ALTA
53	Internación	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	MEDIANA
54	Internación	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	BAJA
55	Internación	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	ALTA
56	Internación	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	MEDIANA
57	Internación	132	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	MEDIANA
58	Internación	131	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	MEDIANA
59	Internación	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	MEDIANA
60	Internación	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	ALTA
61	Internación	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	MEDIANA
62	Quirúrgicos	203	CIRUGÍA GENERAL	ALTA
63	Quirúrgicos	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	ALTA
64	Quirúrgicos	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	MEDIANA
65	Quirúrgicos	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	MEDIANA
66	Quirúrgicos	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	MEDIANA
67	Quirúrgicos	217	OTRAS CIRUGÍAS	MEDIANA
68	Quirúrgicos	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	MEDIANA
69	Quirúrgicos	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	MEDIANA

Fuente: Consulta REPS 10/03/2025

En el municipio de Sabanalarga (Atlántico), la ESE cuenta con la sede Centro de Atención complementaria Regional Sabanalarga CACR Sabanalarga, la cual registra veintisiete (27) servicios habilitados, como se muestra a continuación:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 2. Servicios inscritos en REPS por la ESE Universitaria del Atlántico- sede Centro de Atención complementaria Regional Sabanalarga

No.	Grupo	Código	Servicio	complejidad
1	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDIANA
2	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	MEDIANA
3	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	MEDIANA
4	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	SIN COMPLEJIDAD
5	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739	FISIOTERAPIA	SIN COMPLEJIDAD
6	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SIN COMPLEJIDAD
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	LABORATORIO CLÍNICO	SIN COMPLEJIDAD
8	Atención Inmediata	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	MEDIANA
9	Atención Inmediata	1102	URGENCIAS	MEDIANA
10	Atención Inmediata	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	BAJA
11	Atención Inmediata	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	MEDIANA
12	Consulta Externa	301	ANESTESIA	MEDIANA
13	Consulta Externa	304	CIRUGÍA GENERAL	MEDIANA
14	Consulta Externa	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	MEDIANA
15	Consulta Externa	320	GINECOBSTERICIA	MEDIANA
16	Consulta Externa	329	MEDICINA INTERNA	MEDIANA
17	Consulta Externa	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	BAJA
18	Consulta Externa	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	MEDIANA
19	Consulta Externa	342	PEDIATRÍA	MEDIANA
20	Consulta Externa	344	PSICOLOGÍA	BAJA
21	Consulta Externa	345	PSIQUIATRÍA	MEDIANA
22	Internación	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	MEDIANA
23	Internación	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	MEDIANA
24	Quirúrgicos	203	CIRUGÍA GENERAL	MEDIANA
25	Quirúrgicos	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	MEDIANA
26	Quirúrgicos	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	MEDIANA
27	Quirúrgicos	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	MEDIANA

Fuente: Consulta REPS 10/03/2025

Para el municipio de Soledad (Atlántico), la ESE cuenta con la sede Centro de Atención complementaria Regional – CACR Soledad, la cual dispone de veintiocho (28) servicios habilitados, así:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 3. Servicios inscritos en REPS por la ESE Universitaria del Atlántico-sede Centro de Atención complementaria Regional Soledad

No.	Grupo	Código	Servicio	complejidades
1	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739	FISIOTERAPIA	SIN COMPLEJIDAD
2	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	LABORATORIO CLÍNICO	SIN COMPLEJIDAD
3	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SIN COMPLEJIDAD
4	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDIANA
5	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	MEDIANA
6	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	MEDIANA
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	SIN COMPLEJIDAD
8	Atención Inmediata	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	BAJA
9	Atención Inmediata	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	MEDIANA
10	Atención Inmediata	1102	URGENCIAS	BAJA
11	Atención Inmediata	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	MEDIANA
12	Consulta Externa	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	MEDIANA
13	Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	BAJA
14	Consulta Externa	420	VACUNACIÓN	BAJA
15	Consulta Externa	344	PSICOLOGÍA	BAJA
16	Consulta Externa	342	PEDIATRÍA	MEDIANA
17	Consulta Externa	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	BAJA
18	Consulta Externa	329	MEDICINA INTERNA	MEDIANA
19	Consulta Externa	320	GINECOBSTERICIA	MEDIANA
20	Consulta Externa	304	CIRUGÍA GENERAL	MEDIANA
21	Consulta Externa	301	ANESTESIA	MEDIANA
22	Internación	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	MEDIANA
23	Internación	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	MEDIANA
24	Internación	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	MEDIANA
25	Internación	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	ALTA
26	Quirúrgicos	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	MEDIANA
27	Quirúrgicos	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	MEDIANA
28	Quirúrgicos	203	CIRUGÍA GENERAL	MEDIANA

Fuente: Consulta REPS 10/03/2025

Con relación a la capacidad instalada en las sedes de la ciudad de Barranquilla la ESE cuenta con 360 camas distribuidas para atención adulto, pediátrica, neonatal, salud mental adulto, salud mental pediátrica, intensivo adulto, intensiva pediátrica, intermedia neonatal e intermedia pediátrica. Cuenta con una ambulancia medicalizada, 28 camillas de

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

observación entre pediátricas, adultos hombres y mujeres, 15 consultorios de consulta externa incluyendo el servicio de urgencias.

Tabla nro. 4. Capacidad instalada ESE Universitaria del Atlántico – Sede principal

SEDE	GRUPO	NOMBRE	CANTIDAD	PLACA	MODALIDAD	MODELO	TARJETA
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OCM904	TERRESTRE	2022	10024771719
	CAMAS	Adultos	115			0	
	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	7			0	
	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	21			0	
	CAMAS	Incubadora Intermedia Neonatal	5			0	
	CAMAS	Incubadora Intensiva Neonatal	10			0	
	CAMAS	Incubadora Básico Neonatal	5			0	
	CAMAS	Cuna Intermedia Neonatal	5			0	
	CAMAS	Cuna Intensiva Neonatal	5			0	
	CONSULTORIOS	Consulta Externa	5			0	
	SALAS	Partos	1			0	
	SALAS	Procedimientos	1			0	
	SALAS	Sala de Cirugía	2			0	
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	CAMAS	Salud Mental Adulto	105			0	
	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	3			0	
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	3			0	
	CONSULTORIOS	Urgencias	1			0	
	CONSULTORIOS	Consulta Externa	3			0	
	SALAS	Procedimientos	1			0	
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIATRICO CACE PEDIATRICO	CAMAS	Pedriátrica	52			0	
	CAMAS	Salud Mental Pedriátrico	16			0	
	CAMAS	Intermedia Pedriátrica	5			0	
	CAMAS	Intensiva Pedriátrica	9			0	
	CAMILLAS	Observación Pedriátrica	15			0	

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

SEDE	GRUPO	NOMBRE	CANTIDAD	PLACA	MODALIDAD	MODELO	TARJETA
	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	3			0	
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	4			0	
	CONSULTORIOS	Urgencias	2			0	
	CONSULTORIOS	Consulta Externa	4			0	
	SALAS	Procedimientos	1			0	
	SALAS	Sala de Cirugía	1			0	

Fuente: Consulta REPS 10/03/2025

En la sede de Sabanalarga, la ESE cuenta con la siguiente capacidad instalada:

Tabla nro. 5. Capacidad instalada ESE Universitaria del Atlántico – Sede Sabanalarga

grupo capacidad	Nombre	cantidad	numero placa	modalidad	modelo	numero tarjeta
AMBULANCIAS	Básica	1	OCM903	TERRESTRE	2022	10024771729
AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OCM907	TERRESTRE	2022	10024770044
CAMAS	Pediátrica	18				
CAMAS	Adultos	54				
CAMILLAS	Observación Pediátrica	7				
CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	4				
CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	18				
CONSULTORIOS	Urgencias	4				
CONSULTORIOS	Consulta Externa	7				
SALAS	Partos	2				
SALAS	Sala de Cirugía	2				

Fuente: Consulta REPS 10/03/2025

La capacidad instalada en la sede Sabanalarga de la ESE, cuenta con 72 camas distribuidas para atención pediátrica y adultos, 29 camillas de observación entre pediátricas, adultos hombres y mujeres, 11 consultorios de consulta externa incluyendo el servicio de urgencias.

Para la sede ubicada en el municipio de Soledad, la ESE cuenta con lo siguiente:

Tabla nro. 6. Capacidad instalada ESE Universitaria del Atlántico – Sede Soledad

grupo capacidad	Nombre	cantidad	numero placa	modalidad	modelo	numero tarjeta
AMBULANCIAS	Básica	1	OCM905	TERRESTRE	2022	10024770421
AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OCM906	TERRESTRE	2022	10024772077
CAMAS	Pediátrica	21			0	
CAMAS	Adultos	50			0	
CAMAS	Intermedia Adultos	2			0	

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

grupo capacidad	Nombre	cantidad	numero placa	modalidad	modelo	numero tarjeta
CAMAS	Intensiva Adultos	12			0	
CAMILLAS	Observación Pediátrica	8			0	
CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	6			0	
CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	10			0	
CONSULTORIOS	Urgencias	2			0	
CONSULTORIOS	Consulta Externa	4			0	
SALAS	Partos	1			0	
SALAS	Procedimientos	1			0	
SALAS	Sala de Cirugía	2			0	

Fuente: Consulta REPS 10/03/2025

La capacidad instalada en la sede del municipio de Soledad, de la ESE cuenta con 85 camas distribuidas entre pediátricas, adultos, intermedio adultos e intensiva adultos, 24 camillas de observación pediátricas, adultos hombres y mujeres, 6 consultorios de consulta externa incluyendo el servicio de urgencias y 6 salas entre partos, procedimientos y cirugía.

INFORME TEMÁTICO DE LA AUDITORÍA

2.3 Módulos y estándares a inspeccionar

Con el propósito de cumplir con el objeto de la auditoría definido en el auto Núm. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025, la metodología de trabajo se soportó en los siguientes aspectos a saber:

1. Reunión con los responsables de los procesos objeto de auditoría.
2. Entrevistas con los responsables de los diferentes aspectos a inspeccionar.
3. Verificación y análisis de la información suministrada por la ESE UNA en los diferentes aspectos a inspeccionar en desarrollo de la auditoría.
4. Verificación de la información suministrada versus la reportada a la Superintendencia.
5. Recorrido por las diferentes áreas de la ESE.

La información recolectada en cada uno de los mecanismos empleados se evaluó y consolidó, resultado que se refleja en los hallazgos contenidos en el presente informe.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

2.3.1. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS TRANSVERSALES

2.3.1.1. CONFORMACIÓN Y ÓRGANOS DE DIRECCIÓN

2.3.1.1.1 Representante Legal y Gerencia

El representante legal de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico es Pablo Alberto de la Cruz Gómez, identificado con cedula de ciudadanía No. 8.720.082, de profesión Medico, el cual fue nombrado mediante el Decreto 152 del 15 de abril de 2024, expedido por la Gobernación del Atlántico, posesionado a través de Acta No. 020043 de fecha de 15 de abril de 2024.

2.3.1.1.2. Hoja de vida del gerente

Se realizó verificación de la hoja de vida de la Función Pública aportada, en la cual se identifica que la Doctor Pablo Alberto de la Cruz Gómez, cuenta con los soportes que acreditan la formación académica registrada, así como la experiencia laboral, en concordancia con los requisitos para ocupar el cargo de Gerente.

2.3.1.2 GOBIERNO CORPORATIVO, ESTRUCTURA Y PROCESOS DE LA DIRECCIÓN

2.3.1.2.1. Órganos de dirección

Según lo establecido en el artículo 14 del Decreto Ordenanza nro. 372 de 2021, la dirección de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO está a cargo de la Junta Directiva y del gerente, quien la representa legalmente.

2.3.1.2.1.1 Junta Directiva

El Decreto 780 de 2016 reguló, en su artículo 2.5.3.8.4.2.3, el mecanismo de conformación de la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de carácter territorial, indicando su conformación con un número mínimo de seis miembros, de la siguiente manera: dos (2) miembros que representen el estamento político administrativo, dos (2) miembros representando el sector científico y dos (2) representantes de la comunidad.

Por lo anterior, la Junta Directiva de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO está conformada por los siguientes miembros:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 7. Conformación de la Junta directiva

N°	Estamento	Cargo	Nombre	N° de Acto administrativo y fecha de Posesión
1	Político – administrativo	Presidente de la Junta Directiva - Gobernador del Departamento del Atlántico	Eduardo Ignacio Verano De La Rosa	Acta de Posesión ante la Asamblea Departamental del Atlántico de fecha 10. de enero de 2024
		Presidente Delegado del Gobernador del Departamento del Atlántico	Armando De Jesús De La Hoz Berdugo	Decreto No. 000076 del 5 de febrero de 2024 <i>"Por medio del cual se hace una delegación para la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico UNA ESE"</i>
		Secretario de Salud Departamental	Luis Carlos Fajardo Jordan	Decreto No. 003 de 2024 de la Gobernación del Atlántico por medio del cual se hacen unos nombramientos y Acta de Posesión No. 019968 del 3 de enero de 2024
2	Sector científico de la Salud	Representante del Sector Científico de la Salud-Interno	Janeth Estela Rebolledo Rudas	Acta de Posesión No. 019530 de fecha 2 de noviembre de 2021 y Acta de Posesión del 26 de diciembre de 2024
		Representante del Sector Científico de la Salud-Externo	Adalberto Elias Quintero Baiz	Acta de Posesión No. 019527 de fecha 2 de noviembre de 2021
		Representante del Sector Científico de la Salud-Externo	Jose Alejandro Rey Saavedra	Acta de Posesión de fecha 27 de diciembre de 2024
3	Representante de la Comunidad	Representante de la Comunidad-Ligas o Asociaciones De Usuarios	Guido Santander Caballero	Acta de Posesión No. 019528 de fecha 2 de noviembre de 2021 y Acta de Posesión de fecha 18 de marzo de 2024
		Representante de los Gremios de la Producción	Jose Miguel Villafañez Planells	Acta de Posesión de fecha 5 de febrero de 2024

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 4 *"Actas Junta Directiva"*

Al respecto, se observa que cuentan con la totalidad de los miembros de junta directiva, de los cuales se validaron los actos administrativos mediante los cuales fueron nombrados.

2.3.1.2.1.1.1 Reuniones de junta directiva

El artículo 2.5.3.8.4.2.6 del Decreto 780 de 2016 establece que, sin perjuicio de lo que se disponga en los estatutos internos y reglamentos de las empresas sociales del estado, *"(...) la Junta Directiva se reunirá ordinariamente cada dos (2) meses, y extraordinariamente a solicitud del Presidente de la Junta o del Representante Legal de la Empresa Social, o cuando una tercera parte de sus miembros así lo soliciten."*

Conforme a lo anterior, se solicitó las actas de reunión de la junta directiva de la vigencia 2024 y corrido 2025, de las cuales se aportaron trece (13), tal como se identifica en la siguiente tabla:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 8. Reuniones de junta directiva

No. ACTA	TIPO	DD	MMM	AÑO	ASUNTO
020	Ordinaria	5	febrero	2024	- Presentacion informe 2021-2023
		4	marzo	2024	
		18	marzo	2024	
021	Ordinaria	21	marzo	2024	- Evaluación plan de gestion cuya calificación fue de 4.6
022	Extraordinaria	19	abril	2024	- Presentacion del gerente ante la junta directiva - Designación y fijación de honorarios de revisor fiscal
023	Extraordinaria	30	abril	2024	- Modificación del Manual específico de funciones y competencias laborales - Designación oficial de cumplimiento SARLAFT
024	Ordinaria	20	mayo	2024	- Presentacion de informe de auditoría general - Aprobación del aumento y reajuste a los salarios de los servidores públicos
025	Extraordinaria	31	mayo	2024	Designación oficial de cumplimiento SARLAFT
026	Extraordinaria	14	junio	2024	Aprobación plan de gestion 2024 - 2028
027	Ordinaria	14	agosto	2024	- Revisiones políticas SIGR - Presentacion estados financieros con corte a 30/06/2024 - Presentacion plan de salvamento
		2	septiembre	2024	- Aprobación políticas SIGR
028	Extraordinaria	23	octubre	2024	- Aprobación de aumento y reajuste a los salarios de servidores públicos
029	Ordinaria	14	noviembre	2024	- Análisis financiero enero a septiembre 2024
030	Ordinaria	27	diciembre	2024	- Aprobación modificación manual de contratación
		30	diciembre	2024	- Aprobación del presupuesto anual
031	No es posible identificar	28	enero	2025	No se aportó soporte e indican: <i>"Para Lectura y aprobación en reunión del 11 de marzo de 2025"</i>
032	No es posible identificar	11	marzo	2025	No se aportó soporte e indican: <i>"Programada para el 11 de marzo de 2025 (No se realizó por Auditoria Supersalud)"</i>

Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 5 "Actas Junta Directiva"

De lo anterior se evidencia que la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, que en la vigencia 2024 la Junta Directiva no realizó reuniones de manera ordinaria con la periodicidad establecida. En lo que respecta a la vigencia 2025, de acuerdo con la información aportada, indicaron haber celebrado una reunión, sin embargo, no es posible establecer si es ordinaria o extraordinaria, ya que no se entregó el acta refiriendo lo siguiente: *"Para Lectura y aprobación en reunión del 11 de marzo de 2025"*, y en la reunión del 11 de marzo 2025 registran *"Programada para el 11 de marzo de 2025 (No se realizó por Auditoria Supersalud)"*.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo nro. 1

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no se reúne con la periodicidad establecida, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 2.5.3.8.4.2.6. del Decreto 780 de 2016.

Llama la atención del equipo auditor la información presentada en las sesiones de fecha 14 de agosto y 14 de noviembre de la vigencia 2024, las cuales trataron entre otras, sobre la información financiera al corte junio y septiembre de 2024. En el caso de los estados financieros del corte junio 2024, se evidenció el análisis de las cifras, no obstante, no se hizo referencia a la abstención de opinión entregada por la Revisoría Fiscal a dicho corte.

Para el periodo septiembre de 2024, la información expuesta en el acta 29 de la junta directiva incluyó incrementos en la facturación y recaudo, no obstante, este tema contrasta con lo manifestado por la Revisoría Fiscal en su informe de fecha 31 de octubre de 2024 y comunicado a la Gerencia de la ESE, en el cual se indicó el reconocimiento en los estados financieros de ingresos generados por facturación correspondiente a vigencias anteriores. Se precisa que, en esta sesión algunos asistentes a la Junta Directiva manifestaron entre otros que:

- La información expuesta no era coincidente con el reporte efectuado en el Sistema de Información Hospitalaria – SIHO.
- Necesidad de realizar un estudio de costos por unidad funcional para conocer si la ESE era sostenible financieramente.
- Existía un aumento constante de pasivos en contraste con el recaudo.
- Las causales de glosas evidenciaban falencias administrativas.
- Se solicitó comisión incidental para analizar la realidad económica de la ESE.

Estas situaciones ponen de manifiesto que la Junta Directiva durante 2024, evidenció diversas situaciones que demostraban diversas falencias administrativas y financieras que afectaban la operación de la ESE y que preveían posibles riesgos en su continuidad como negocio en marcha.

2.3.1.3 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Con el fin de identificar el número de personas y el costo promedio mensual del recurso humano vinculado de planta y OPS, de acuerdo con lo establecido en la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, se solicita información del mes de febrero 2024 y 2025, con el fin de establecer el comportamiento de disponibilidad de personal en las vigencias auditadas.

Por lo anterior, a continuación, se presenta tabla de costos y personal suministrado por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico para la vigencia del mes de febrero 2025:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 9. Costo talento humano febrero 2025

	ASISTENCIALES	ADMINISTRATIVOS	TRABAJADORES OFICIALES	TOTAL PLANTA DE CARGOS
	N° de personas	N° de personas	N° de personas	Total n° de personas
Personal activo nomina	106	54	28	188
Costo mensual asignacion basica	440.875.375	351.150.269	56.393.955	848.419.599
Causacion mensual total *(nota)	689.894.953	488.631.527	121.420.914	1.299.947.394

Personal contratista, ops, agremiacion sindical u otro	1841	426		2.267
Horas mes				0
Valor contrato	10.202.018.850	2.074.264.148		12.276.282.998
Valor promedio mensual	3.817.493	3.176.086		6.993.579

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 19 "Talento humano"

Se observa que el 92% del personal que labora en la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, se encuentra vinculado mediante OPS correspondiente a un total de 2.297 personas, las cuales generan un costo promedio mensual de \$ 12.276.282.998 y el 8% al personal de planta con un total de 188 cargos activos y una causación mensual de \$1.299.947.394. Así mismo se observa que de la totalidad del personal, la mayor proporción corresponde al personal asistencial con un 79%, mientras que el administrativo es del 21%.

Es de precisar que la planta global es de 434 cargos de los cuales 246 se encuentran vacantes, como se muestra en la tabla a continuación:

Tabla nro. 10. Conformación planta de personal

Tipo de empleo	Activos	Vacantes	Total cargos
Periodo fijo	2	0	2
Carrera administrativa	62	243	305
Libre nombramiento y remoción	17	3	20
Provisionales	79	0	79
Trabajadores oficiales	28	0	28
Supernumerarios			
Curia - capellán			
Servicio social obligatorio rural			
Vacantes por encargatura			
Totales	188	246	434

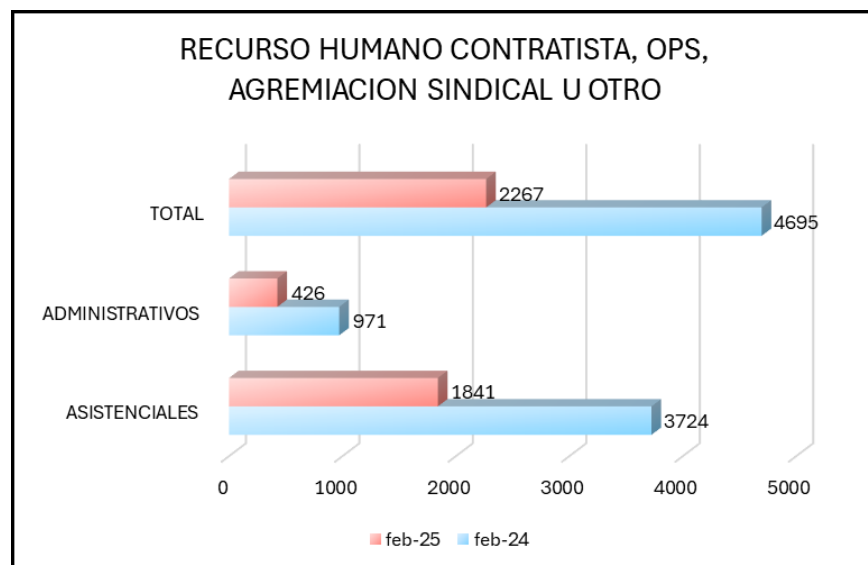
	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 19 "Talento humano"

De la tabla anterior se observa que de los 246 cargos que se encuentran vacantes 243 corresponden a carrera administrativa y 3 a libre nombramiento y remoción.

Ahora bien, con el fin de establecer la variación del personal que ha operado durante las vigencias auditadas (2024-2025), se observó variación frente a la vinculación de personal por OPS; por tanto, a continuación, se presenta lo evidenciado respecto a la información aportada:

Imagen nro.2. Personal OPS febrero 2024 – febrero 2025



Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 19 "Talento humano"

En la gráfica anterior se identifica que, de febrero 2024 a febrero 2025, las OPS administrativas pasaron de 971 a 426, y las OPS asistenciales de 3.724 a 1.841 OPS, situación que representa una disminución del 56% y 51% respectivamente.

2.3.1.3.1 Contratación de personal por OPS

Se realiza solicitud de información mediante diligenciamiento del anexo "Recurso humano" suministrado por el equipo de la SNS durante la auditoría, mediante el cual se requirió información respecto a nombre de contratista, datos generales, objeto del contrato, área al que pertenece, servicios contratados, sede, valor, pagos, entre otros de la vigencia 2024 y lo corrido 2025, el cual fue objeto de análisis como se presenta a continuación:

Vigencia 2024:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

De la base aportada se observa que para esta vigencia tiene un total de 4.695 contratos celebrados con 1.815 personas, por un valor total con adiciones de \$50.215.394.272; en los que se observa que los contratos son celebrados con una persona por más de una vez, como se muestra en la tabla a continuación:

Tabla nro. 11. Contratos por persona vigencia 2024

No. contratos por persona	Nro. Contratistas
1	400
2	386
3	676
4	286
5	51
6	16
Total general	1815

Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 23 "Relación OPS"

De lo anterior, se identifica que 16 personas tienen hasta 6 contratos durante la vigencia 2024, y en un mayor número, 676 contratistas celebraron 3 contratos, situación que sugiere desgaste administrativo y riesgo de pérdida en la continuidad de la prestación del servicio, lo cual impacta la ejecución de los procesos al interior de la entidad.

Vigencia 2025:

En lo que respecta a la vigencia 2025, se observa que cuenta con un total de 2.267 contratos por un valor de \$12.276.282.998, los cuales de acuerdo con el tipo de proceso (administrativo – asistencial), se distribuye de la siguiente manera:

Tabla nro. 12. Distribución talento humano

PROCESO	ACA	MENTAL	PEDIATRICO	SABANALARGA	SOLEDAD	TOTAL
ADMINISTRATIVO	399		10	10	7	426
ASISTENCIAL	743	228	204	387	279	1.841
TOTAL	1.142	228	214	397	286	2.267

Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 23 "Relación OPS"

Se observa que para la vigencia 2025 el talento humano se encuentra en mayor proporción, en la sede ACA, en donde el personal asistencial corresponde al 40% y el administrativo al 94% del recurso humano de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico.

De otra parte, se evidencia que, en los tres meses transcurridos del año 2025, han celebrado más de un contrato por persona como se muestra en la tabla a continuación:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 13. Contratos por persona vigencia 2025

Nro. de contratos por persona	Nro. de contratistas
1	202
2	2056
3	9
Total	2267

Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 23 "Relación OPS"

De lo anterior, es de anotar que dos personas cuentan con tres contratos para lo corrido de la vigencia 2025, los cuales tienen similar plazo de ejecución, y se relacionan a continuación:

Tabla nro. 14. Relación de personas con tres contratos para vigencia 2025

No. de Contrato	No. ID	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Objeto Contrato	SERVICIO	Valor inicial del Contrato
2049-2025	44190094	1/02/2025	31/03/2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, DENTRO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO.	ACA	4.180.000
1641-2025	44190094	1/02/2025	31/03/2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, DENTRO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO.	SABANALARGA	4.180.000
128-2025	44190094	1/01/2025	31/01/2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, DENTRO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO.	ACA	2.090.000
1919-2025	39143203	1/02/2025	31/03/2025	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	PEDIATRICO	9.459.888
ADICION 1 241-2025	39143203	16/01/2025	31/01/2025	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	PEDIATRICO	278.232
241-2025	39143203	1/01/2025	31/01/2025	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	PEDIATRICO	4.451.712

Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 23 "Relación OPS"

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Se observa, que para los casos que se encuentran en fuente color rojo, son contratos celebrados con las mismas personas, con diferente número de contrato y el mismo objeto contractual, situación que llama la atención, toda vez que genera desgaste administrativo y evidencia la improvisación en la contratación del talento humano.

Adicionalmente, se precisa que los contratos suscritos cuentan con diferentes plazos de ejecución aun cuando mantienen cláusulas similares, los cuales en promedio se encuentran entre 1 y 3 meses, hecho que generó impactos significativos en la ejecución presupuestal y en consecuencia, afectó la disponibilidad de recursos de la ESE para operar. En este sentido, se evidenció que en el transcurso de la vigencia fiscal la entidad se vio en la necesidad de realizar múltiples modificaciones presupuestales para cubrir estos gastos adicionales generados entre otros, por las modificaciones en la planeación inicial realizada con el pago de contratos de prestación de servicios.

La situación expuesta generó el incumplimiento de los principios presupuestales de programación y universalidad, hecho que puede generar riesgos asociados a la sostenibilidad fiscal de la entidad y afectar la transparencia en la ejecución del gasto público.

Hallazgo nro. 2

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico contravino lo dispuesto en los artículos 12 y 13 del Decreto 111 de 1996 respecto de los principios de programación y universalidad, toda vez que no formuló su presupuesto con base en una planeación rigurosa que garantizara la disponibilidad de recursos suficientes para atender las necesidades previstas ni contempló la totalidad de gastos desde el inicio de la vigencia presupuestal.

2.3.1.3.2 Personal de planta

Respecto a la planta de personal, hacen entrega del archivo “*Planta de Personal*”, en el que, de acuerdo con la información aportada, la distribución del personal de planta se encuentra así:

Tabla nro. 15. Distribución personal de planta

Cargo	No. de personas
Auxiliar Área Salud	54
Enfermero	20
Técnico Operativo	15
Profesional Universitario	14
Auxiliar de Servicios Generales	12
Médico General	12
Médico Especialista	6
Técnico Área Salud	6
Director Administrativo	5

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Cargo	No. de personas
Conductor Mecánico	4
Director Técnico	4
Operario	4
Secretario	4
Profesional Especializado Área Salud	3
Profesional Universitario Área Salud	3
Técnico Administrativo	3
Auxiliar Administrativo	2
Conductor	2
Profesional Especializado	2
Subgerente	2
Almacenista General	1
Enfermero Especialista	1
Gerente Empresa Social del Estado	1
Jefe de Oficina - Control Disciplinario	1
Jefe de Oficina - Control Interno	1
Jefe de Oficina Asesora - Jurídica	1
Jefe de Oficina Asesora - Planeación	1
Secretario Ejecutivo	1
Secretaria Ejecutiva	1
Tesorero General	1
Total general	187

Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 23 "Relación OPS"

Se observa, que el personal con mayor número de funcionarios vinculados a la planta con un porcentaje de 29% corresponden a auxiliares de la salud, seguidos por Enfermeros con el 11%.

Así las cosas, con el fin de identificar la base del requerimiento del talento humano, se solicitó el Estudio de necesidades de recurso humano para la operación de la ESE (Administrativo-Asistencial); para lo cual aportaron documento denominado "*ESTUDIO DEMOSTRATIVO DE FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD TÉCNICA, FINANCIERA Y ECONÓMICA PARA LA ORGANIZACIÓN Y CONFORMACIÓN DE LA E.S.E. UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO*" con fecha de septiembre 2021, el cual corresponde a producto realizado por TAKTIKUS S.A.S.; en virtud al contrato No. 202102631 del 27 de julio de 2021 suscrito con la Gobernación del Departamento del Atlántico; cuyo objeto establece "(...)PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ACOMPAÑAR A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO EN LA CREACIÓN Y ENTRADA EN OPERACIÓN DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL ORDEN DEPARTAMENTAL, CONFORME EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESTABLECIDO EN EL PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LA RED DE LAS ESE's DEL DEPARTAMENTO APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN EL AÑO 2021(...)". Por tanto, el documento en comento corresponde a una proyección, resultado del análisis de prefactibilidad técnica y financiera de la E.S.E. Universitaria del Atlántico, para reorganizar la prestación de servicios de salud en el departamento del Atlántico.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Por lo anterior, se observa que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, no cuenta con un estudio de necesidades reales que corresponda a la operación de la entidad.

En concordancia, se solicitó a la Subgerencia Técnico-Científica, el talento humano asistencial por sede y el personal faltante; de manera que, mediante correo electrónico remitió archivo Excel denominado “BASE GENERAL ESE UNA”, cuyo análisis se muestra en la tabla a continuación:

Tabla nro. 16. Distribución recuso humano - Subgerencia Técnico-Científica

PROFESIONAL	CACE ALTA	CACE MENTAL	CACE PEDIATRICO	CARC SABANALARGA	CARC SOLEDAD	TOTAL
ADMINISTRATIVO			1			1
APOYO A PROCESO TRABAJO SOCIAL	1					1
APOYO ADMINISTRATIVO		1		1		2
AUDITOR CONCURRENTE			1			1
AUDITORA		1				1
AUX ADMINISTRATIVO (SCORE CALCIO)	1					1
AUX DE LABORATORIO					6	6
AUXILIAR DE ENFERMERIA	105	62	36	79	88	370
AUXILIAR DE LABORATORIO	13		7	8		28
BACTERIOLOGO(A)	12		8	9	9	38
CALIDAD				1		1
CAMILLERO	10	4	2	9	6	31
CARDIOLOGO (SCORE CALCIO)	1					1
CIRUJANO GENERAL	1			4		5
CIRUJANO PEDIATRA				1		1
CITAS MEDICAS	2					2
CONDUCTOR				2		2
COORD DE ENFERMERIA	2		1		1	4
COORD MEDICO				1	1	2
ENFERMERA (O)	46	20	20	30	42	158
ENFERMERA JEFE AUDITOR				1		1
FISIOTERAPEUTA	9		2	2	5	18
GINECOLOGO (A)				3		3
INFECTOLOGO	1					1
INSTRUMENTADOR QUIRURGICA	8			7	4	19
MEDICINA INTERNA	11			4	10	25
MEDICO GENERAL	38	11	13	22	18	102
MEDICO INTENSIVISTA	5					5
MEDICO PEDIATRA				5		5
MICROBIOLOGO (A)	1					1
NUTRICIONISTA	2	1	1	1	1	6
ORTOPEDISTA				3		3
PATOLOGA				1		1
PSICOLOGA (O)	2	4	2	1	1	10
PSIQUIATRA INFANTIL			2			2

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

PROFESIONAL	CACE ALTA	CACE MENTAL	CACE PEDIATRICO	CARC SABANALARGA	CARC SOLEDAD	TOTAL
PSIQUIATRIA		6		1		7
RADIOOPERADOR	3			4		7
REFERENCIA			2		3	5
SEGURIDAD DEL PACIENTE			1			1
SIAU				1		1
TRABAJO SOCIAL	2	2	2		1	7
VACUNADORA	1					1
TOTAL	277	112	101	201	196	887

Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico a través de correo electrónico el 14/03/2025 Asunto " listado de personal contratado OPS por sede y listado de faltantes por sede "

Se observa que la ESE cuenta para la operación asistencial con un total de 887 personas, de las cuales 277 se encuentran en el CACE Alta, 201 CARC Sabanalarga, 196 CARC Soledad, 112 CACE Mental y 101 CACE Pediátrico.

A su vez entregan una relación de especialidades y subespecialidades, las cuales se muestra en la siguiente tabla:

Tabla nro. 17. Distribución recuso humano - Subgerencia Técnico-Científica

ESPECIALIDAD	No. de personas
ANESTESIOLOGIA	22
CIRUGIA PLASTICA	2
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	1
CIRUGIA GENERAL	7
CIRUGIA MAXILOFACIAL	1
CIRUGIA PEDIATRICA	5
CIRUGIA PLASTICA	1
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	1
GINECOLOGIA	19
NEFROLOGIA	1
NEFROLOGIA PEDIATRICA	1
NEUMOLOGIA PEDIATRICA	1
NEUROLOGIA PEDIATRICA	1
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	2
PEDIATRIA	28
PERINATOLOGIA	1
TOXICOLOGIA	1
TOTAL	95

Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico a través de correo electrónico el 14/03/2025 Asunto " listado de personal contratado OPS por sede y listado de faltantes por sede "

Se evidencia que cuenta con especialistas y subespecialistas para la atención en la ESE, sin embargo, no es posible identificar las sedes en las que se encuentran prestando servicio; toda vez que este dato no registra en la información suministrada. Asi mismo, se observa que el grupo de profesionales en mayor numero corresponde a la especialidad de

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Pediatría (28), Anestesiología (22) y Ginecología (19).

Por último, en cuanto al talento humano faltante, entregan la relación por sede, evidenciando lo siguiente:

Tabla nro. 18. Talento humano faltante

PROFESIONAL	ALTA	ALTA CX	ALTA UCI	MENTAL	PEDIATRICO	SABANALARGA	SOLEDAD	TOTAL
AUX. ENFERMERIA		2	2	4	1	3		9
AUX. LABORATORIO	2						2	4
CAMILLERO					1	1		2
FISIOTERAPEUTA			1			1		2
JEFE ENFERMERIA	4				3	4	4	15
MEDICO GENERAL						2	3	5
INTRUMENTADOR QX	1				1	1	1	4
BACTERIOLOGA	1							1
TOTAL	8	2	3	1	6	12	10	42

Fuente: Elaboración Equipo SNS con base a la información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico a través de correo electrónico el 14/03/2025 Asunto "listado de personal contratado OPS por sede y listado de faltantes por sede"

De lo anterior, se evidencia que la ESE tiene un faltante de 42 personas para la operación de los servicios asistenciales, de los cuales en primer lugar se encuentra Jefe de enfermería con 15 personas, seguida de auxiliar de enfermería 9, medico general 5 y auxiliar de laboratorio e instrumentador quirúrgico 4 respectivamente; situación que impacta en la prestación de servicios, poniendo en riesgo la salud y seguridad de los pacientes; además de las cargas adicionales para el personal que se encuentra en operación.

3

2.3.1.3.3 Pago de acreencias a contratistas

Durante el desarrollo de la auditoría, se solicitó certificación por concepto de deudas con el personal vinculado por OPS, respecto de la cual el Gerente de la ESE certificó obligaciones por valor total de \$7.804 millones al corte 12 de marzo de 2025. De este total, se identificó que el 84% corresponde a deudas con el personal asistencial, situación que genera riesgo de insuficiencia de personal para atender la demanda de servicios de la entidad e incluso ha generado diversas manifestaciones de los profesionales.

En reunión sostenida el día 12 de marzo de 2025 con trabajadores asistenciales en ocasión a la manifestación presenciada por el equipo auditor en las instalaciones de la ESE, se comentaron dificultades con los pagos de honorarios entre las cuales se expusieron retrasos en éstos, así como dificultades operativas para radicar sus facturas. Asimismo, se comentó acerca de la circularización de cuentas que les fue allegada a varios profesionales, la cual hizo parte del proceso generado desde la revisoría fiscal para confirmar el saldo de las cuentas por pagar de la ESE al corte 31 de diciembre de 2024, no obstante, y tal como se pudo evidenciar en los soportes evidenciados por el equipo auditor, la circularización fue

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

remitida por la revisoría fiscal meses previos a la emisión de su dictamen, la ESE remitió las comunicaciones a los terceros el 20 de febrero, otorgando como plazo máximo de respuesta el mismo día.

En la certificación suscrita por el gerente de la ESE, se identificaron las siguientes antigüedades de las deudas:

- Vigencia 2025: \$1.950 millones
- Enero – Septiembre 2024: \$ 968 millones
- Octubre – Noviembre 2024: \$ 183 millones
- Diciembre 2024: \$ 2.212 millones
- Vigencia 2023: \$ 391 millones
- Vigencias no identificadas: \$ 2.079 millones

Por lo anterior, se observan obligaciones con más de 90 días de vencidas, las cuales llaman la atención del equipo auditor y denotan riesgos importantes para la ESE en relación con el cumplimiento de sus pagos.

La situación descrita será objeto de traslado al Ministerio del Trabajo, para lo de su competencia.

Hallazgo nro. 3

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza las condiciones laborales justas y dignas que generan estabilidad del personal que trabaja en la entidad, toda vez que deben debe por concepto de honorarios, incumpliendo lo establecido en el artículo 25 de la Constitución Política de Colombia, artículo 18 de la Ley 1751 del 2015 y numeral 4 del artículo 57 del Código sustantivo de trabajo.

Adicionalmente, en la revisión de una muestra de expedientes contractuales y el detalle del reconocimiento contable de los pasivos expuestos, se observaron las siguientes situaciones:

- Al contrastar el contenido de la certificación versus el detalle de contratos de OPS entregado en el numeral 23 del requerimiento de información, se constató lo expuesto en la siguiente tabla:

Tabla nro. 19. Certificación Deudas a personal por OPS Vs Detalle de Contratos

FACTURA	DOCUMENTO	DEUDA	SERVICIO	OBSERVACIÓN
SSFF3311SEP	9070949	0,4	Especialista	Contrato suscrito no contemplaba mes de septiembre
SSFF3310SEP	9070949	2	Especialista	
SSFF3082	9070949	0,2	Especialista	

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

FACTURA	DOCUMENTO	DEUDA	SERVICIO	OBSERVACIÓN
SSFF3081	9070949	3	Especialista	No es posible identificar la vigencia ni el contrato
26742024SEP	1044427531	2	Asistencial	Contrato suscrito no contemplaba mes de septiembre
18512024SEP	1234892386	2	Asistencial	
23602023NOV	1234892386	2	Asistencial	Parece corresponder a otro contrato, que no está en la BD
FE112SEP	8735180	8	Especialista	Contrato suscrito no contemplaba mes de septiembre
FE3352024SEP	9171579	7	Anestesiólogo	
28992024SEP	19582518	8	Especialista	
AM18ENE	1126238019	17	Anestesiólogo	No es posible identificar la vigencia ni el contrato
19DIC	1126238019	16	Anestesiólogo	No es posible identificar la vigencia ni el contrato
FE14ENE	32852834	22	Anestesiólogo	No es posible identificar la vigencia ni el contrato

Fuente: Certificación deuda con personal de OPS y detalle de contratos entregados por la ESE. Cifras en millones de pesos

ii. En el detalle de contratos entregado por la ESE, se observó que los contratistas identificados con los números de cédula 8704687 y 32852834, cuentan con dos contratos simultáneos que implican la ejecución de diversas funciones en un mismo periodo de tiempo:

- 8704687:
 - Contrato 4405-2024: Del 01/10/24 al 31/12/24
 - Contrato 4727-2024: Del 02/12/24 al 31/12/24
- 32852834:
 - Contrato 4541-2024: Del 01/11/24 al 31/12/24
 - Contrato 4717-2024: Del 02/12/24 al 31/12/24

iii. El reconocimiento contable de la muestra inspeccionada refleja posibles subestimaciones del pasivo y del gasto y/o costo asociado, tal y como se expone a continuación:

a. Contrato 1213-2025

Valor: \$6.000.000

Fecha de Inicio: 01/02/25

Plazo: 31/03/25

Forma de Pago: Dos (2) pagos de \$3.000.000 cada uno al corte 28/02/25 y 31/03/25

Datos de la deuda según certificación suscrita por el Gerente:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 20. Certificación Deudas a personal por OPS

FACTURA	DOCUMENTO PROVEEDOR	VALOR	SERVICIO	ESPECIALIDAD
42622024DIC	1001781268	\$ 3.000.000	Administrativo	Gestión Biomédica
2812025ENE	1001781268	\$ 3.000.000		

Fuente: Certificación deuda con personal de OPS entregada por la ESE. Cifras en pesos

Registros Contables Febrero:

Tabla nro. 21. Reconocimiento de la deuda

Cuenta	Saldo Anterior	DB	CR	Saldo
24905504	9.000.000	6.000.000	3.000.000	6.000.000
27909001	3.000.000	3.000.000	-	-
51118001	39.000.000	-	-	39.000.000

Fuente: Balance de Prueba Febrero 2025. Cifras en pesos

Se precisa que de conformidad con el documento explicativo suministrado por el área financiera de la ESE en el numeral 195 del requerimiento de información la dinámica de las cuentas del pasivo relacionadas con el reconocimiento de las obligaciones con contratistas es:

- 2490(54 o 55): *“Esta (sic) cuenta se registran las obligaciones adquiridas por la ESE Universitaria con terceros en el desarrollo de sus actividades, en ella se encuentra reflejado (sic) los servicios prestados por personas naturales (OPS) y los diferentes proveedores (personas jurídicas) encargados del mantenimiento y funcionamiento de la institución”.*
- 279090: *“Corresponde a las provisiones de servicios de OPS tomados de la matriz de costo para reflejar servicios pendientes por radicar por partes de estos contratistas”.*

De conformidad con los datos expuestos se observa que el saldo del pasivo registrado en la cuenta 2490 no es consistente con la deuda certificada por el Gerente, toda vez que los \$6 millones de saldo registrados en la cuenta en mención, surgen por el reconocimiento de los honorarios del mes de febrero ocasionados por el contrato 1213-2025. Adicionalmente se observa un débito de \$6 millones en la cuenta 2490 que sugeriría un abono a la deuda total del corte febrero.

Adicionalmente no se observa la causación del gasto asociado al reconocimiento del servicio prestado por el contratista en febrero.

En consecuencia, existe una subestimación del total del pasivo y del gasto para el caso analizado, hecho que denota falencias de la ESE en su información financiera y en consecuencia, generan inquietudes acerca de la razonabilidad de las cifras reflejadas en los estados financieros de la vigencia 2024.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

b. Contrato 1218-2025

Valor: \$6.000.000

Fecha de Inicio: 01/02/25

Plazo: 31/03/25

Forma de Pago: Dos (2) pagos de \$3.000.000 cada uno al corte 28/02/25 y 31/03/25

Datos de la deuda según certificación suscrita por el Gerente:

Tabla nro. 22. Certificación Deudas a personal por OPS

FACTURA	DOCUMENTO PROVEEDOR	VALOR	SERVICIO	ESPECIALIDAD
42532024DIC	1001866878	\$ 3.000.000	Administrativo	Gestión Biomédica
3292025ENE	1001866878	\$ 3.000.000		

Fuente: Certificación deuda con personal de OPS entregada por la ESE. Cifras en pesos

Registros Contables Febrero:

Tabla nro. 23. Reconocimiento de la deuda

Cuenta	Saldo Anterior	DB	CR	Saldo
24905504	6.000.000	3.000.000	3.000.000	6.000.000
27909001	3.000.000	3.000.000	-	-
51117901	11.200.000	-	-	11.200.000
51118001	27.000.000	-	-	27.000.000

Fuente: Balance de Prueba Febrero 2025. Cifras en pesos

De conformidad con los datos expuestos se observa que el saldo del pasivo registrado en la cuenta 2490 no es consistente con la deuda certificada por el Gerente, toda vez que los \$6 millones de saldo registrados en la cuenta en mención, surgen por el reconocimiento de los honorarios del mes de febrero ocasionados por el contrato 1218-2025. Adicionalmente se observa un débito de \$3 millones en la cuenta 2490 que sugeriría un abono a la deuda total del corte febrero.

Adicionalmente no se observa la causación del gasto asociado al reconocimiento del servicio prestado por el contratista en febrero.

En consecuencia, existe una subestimación del total del pasivo y del gasto, que denotan falencias de la ESE en su información financiera y en consecuencia, generan inquietudes acerca de su razonabilidad.

c. Contrato 1219-2025

Valor: \$6.000.000

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Fecha de Inicio: 01/02/25

Plazo: 31/03/25

Forma de Pago: Dos (2) pagos de \$3.000.000 cada uno al corte 28/02/25 y 31/03/25

Datos de la deuda según certificación suscrita por el Gerente:

Tabla nro. 24. Certificación Deudas a personal por OPS

FACTURA	DOCUMENTO PROVEEDOR	VALOR	SERVICIO	ESPECIALIDAD
42542024DIC	1129499309	\$ 3.000.000	Administrativo	Gestión Biomédica
3302025ENE	1129499309	\$ 3.000.000		

Fuente: Certificación deuda con personal de OPS entregada por la ESE. Cifras en pesos

Registros Contables Febrero:

Tabla nro. 25. Reconocimiento de la deuda

Cuenta	Saldo Anterior	DB	CR	Saldo
11100502	- 3.000.000	-	-	- 3.000.000
24905504	6.000.000	3.000.000	3.000.000	6.000.000
27909001	3.000.000	3.000.000	-	-
51118001	39.000.000	-	-	39.000.000

Fuente: Balance de Prueba Febrero 2025. Cifras en pesos

De conformidad con los datos expuestos se observa que el saldo del pasivo registrado en la cuenta 2490 no es consistente con la deuda certificada por el Gerente, toda vez que los \$6 millones de saldo registrados en la cuenta en mención, surgen por el reconocimiento de los honorarios del mes de febrero ocasionados por el contrato 1219-2025. Adicionalmente se observa un débito de \$3 millones en la cuenta 2490 que sugeriría un abono a la deuda total del corte febrero.

Adicionalmente no se observa la causación del gasto asociado al reconocimiento del servicio prestado por el contratista en febrero.

En consecuencia, existe una subestimación del total del pasivo y del gasto, que denotan falencias de la ESE en su información financiera y en consecuencia, generan inquietudes acerca de su razonabilidad.

d. Contrato 4111-2024 y 162-2025

Valor Contrato 4111: \$6.691.438

Fecha de Inicio: 01/10/24

Plazo: 30/11/24

Forma de Pago: Dos (2) pagos de \$3.345.719 cada uno al corte 31/10/24 y 30/11/24

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Otro Sí 1: \$3.345.719
Fecha de Inicio: 01/12/24
Plazo: 31/12/24

Valor Contrato 162: \$3.345.719
Fecha de Inicio: 01/01/25
Plazo: 31/01/25
Forma de Pago: \$3.345.719

Datos de la deuda según certificación suscrita por el Gerente:

Tabla nro. 26. Certificación Deudas a personal por OPS

FACTURA	DOCUMENTO PROVEEDOR	VALOR	SERVICIO	ESPECIALIDAD
41112024DIC	1002032488	\$ 3.306.909	Asistencial	Jefe Enfermero (a)
1622025ENE	1002032488	\$ 3.306.909		

Fuente: Certificación deuda con personal de OPS entregada por la ESE. Cifras en pesos

Registros Contables Octubre, Noviembre, Diciembre de 2024 y Enero de 2025:

Tabla nro. 27. Reconocimiento de la deuda

Periodo	Cuenta	Saldo Anterior	DB	CR	Saldo
Octubre 2024	24362704	-	-	26.766	26.766
	24905401	-	-	2.649.809	2.649.809
	27909001	-	2.676.575	2.676.575	-
	73011001	-	2.676.575	-	2.676.575
Noviembre 2024	24362704	26.766	-	33.457	60.223
	24905401	2.649.809	2.649.809	3.312.262	3.312.262
	27909001	-	3.345.719	3.345.719	-
	73011001	2.676.575	3.345.719	-	6.022.294
Diciembre 2024	24362704	60.223	-	66.914	127.137
	24905401	3.312.262	3.312.262	6.624.524	6.624.524
	27909001	-	6.691.438	6.691.438	-
	73011001	6.022.294	6.691.438	-	12.713.732
Enero 2025	11100502	- 3.306.909	-	-	- 3.306.909
	24362713	465.720	-	-	465.720
	24905401	6.613.818	-	-	6.613.818
	27909001	-	-	3.345.719	3.345.719
	73011001	30.111.471	3.345.719	-	33.457.190
	73201001	6.691.438	-	-	6.691.438

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Periodo	Cuenta	Saldo Anterior	DB	CR	Saldo
Octubre 2024	24362704	-	-	26.766	26.766
	24905401	-	-	2.649.809	2.649.809
	27909001	-	2.676.575	2.676.575	-
	73011001	-	2.676.575	-	2.676.575
	73241001	3.345.719	-	-	3.345.719
Febrero 2025	11100502	- 3.306.909	-	-	- 3.306.909
	24362713	465.720	-	41.821	507.541
	24905401	6.613.818	3.306.909	3.303.898	6.610.807
	27909001	3.345.719	3.345.719	-	-
	73011001	33.457.190	-	-	33.457.190
	73201001	6.691.438	-	-	6.691.438
	73241001	3.345.719	-	-	3.345.719

Fuente: Balances de Prueba Octubre a Diciembre 2024 y Enero 2025. Cifras en pesos

De conformidad con los datos expuestos se observa que el saldo del pasivo registrado en la cuenta 2490 no es consistente con la deuda certificada por el Gerente, toda vez que los \$6,6 millones de saldo registrados en la cuenta en mención, surgen por el reconocimiento de los honorarios del mes de febrero ocasionados por el contrato 162-2025. Asimismo, llama la atención el reconocimiento de la deuda en diciembre de 2024, ya que se acreditó el pasivo por el doble del valor mensual del contrato, y posteriormente en enero no se afectó dicha cuenta contable, sino que se generó una provisión por el valor de un mes.

Adicionalmente no se observa la causación del costo asociado al reconocimiento del servicio prestado por el contratista en enero y febrero de 2025.

En consecuencia, existe una subestimación del total del pasivo y del gasto, que denotan falencias de la ESE en su información financiera y en consecuencia, generan inquietudes acerca de su razonabilidad.

Se precisa que los análisis anteriores constituyen una muestra de las situaciones evidenciadas, las cuales pueden ser más, y por ende, no es posible determinar una cifra exacta acerca de la posible subestimación del pasivo y del gasto.

Se precisa que el Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores refiere respecto del reconocimiento de los pasivos lo siguiente:

“Se reconocen como pasivos, las obligaciones presentes que tiene la empresa con un tercero, que han surgido de eventos pasados y para cuya liquidación la empresa debe desprenderse de recursos que incorporan beneficios económicos futuros, siempre que el valor de la obligación pueda medirse fiablemente.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Las obligaciones derivadas de contratos sin ejecutar no se reconocen como pasivos, dado que la obligación presente surge y, por ende, se reconoce en el momento en que el deudor tiene la obligación de pagar y el acreedor tiene el derecho a exigir el pago”.

En consecuencia, las situaciones relacionadas con falencias en procesos de radicación o similares, no son causal para el no reconocimiento de la obligación, toda vez que los servicios son prestados por los contratistas en periodos específicos que hacen parte de la ejecución de sus contratos.

Hallazgo nro. 4

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no reconoce sus pasivos ni sus gastos y costos de conformidad con el marco normativo que le aplica y en consecuencia no cuenta con información financiera relevante ni representa fielmente los hechos económicos, toda vez que se evidenciaron situaciones en las cuales: i) Las cuentas por pagar a contratistas no fueron reconocidas en el periodo en el cual se prestaron efectivamente los servicios, ii) existen registros contables que no corresponden o no explican los hechos económicos sucedidos en cada periodo y iii) los costos asociados a la prestación de los servicios de contratistas no fueron reconocidos en los periodos correspondientes aun cuando el mismo podía medirse con fiabilidad en razón a la existencia de contratos con honorarios pactados; por lo cual la entidad vulneró los párrafos 17 al 20, 22, 80, 81 y 85 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público y el numeral 3.1 del Capítulo II de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 e incurriendo en la infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

2.3.1.3.4 Talento humano en los servicios

Las IPS deben garantizar los perfiles profesionales y técnicos, responsables de la atención de pacientes en los servicios habilitados, debidamente capacitados.

De la revisión realizada se evidenció:

CACR – Sabanalarga:

La Resolución 3100 de 2019 indica para el servicio de internación de mediana complejidad; estándar de talento humano describe que el servicio debe contar con: “7.1. Profesional de la medicina 7.2. Profesional de la enfermería. 7.3. Auxiliar de enfermería”. Subrayado fuera de texto.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

La misma resolución define para el servicio de atención del parto de mediana complejidad que debe contar con: “Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: 3.1. Profesional de la medicina especialista en ginecobstetricia 3.2. Profesional de la enfermería. 3.3. Auxiliar de enfermería”. Subrayado fuera de texto.

El CACR Sabanalarga entrega soportes de cuadro de turno en respuesta al requerimiento nro. 129, validando lo anterior, durante el recorrido realizado por las instalaciones de la sede, se identificaron diferentes situaciones relacionadas con incapacidades, ausentismos, apoyo de los profesionales en varios servicios como se expone a continuación:

-Hospitalización pediátrica: el día 11 de marzo de 2025 en horas de la tarde se evidenció en el servicio censo con registro de seis (6) niños, al indagar por el personal programado de acuerdo con el cuadro de turnos, se evidenció que el medico general (uno solo para todo el mes) tenía horario de corrido de 7:00 a 4:00 p.m. indicando que presuntamente no hay profesional en la noche.

El mismo día la enfermera jefa Sissy Polo que atendió la auditoría difería de la del cuadro de turno (Patricia Coronado de quien la ESE anexó soporte de incapacidad en requerimiento nro. 131); quien estaba asignada a labores de SIVIGILA y quien también se encontraba apoyando el servicio de urgencias ginecológicas (en cuadro de turnos no se encuentra jefe en la franja del día).

La falta de garantía de atención continua por parte del talento humano en salud para la población pediátrica, que además son sujetos de especial protección constitucional, expone a los niños que requieren seguimiento por alguna condición de salud a riesgos significativos. Si no se les brinda una atención oportuna, cualquier desviación negativa en el proceso de atención podría resultar en un aumento de la morbilidad o incluso en un riesgo de mortalidad.

-Hospitalización medicina interna: el día 13 de marzo de 2025 en el servicio se encontraba la jefe Alicia Arroyo (Yesika de los Reyes; jefe de medicina interna se encontraba cubriendo la incapacidad de Tatiana Ahumada; jefe de urgencias) apoyando el servicio quien a la vez se encontraba en hospitalización quirúrgica ubicada en otro piso, acorde con la programación de cuadro de turno. El medico general según explicaron en el servicio renunció, por lo que se encontraba el servicio sin este profesional, cabe aclarar que en censo de hospitalización de medicina interna se encontraban 17 pacientes y en hospitalización quirúrgica se encontraban 13 pacientes, para un total de 30 pacientes para el seguimiento de una enfermera jefe.

Lo anterior genera un riesgo en la provisión de una atención en salud segura, especialmente considerando que el servicio de medicina interna atiende a pacientes adultos mayores, quienes presentan altas probabilidades de descompensación de su estado de salud como son según el censo del día: pacientes de 69 y 82 años con insuficiencia cardiaca, paciente de 73 años con derrame pleural, paciente de 89 años con enfermedad cerebrovascular; entre otras condiciones. Esto implica la necesidad de una atención continua para identificar y actuar de manera oportuna ante situaciones que requieran intervención urgente.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

-Hospitalización quirúrgica: En cuadro de turnos cuenta con dos (2) enfermeras jefe y un (1) médico general asignado a “ortopedia”; lo que genera un riesgo si no se garantiza la atención de pacientes de cirugía general y las otras condiciones de salud propias del servicio, además de la no garantía de atención de 24 horas.

-Urgencias generales: El día 11 de marzo al indagar por lo médicos del turno, se encontró ausentismo de una de las medicas generales como se indica en el cuadro de turnos de urgencias, lo que impacta en la seguridad y oportunidad de la atención del servicio, teniendo en cuenta lo manifestado por el coordinador de urgencias sobre el estudio de suficiencia que arrojó una necesidad por turno de 12 horas con cinco (5) médicos.

-Atención del parto: El día 13 de marzo, tras los recorridos previos por los servicios de consulta externa, quirófano, urgencias y hospitalización, se evidenció que el mismo ginecólogo apoya todos estos servicios. Además, el cuadro de turnos cuenta con solo dos (2) jefes, lo que implica que no se está garantizando la cobertura de atención durante las 24 horas. Esta situación genera un riesgo para la atención oportuna de las mujeres gestantes que llegan en estado de emergencia obstétrica, lo que podría ser una de las razones por las cuales se remiten urgencias obstétricas a otras sedes.

En las siguientes imágenes se puede observar lo descrito anteriormente:

Imagen nro.3. Cuadro de turno hospitalización pediátrica

 E. S. U. UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO		ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO FORMATO PROGRAMACION ACTIVIDADES PERSONAL ASISTENCIAL PROVISIONAL																																																			
SEDE	CACR SABANALARGA	MES					MARZO					AÑO					2025																																				
ACTIVIDAD		Enfermería					Aux de Enfermería					Médico					X					Especialista										¿CUAL?																					
NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO ASIGNADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL HORAS LABORADAS																				
RA LANEY	PEDIATRIA	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	82 Horas																				
NOMBRE ELABORADO		DR THOMPSON OLIVARES										FIRMA DE QUEEN ELABORADO																																									
NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO		DRA. KARINA GOMEZ										FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO																																									
NOMBRE SURGENTE IDENTIFICADO												FIRMA SURGENTE IDENTIFICADO																																									
CONVENCIÓN																																																					
ITEMS																																																					
1 CORRIDO HOSPITALIZACION																																																					
CORRIDO																																																					
LIBRE																																																					

Fuente. Elaboración propia en atención a la auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025. Requerimiento nro. 129. Cuadro de turnos médicos

Imagen nro.4. Cuadro de turnos hospitalización quirúrgica

 E.S.E. UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO		ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO FORMATO PROGRAMACION ACTIVIDADES PERSONAL ASISTENCIAL PROVISIONAL																																																			
SEDE	CACR SABANALARGA	MES					MARZO					AÑO					2025																																				
ACTIVIDAD		Enfermería					Aux de Enfermería					Médico					X					Especialista										CUAL?																					
NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO ASIGNADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL HORAS LABORADAS																				
LUZTHERICADO	ORTOPEDIA	L	L	L	CH	L	CH	CH	L	L	CH	CH	CH	CH	CH	L	L	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH	L	L	L	CH	164 Horas																			
NOMBRE ELABORADO		DR THOMPSON OLIVARES										FIRMA DE QUEEN ELABORADO																																									
NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO		DRA. KARINA GOMEZ										FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO																																									
NOMBRE SURGENTE IDENTIFICADO												FIRMA SURGENTE IDENTIFICADO																																									
CONVENCIÓN																																																					
ITEMS																																																					
CH CORRIDO HOSPITALIZACION																																																					
C. CORRIDO																																																					
L. LIBRE																																																					

Fuente. Elaboración propia en atención a la auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025. Requerimiento nro. 129. Cuadro de turnos médicos

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Imagen nro.5. Cuadro de turno urgencias medicas

SEDE		CACR SABANALARGA		MES		MARZO										AÑO		2025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

Fuente. Elaboración propia en atención a la auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025. Requerimiento nro. 129. Cuadro de turnos médicos

Imagen nro.6. Cuadro de turno de enfermería mes de marzo de 2025

UNA		ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO																														FECHA DE EMISIÓN: 14/04/2025					
		FORMATO PROGRAMACION ACTIVIDADES PERSONAL ASISTENCIAL																														FECHA DE RECEPCIÓN: 14/04/2025					
SEDE	CACR SABANALARGA	MES					MARZO					AÑO										2025															
ACTIVIDAD (Marque con X)		Enfermería					X	Aux de Enfermería					Médico										Especialista					¿CUAL?					OTRO				
NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO ASIGNADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	TOTAL					
		SA	DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU					
GINA TRESPALACIO	URGENCIAS ADMINISTRAT	PRESTACION DE SERVICIOS	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192				
LENDY BOLAÑO	URGENCIAS ASISTENCIAL	PRESTACION DE SERVICIOS	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192				
YURI GARCIA	URGENCIAS ADMINISTRAT	PRESTACION DE SERVICIOS	D	L	C	N	D	L	C	N	WPE	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192				
DANIELA ZAMBRANO	URGENCIAS ASISTENCIAL	PRESTACION DE SERVICIOS	D	L	C	N	NUG	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	192				
JESSICA ZAPATERO	URGENCIAS ASISTENCIAL	PRESTACION DE SERVICIOS	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	168				
DIANA ARUMADA	URGENCIAS ADMINISTRAT	PRESTACION DE SERVICIOS	L	C	L	NUG	D	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	192				
MONICA ROJANO	URGENCIAS ADMINISTRAT	PRESTACION DE SERVICIOS	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192			
TATIANA ARUMADA	URGENCIAS ASISTENCIAL	PRESTACION DE SERVICIOS	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192			
ADE OSORIO	URGENCIA G.O	PRESTACION DE SERVICIOS	N	D	N	D	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192				
AURA PAEZ	URGENCIA G.O	PRESTACION DE SERVICIOS	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	192				
BIRLY OQUEENDO	URGENCIA G.O	PRESTACION DE SERVICIOS	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192			
	URGENCIA G.O	PRESTACION DE SERVICIOS	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192			
PATRICIA CORDONADO	PEDIATRIA	PRESTACION DE SERVICIOS	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	192			
EGLETH BERRERA	PEDIATRIA	PRESTACION DE SERVICIOS	L	C	UN	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	192			
MARCOS SIERRA	PEDIATRIA	PRESTACION DE SERVICIOS	D	N	D	C	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192			
	PEDIATRIA	PRESTACION DE SERVICIOS										D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L				
YESICA DE LOS REYES	MED INTERNA	PRESTACION DE SERVICIOS	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	192			
MARIA BARRAZA	MEDICINA INTERNA	PRESTACION DE SERVICIOS	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	192			
ESPERANZA CORDONADO	MEDICINA INTERNA	PRESTACION DE SERVICIOS	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	192			
CATERINE AREVALO	MEDICINA INTERNA	PRESTACION DE SERVICIOS	L	C	UN	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	D	L	C	N	192			
ALICIA ARROYO	QUIRURGICA	PRESTACION DE SERVICIOS	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	192				
MARTYROS PERTUZ	QUIRURGICA	PRESTACION DE SERVICIOS	C	L	C	L	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	192				
ANGELA BERRERA	QUIRURGICA	PRESTACION DE SERVICIOS	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	192				
JULIETH BOLIVAR	QUIRPERFERO	PRESTACION DE SERVICIOS	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	C	L	192				
SISY POLO	SIVIGILA	PRESTACION DE SERVICIOS	L	L	CUG	L	D1	D1	CUG	L	D1	D1	SPEC	D1	L	L	D1	D1	SPEC	D1	L	L	D1	D1	CPL	D1	D1	SPEC	D1	L	D1	192					

Fuente. Elaboración propia en atención a la auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025. Requerimiento nro. 129. Cuadro de turnos de enfermería

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.7. Simbología de cuadro de turno de enfermería

SEDE	CACR SABANALARGA	
CONVENCIÓNES		
ITEMS	SIMBOLOGÍA	TIEMPO
MAÑANA	M	7 AM - 1 PM
TARDE	T	1 PM - 7 PM
COMPRO	C	7 AM - 7 PM
NOCHE	N	7 PM - 7 AM
DESCANSO	D	
LIBRE	L	
COMPENSATORIO	A	
CUERPO LIBRE	CB	7:30AM - 4:30PM

Fuente. Elaboración propia en atención a la auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025. Requerimiento nro. 129. Cuadro de turnos de enfermería

En conclusión, se observa que la ESE no dispone del talento humano necesario, como enfermeras jefe, médicos generales y ginecobstetras, para cubrir adecuadamente los servicios de hospitalización, urgencias y atención del parto. Esta falta de suficiencia de personal, sumada a las incapacidades identificadas durante la auditoría, evidencia la ausencia de un plan de contingencia efectivo que asegure la continuidad y cobertura de los servicios sin comprometer la atención en otros ámbitos. Lo anterior genera un riesgo significativo en el aumento de la morbilidad y mortalidad, ya que no se garantiza una atención médica oportuna, idónea y continua, poniendo en peligro la seguridad de la atención, especialmente en situaciones de emergencia.

Hallazgo nro. 5

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, al no contar con el talento humano necesario para los servicios habilitados y tener usuarios, entre ellos, sujetos de especial protección constitucional en los servicios de internación, sin garantías de atención integral, incumple las disposiciones del numeral 1 y 3 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, el numeral 3.1 y 3.2 del numeral 11.6.4 del servicio para la atención del parto y numeral 7.1 y 7.2 del numeral 11.4.1 del servicio de hospitalización del anexo técnico manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud de la Resolución 3100 de 2019, literal de elementos esenciales a), c) y d) y principios a), c) y f) y parágrafo del artículo 6, artículo 8, literales a), c), e), h) y j) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015.

2.3.1.4 INFRAESTRUCTURA - MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

2.3.1.4.1 Porcentaje de inversión en mantenimiento hospitalario

La reglamentación respecto del mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria se reglamentó mediante los artículos 2.5.3.8.1.1, 2.5.3.8.1.7 y 2.5.3.8.1.9 del Decreto 780 de 2016, mismos que incorporaba el Decreto 1769 de 1994, en consideración con lo dispuesto en el artículo 189 de la Ley 100 de 1993 y lo aclarado en los artículos

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

2.5.3.8.1.1 al 2.5.3.8.1.12, compilatorios del Decreto 1617 de 1995. En general, esta normatividad se compiló en el Capítulo 8 (Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud), Sección 1 (Infraestructura Hospitalaria) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Artículo 2.5.3.8.1.1 del Decreto 780 de 2016 establece:

“Ámbito de Aplicación. Los siguientes artículos tienen por objeto regular los componentes y criterios básicos para la asignación y utilización de los recursos financieros, 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria en los hospitales públicos, y en los privados en los cuales el valor de los contratos con la Nación o con las entidades territoriales representen más de treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales (...).”

A su vez, los artículos 2.5.3.8.1.8 y 2.5.3.8.1.9 del citado Decreto exponen:

“Los recursos financieros destinados para el mantenimiento solo podrán ser usados en infraestructura y dotación de propiedad de la institución hospitalaria.

Presupuesto. Tratándose de hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria serán presupuestados inicialmente para cada vigencia, con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que, al adicionarse los ingresos totales, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al mantenimiento”.

Para la vigencia 2024 la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO el equipo auditor evidenció lo siguiente frente a la asignación y ejecución de recursos para mantenimiento de infraestructura y dotación hospitalaria:

Tabla nro. 28. Ejecución Mantenimiento Hospitalario - Vigencia 2024

Presupuesto Definitivo	Presupuesto Asignado	% Presupuesto Asignado	Presupuesto Ejecutado	% Presupuesto Ejecutado	Cumple
\$ 223.401	\$ 11.627	5,20%	\$ 5.602	2,51%	SI

Fuente: Información presupuestal entregada por la ESE. Cifras en millones de pesos

De conformidad con la información expuesta, se observa que el presupuesto definitivo de ingresos fue de \$223.401 millones para el año 2024 y de acuerdo con la normatividad vigente, el presupuesto mínimo asignado con destinación de Mantenimiento Hospitalario para esta misma vigencia debía ser del 5%, correspondiente a \$11.170 millones. La ESE asignó un total de \$11.627 millones cumpliendo así con la normatividad vigente, de los cuales se ejecutaron \$5.602 millones al corte junio de conformidad con lo expuesto por la Revisoría Fiscal, lo que representa el 2,51%.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

2.3.1.4.2 Ejecución contractual en materia de infraestructura y mantenimiento hospitalario

En el contexto anterior y con el fin de identificar la ejecución del mantenimiento de infraestructura y de la dotación hospitalaria en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se procede a revisar la base de datos de contratación de bienes y servicios para la vigencia 2024 y lo corrido 2025 suministrada por el área de contratación, observando que cuentan con contratos en los que en su objeto establecen el mantenimiento de la infraestructura, así como el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos, los cuales se relacionan en las tablas a continuación:

Tabla nro. 29. Mantenimiento infraestructura hospitalaria

No. De Contrato	Nit	Nombre del Contratista	Vigencia	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Objeto Contrato	Valor total del Contrato
1529-2024	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2024	27/03/2024	30/04/2024	PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LA INFRAESTRUCTURA FISICA, REDES HIDROSANITARIAS, SISITEMAS DE REFRIGERACION, REDES ELECTRICAS Y MOBILIARIO DE LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	210.154.868
1713-2024	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2024	2/05/2024	31/05/2024	PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LA INFRAESTRUCTURA FISICA, REDES HIDROSANITARIAS, SISITEMAS DE REFRIGERACION, REDES ELECTRICAS Y MOBILIARIO DE LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	216.104.868
2227-2024	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2024	1/06/2024	30/06/2024	PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LA INFRAESTRUCTURA FISICA, REDES HIDROSANITARIAS, SISITEMAS DE REFRIGERACION, REDES ELECTRICAS Y MOBILIARIO DE LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	216.104.868
3058-2024	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2024	1/08/2024	30/09/2024	PRESTACION DE SERVICIOS OPERATIVOS PARA LA PRESERVACION DE LOS SISTEMAS DE REFRIGERACION,	251.137.600

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

No. De Contrato	Nit	Nombre del Contratista	Vigencia	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Objeto Contrato	Valor total del Contrato
						REDES ELECTRICAS Y MOBILIARIO EN LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	
4223-2024	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2024	1/10/2024	31/12/2024	PRESTACION DE SERVICIOS OPERATIVOS PARA LA PRESERVACION DE LOS SISTEMAS DE REFRIGERACION, REDES ELECTRICAS Y MOBILIARIO EN LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	376.706.400
O.S 041-2024	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2024	5/07/2024	31/07/2024	PRESTACION DE SERVICIOS OPERATIVOS PARA LA PRESERVACION DE LOS SISTEMAS DE REFRIGERACION, REDES ELECTRICAS Y MOBILIARIO EN LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	125.568.800
O.S 042-2024	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2024	5/07/2024	31/07/2024	PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y REDES HIDROSANITARIAS EN LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	49.700.200
O.S 059-2024	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2024	1/10/2024	31/12/2024	PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y REDES HIDROSANITARIAS DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	149.100.600
O.S. 046-2024	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2024	1/08/2024	30/09/2024	PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y REDES HIDROSANITARIAS EN LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	99.400.000
353-2025	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2025	1/01/2025	31/03/2025	PRESTACION DE SERVICIOS OPERATIVOS PARA LA PRESERVACION DE LOS SISTEMAS DE REFRIGERACION, REDES ELECTRICAS Y MOBILIARIO EN LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	410.435.472
O.S 004-2025	900353914	AMGO CONTRUCCIOONES SAS	2025	1/01/2025	31/03/2025	PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y REDES HIDROSANITARIAS DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	163.190.607

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 11 "Contratos Bienes u Servicios"

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Se observa que para la vigencia 2024 y 2025 se ha suscrito contrato con AMGO CONSTRUCCIONES SAS, por un valor total en 2024 de \$ 1.693.978.204 y en lo corrido del 2025 \$ 573.626.079, los cuales tienen como objeto “(...) *PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LA INFRAESTRUCTURA FISICA, REDES HIDROSANITARIAS, SISTEMAS DE REFRIGERACION, REDES ELECTRICAS Y MOBILIARIO DE LAS SEDES DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO (...)*”; cuya ejecución se verificó durante recorrido por el equipo auditor de la Superintendencia Nacional de Salud, el cual se describe en el numeral a continuación.

2.3.1.4.3.Verificación de las condiciones de la infraestructura hospitalaria al momento de la auditoría

Las IPS de conformidad con la Resolución 4445 de 1996 en su capítulo VIII establece las condiciones generales de pisos, cielos rasos, techos y paredes o muros y 3100 de 2019, deben garantizar que sus instalaciones tengan una adecuada presentación y mantenimiento, de manera que estén en condiciones de acceso seguro de los usuarios.

Durante la auditoría frente a las instalaciones de las ESE se encontró:

Presentación y mantenimiento de sus instalaciones

Las IPS frente en sus instalaciones deben contar con condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección que respondan a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados. Las edificaciones destinadas para la prestación de servicios de salud deben tener pisos resistentes a factores ambientales, ser continuos, antideslizantes, impermeables, lavables, sólidos, resistentes a procesos de desinfección. Cuando se tengan dilataciones estas deben ser selladas de manera que ofrezcan continuidad de la superficie. Los cielos rasos o techos y paredes o muros deben ser impermeables, lavables, sólidos, resistentes a factores ambientales e incombustibles y de superficie lisa y continua.

Una vez realizado el recorrido por las sedes de la ESE por parte del equipo auditor se evidenció que la entidad NO garantiza la presentación, mantenimiento de las, paredes y techos, No tienen adecuado mantenimiento en los pisos se observó no continuidad de las baldosas y en las paredes se encontró humedad, perdida de la continuidad de la pintura, techos averiados. (urgencias, hospitalización, esterilización, imágenes diagnosticas).

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.8. Infraestructura



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

2.3.1.4.4 Reconocimiento y Presentación de la Propiedad, Planta y Equipo en los Estados Financieros

Durante la visita realizada a las instalaciones de la ESE, se evidenciaron activos fijos que aún conservan etiquetas con códigos de barra que los identifican como propiedad de las entidades liquidadas mediante Ordenanza No. 000539 del 26 de octubre de 2021 Hospital Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad ESE, Hospital Universitario CARI ESE y ESE Hospital Niño Jesús de Barranquilla, tal y como se expone en las siguientes imágenes:

Imagen nro.9. Activos con etiquetas de entidades liquidadas



Fuente: Elaboración propia según fotografías tomadas en recorridos efectuados.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Asimismo, en los recorridos efectuados en diferentes sedes de la ESE, se identificaron activos fijos ubicados en zonas no aptas para su empleo y conservación. El equipo auditor indagó sobre esta situación, en reunión sostenida con el Gerente y demás equipo directivo de la ESE el pasado 13 de marzo de los corrientes, en la cual los funcionarios asistentes indicaron que en tales activos corresponden a los entregados producto de la liquidación ordenada mediante en la vigencia 2021 y que actualmente se están realizando esfuerzos por identificar tales elementos y hacer la debida disposición de los mismos.

Imagen nro.10. Activos encontrados en recorridos



Fuente: Elaboración propia según fotografías tomadas en recorridos efectuados.

Estas situaciones generan inquietudes al equipo auditor acerca de los mecanismos de control que tiene la ESE sobre sus activos y acerca de la razonabilidad del saldo presentado como propiedades, planta y equipo en los estados financieros de la vigencia 2024, los cuales representan el 52% del total del activo de la entidad (\$106.481 millones), cifra que reviste importancia significativa en el estado de situación financiera.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Al respecto, la Superintendencia Nacional de Salud solicitó el detalle de la propiedad, planta y equipo al corte diciembre de 2024, la cual fue suministrada en archivo Excel denominado “*Relación de Propiedad, Planta y Equipo Año 2024*”, el cual contiene 3.942 registros, varios de los cuales no especifica marca, modelo, ni serial. Asimismo, al comparar los valores incluidos en el archivo Excel versus los saldos incluidos en el estado de situación financiera (ESF), se identificaron las siguientes diferencias:

Tabla nro. 30. Detalle Propiedad, Planta y Equipo Vs Estados Financieros 2024

Cuenta Contable	Valor Compra	Depreciación	Saldo	Valor según ESF	Diferencia
1605	34.262	-	34.262	34.262	-
1615	-	-	-	19.969	- 19.969
1625	1.091	26	1.065	-	1.091
1635	-	-	-	1.690	- 1.690
1636	-	-	-	1	- 1
1640	32.044	1.495	30.549	32.044	-
1655	4.279	240	4.039	3.551	728
1660	9.667	690	8.977	8.785	881
1665	7.224	562	6.662	6.336	888
1670	459	56	402	401	57
1675	624	56	568	1.365	- 741
Total	89.650	3.126	86.524	108.404	- 18.755

Fuente: Relación de Propiedad, Planta y Equipo Año 2024 y Estados Financieros 2024 entregados por la ESE. Cifras en millones de pesos.

La depreciación acumulada para 2024 se presentó en el estado de situación financiera con un saldo de \$1.924 millones, es decir, existe una diferencia de \$1.202 millones entre lo incluido en el archivo Excel y el estado de situación financiera. En consecuencia, existe una diferencia total en la propiedad, planta y equipo de \$19.957 millones, razón por la cual el equipo auditor confirma que el saldo reportado en los estados financieros de la ESE no es razonable ya que no corresponde con su realidad económica.

Hallazgo nro. 6

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, al presentar diferencias en la información financiera relacionada con la propiedad planta y equipo, y al mantener activos fijos con etiquetas desactualizadas y bajo condiciones que denotan evidente falta de control, no cumple con los principios de relevancia y presentación fiel, y adicionalmente no reconoce los activos de conformidad con lo expuesto en los marcos técnicos normativos que le son aplicables, en consecuencia, infringe lo dispuesto en los párrafos 17 al 20, 22, 78 y 79 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público y el numeral 10 del Capítulo II de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 e incurriendo en la infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Ambientes limpios y sucios

Las IPS dispondrán de áreas o ambientes de trabajo limpios y sucios según corresponda en cada uno de los servicios.

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, garantiza los ambientes limpios y/o sucios en todos los servicios.

Sin embargo, en el servicio de hospitalización, en el área denominada “cuarto limpio”, se encontró techo con humedad y estante con implementos que no corresponden al área.

Imagen nro. 11. Área de trabajo Limpio



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

Hallazgo nro. 7

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico NO garantiza la presentación y mantenimiento de la infraestructura en los servicios habilitados para la atención de los usuarios, toda vez que, en algunas áreas, se encontraron paredes y techos con presencia de humedad, mesones de trabajo en inadecuadas condiciones; incurriendo en el incumplimiento del numeral 11.1.2. ""estándar de infraestructura del numeral 11.1. ""estándares y criterios aplicables a todos los servicios"" del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, Artículo 2.5.3.8.1.7 del Decreto 780 de 2016 y numeral 8 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de Ley 1949 de 2019.

2.3.1.4.5 Mantenimiento equipos biomédicos

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

En cuanto al mantenimiento de equipos biomédicos, es realizado por recurso humano contratado por OPS, los cuales se relaciona en la tabla a continuación:

Tabla nro. 31. Contratos mantenimiento equipos biomédicos

No. De Contrato	No. identificación	Nombre del Contratista	Vigencia	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Objeto Contrato	Valor total del Contrato
063-2024	1045704717	LEONELA PATRICIA MUÑOZ ESPINOZA	2024	1/01/2024	31/01/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA BRINDAR APOYO EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA DIRECCION TECNICA DE INFRAESTRUCTURA FISICA Y BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 2.500.000
067-2024	1001781268	ELIANA MARCELA GARCIA RIVERO	2024	1/01/2024	31/01/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 3.000.000
070-2024	1007124392	ROMARIO ANDRES ROCA SARMIENTO	2024	1/01/2024	31/01/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 3.000.000
071-2024	1129499309	RICHARD MARTINEZ PIMIENTA	2024	1/01/2024	31/01/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS, PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITAIA DEL ATLANTCO	\$ 3.000.000
1053-2024	1045761166	JAIR ENRIQUE RIOS VEGA	2024	9/01/2024	8/02/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS, PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITAIA DEL ATLANTCO	\$ 3.000.000
1056-2024	1001866878	JHONATAN PEDROZO AMADOR	2024	9/01/2024	8/02/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 3.000.000
1181-2024	1045704717	LEONELA PATRICIA MUÑOZ ESPINOZA	2024	1/02/2024	31/05/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA BRINDAR APOYO EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA DIRECCION TECNICA DE INFRAESTRUCTURA FISICA Y BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 10.000.000
1185-2024	1001781268	ELIANA MARCELA GARCIA RIVERO	2024	1/02/2024	31/05/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 12.000.000
1323-2024	1007124392	ROMARIO ANDRES ROCA SARMIENTO	2024	1/02/2024	31/05/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 12.000.000
1324-2024	1129499309	RICHARD MARTINEZ PIMIENTA	2024	1/02/2024	31/05/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS, PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITAIA DEL ATLANTCO	\$ 12.000.000
1374-2024	1045761166	JAIR ENRIQUE RIOS VEGA	2024	9/02/2024	30/04/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS, PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITAIA DEL ATLANTCO	\$ 8.200.000
1376-2024	1001866878	JHONATAN PEDROZO AMADOR	2024	9/02/2024	30/04/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 8.200.000
1784-2024	1001866878	JHONATAN PEDROZO AMADOR	2024	14/05/2024	31/05/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 3.000.000
1847-2024	1007124392	ROMARIO ANDRES ROCA SARMIENTO	2024	1/06/2024	31/08/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA	\$ 12.000.000

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

No. De Contrato	No. identificación	Nombre del Contratista	Vigencia	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Objeto Contrato	Valor total del Contrato
						GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	
1848-2024	1001866878	JHONATAN PEDROZO AMADOR	2024	1/06/2024	31/08/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 12.000.000
1849-2024	1129499309	RICHARD MARTINEZ PIMIENTA	2024	1/06/2024	31/08/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS, PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITAIA DEL ATLANTCO	\$ 12.000.000
1887-2024	1045704717	LEONELA PATRICIA MUÑOZ ESPINOZA	2024	1/06/2024	31/08/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA BRINDAR APOYO EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA DIRECCION TECNICA DE INFRAESTRUCTURA FISICA Y BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 10.000.000
1891-2024	1001781268	ELIANA MARCELA GARCIA RIVERO	2024	1/06/2024	31/08/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 12.000.000
4252-2024	1007124392	ROMARIO ANDRES ROCA SARMIENTO	2024	1/10/2024	31/12/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 9.000.000
4253-2024	1001866878	JHONATAN PEDROZO AMADOR	2024	1/10/2024	31/12/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 9.000.000
4254-2024	1129499309	RICHARD MARTINEZ PIMIENTA	2024	1/10/2024	31/12/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS, PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITAIA DEL ATLANTCO	\$ 9.000.000
4258-2024	1045704717	LEONELA PATRICIA MUÑOZ ESPINOZA	2024	1/10/2024	31/12/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA BRINDAR APOYO EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA DIRECCION TECNICA DE INFRAESTRUCTURA FISICA Y BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 8.000.000
4262-2024	1001781268	ELIANA MARCELA GARCIA RIVERO	2024	1/10/2024	31/12/2024	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 9.000.000
281-2025	1001781268	ELIANA MARCELA GARCIA RIVERO	2025	1/01/2025	31/01/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 3.000.000
328-2025	1007124392	ROMARIO ANDRES ROCA SARMIENTO	2025	1/01/2025	31/01/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 3.000.000
329-2025	1001866878	JHONATAN PEDROZO AMADOR	2025	1/01/2025	31/01/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 3.000.000
330-2025	1129499309	RICHARD MARTINEZ PIMIENTA	2025	1/01/2025	31/01/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS, PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITAIA DEL ATLANTCO	\$ 3.000.000
332-2025	1045761166	JAIR ENRIQUE RIOS VEGA	2025	1/01/2025	31/01/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 3.000.000
1213-2025	1001781268	ELIANA MARCELA GARCIA RIVERO	2025	1/02/2025	31/03/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 6.000.000

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

No. De Contrato	No. identificación	Nombre del Contratista	Vigencia	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Objeto Contrato	Valor total del Contrato
1217-2025	1007124392	ROMARIO ANDRES ROCA SARMIENTO	2025	1/02/2025	31/03/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 6.000.000
1218-2025	1001866878	JHONATAN PEDROZO AMADOR	2025	1/02/2025	31/03/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 6.000.000
1219-2025	1129499309	RICHARD MARTINEZ PIMIENTA	2025	1/02/2025	31/03/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS, PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITAIA DEL ATLANTCO	\$ 6.000.000
1221-2025	1045761166	JAIR ENRIQUE RIOS VEGA	2025	1/02/2025	31/03/2025	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	\$ 6.000.000

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 23 "Relación OPS"

Se evidencia que para el 2024 se suscribió 23 contratos con 6 personas, por un valor total de \$184.900.000 y para lo corrido de los 2025, 10 contratos con 5 personas por valor de \$ 45.000.000; cuyo objeto consiste en "(...) *PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS PARA APOYAR LA EJECUCION DE LOS PLANES EN LA GESTION BIOMEDICA DE LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO* (...)"; por tanto, es el personal encargado de realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos.

En lo que respecta a la calibración de equipos, de acuerdo con la información aportada en el archivo Excel "*Contratos Bienes y Servicios*", relacionan a GEC SOLUCIONES SAS, con contrato No. 1783-2024, fecha de inicio del 9/05/2024 y fecha de terminación 8/08/2024, por valor de \$127.699.733, cuyo objeto consiste en "(...) *PRESTACION DE SERVICIOS DE CALIBRACION Y CALIFICACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS UBICADOS EN LA DIFERENTES SEDES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO* (...)". Para la vigencia 2025, no se reportó contratación de este servicio.

Así pues, la ejecución de los contratos en mención fue verificada durante recorrido por el equipo auditor de la Superintendencia Nacional de Salud, el cual se describirá en el numeral a continuación.

2.3.1.4.6 Mantenimiento equipos biomédicos en sedes

La ESE cuenta con un cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos para cada una de las sedes, fue entregado el del año 2025, donde se evidencia que son programados cada seis (6) meses, excepto para la sede CACE Pediátrico que es cada cuatro (4) meses:

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Imagen nro.12. Cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO INVENTARIO Y CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS 2025										CODIGO: FT-GT-001		REALIZADO	REALIZADO	R	REPROGRAMADO									
										VIGENCIA: Enero 2023		NO SE ENCUENTRA	NO SE ENCUENTRA	N	NUOVO									
										VERSION: 01		FUERA DE SERVICIO	FUERA DE SERVICIO	P	PRESTAMO									
SEDE ALTA COMPLEJIDAD																								
ITM	NOMBRE	Y	MARCA	MODELO	SERIE	PLACA	SERVICIO	UBICACIÓN	INVIMA	RIESGO	OBSERVACIONES	ENE	FEBRE	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPTIEM	OCTUB	NOVIEM	DICIE	PERIODICIDAD DE MITO
495	LAMPARA PIELITICA	ILUMITEC	LEDO4	1897		1779 ACA	CIRUGIA	CONSULTORIO 3	NR	I														SEMANAL
470	LAMPARA CIELTICA 2	MINDRAY	HYLED 9700	LS-18000049		2083 ACA	CIRUGIA	SALA DE PARTO	2013DM	IIB							X	X						SEMANAL
482	LAMPARA CIELTICA 2	MINDRAY	HYLED 9700	LS-18000047		2083 ACA	CIRUGIA	QUIROFANO 1	2013DM	IIB							X	X						SEMANAL
480	LAMPARA CIELTICA 2	MINDRAY	HYLED 9700	LS-18000048		2084 ACA	CIRUGIA	QUIROFANO 2	2013DM	IIB							X	X						SEMANAL
484	LAMPARA CIELTICA 2	MINDRAY	HYLED 9700	LS-18000048		2085 ACA	CIRUGIA	QUIROFANO 3	2013DM	IIB							X	X						SEMANAL
491	LAMPARA DE FOTOTERAPIA	CAREMILEY	FT-114	ME00000571		00419	CIRUGIA	DEPOSITO DE FOLGOS	NR	IIB							X							SEMANAL
513	LAMPARA CUELLO DE	NA	NA	NA	NA	NA	CIRUGIA	TRABAJO DE PARTO	NA	NA							X							SEMANAL
SEDE PEDIATRIA																								
ITM	NOMBRE	Y	MARCA	MODELO	SERIE	PLACA	SERVICIO	UBICACIÓN	INVIMA	RIESGO	OBSERVACIONES	ENE	FEBRE	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPTIEM	OCTUB	NOVIEM	DICIE	PERIODICIDAD DE MITO
53	LAMPARA CIELTICA	BENG	LS800-750H	2E370-V9-0013	V003757		CIRUGIA	QUIROFANO 1	20140 M	I			X							X				CUATRIMESTRAL
54	LAMPARA CIELTICA	BENG	LS800-750H	2E370-V9-0007	V003756		CIRUGIA	QUIROFANO 2	20140 M	I			X							X				CUATRIMESTRAL
SEDE CACR SOLEDAD																								
ITM	NOMBRE	Y	MARCA	MODELO	SERIE	PLACA	SERVICIO	UBICACIÓN	INVIMA	RIESGO	OBSERVACIONES	ENE	FEBRE	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPTIEM	OCTUB	NOVIEM	DICIE	PERIODICIDAD DE MITO
15	FLUJIMETRO DE OXIGENO	ACARE	FA-05-04	1383287			CIRUGIA	RECUPERACION	2015DM-0012723	IIA									X					
53	RECIPIENTE DE RECUPERACION DE	NINGBO DAVID	TI-2000	A368AK03001	2337		CIRUGIA	RECUPERACION	2019EBC-0003405-R1	IIB														
68	LARINGOSCOPIO NEONATAL	ADC	NR	NR	NR		CIRUGIA	RECUPERACION	2019EBC-0003405-R1	I	TIENE UNA V								X					
117	BOMBA DE INFUSION	ENDIMINO	EN-V8	70200523681	01690		ESTAR DE ENFERMERIA	2019EBC-0020341	IIB															
138	BOMBA DE INFUSION	ENDIMINO	EN-V9	70200523684	03179		ESTAR DE ENFERMERIA	2019EBC-0020341	IIB															
135	LARINGOSCOPIO NEONATAL	ADC	NR	NR	NR		ESTAR DE ENFERMERIA	2019EBC-0020341	IIB															
170	RECIPIENTE DE RECUPERACION	NINGBO DAVID	TI-2000	A368AK03001	2337		ESTAR DE ENFERMERIA	2019EBC-0020341	IIB															

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

Condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos.

Las IPS deben garantizar las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos.

Durante el recorrido realizado por el equipo auditor por la ESE fue solicitado hojas de vida de equipos biomédicos que incluyera las recomendaciones del fabricante, registro INVIMA con soportes de los mantenimientos preventivos, correctivos y/o calibraciones del 2024 y lo corrido de 2025, la información entregada fue:

Tabla nro. 32. Mantenimiento y calibración de equipos biomédicos seleccionados

SEDE	EQUIPO	MARCA	MODEL O	SERIE	C.R (1)	F.M.A. (2)	F.U.M (3)	F.C.A.	F.U.C	OBSERVACION
								-4	-5	
	LÁMPARA PIELÍTICA	ILUMITEC	LED36	77088	I	Anual	Información no suministrada	NA	NA	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo
	ASPIRADOR DE SECRECIONES	DRIVE	18600	8400908	IIA	4 MESES	información no suministrada	NA	NA	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo

	AUDITORÍAS						CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA						VERSIÓN	01
							FECHA	16/09/2022

SEDE	EQUIPO	MARCA	MODEL O	SERIE	C.R (1)	F.M.A. (2)	F.U.M (3)	F.C.A.	F.U.C	OBSERVACION
								-4	-5	
CACE PEDIATRICO	DESFIBRILADOR	ZOLL	M-SERIES	T11K126371	IIB	4 MESES	Información no suministrada	Información no suministrada	Información no suministrada	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo
	ASPIRADOR DE SECRECIONES	APEX	CS2801 21	4013B-05067	IIA	4 MESES	información no suministrada	NA	NA	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo
	BÁSCULA PESA BEBÉ	HEALTH O METER	N/A	NR	I	SEMESTRAL	información no suministrada	información no suministrada	información no suministrada	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo
	ASPIRADOR DE SECRECIONES	MEDI-PUMP	1130	7040001606 4	IIA	4 MESES	información no suministrada	NA	NA	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo
CACE ALTA COMPLEJIDA D	DESFIBRILADOR	ZOLL	M-SERIES	T11K126371	IIB	6 MESES	información no suministrada	información no suministrada	información no suministrada	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo
	ASPIRADOR DE SECRECIONES	MEDI-PUMP	1130	4950000212	IIA	6 MESES	04/12/2024	Anual	información no suministrada	Solo fue suministrado el mantenimiento, la calibración no se entregó.
	ELECTROBISTURÍ	VALLEYLAB	FORCE FX	SF9D63603 A	IIB	6 MESES	04/12/2024	Anual	información no suministrada	Solo fue suministrado el mantenimiento, la calibración no se entregó.
	LÁMPARA DE FOTOTERAPIA	CAREMILY	FT-114	NEO000057 1	IIB	4 MESES	04/12/2024	Anual	información no suministrada	Solo fue suministrado el mantenimiento, la calibración no se entregó.
	LÁMPARA CIELÍTICA	MINDRAY	HYLED 9700	L5-1B000047	IIB	4 MESES	24/12/2024	Anual	Informacion no suministrada	Solo fue suministrado el mantenimiento, la calibración no se entregó.
	SERVOCUNA	NINGBO DAVID	HKN-9010	A22BB00300 01	IIB	4 MESES	11/12/2024	Anual	información no suministrada	Solo fue suministrado el mantenimiento, la calibración no se entregó.
	ARCO EN C	SIEMENS	SIREM OBIL COMPA CT L	.27676	IIB	6 MESES	28/08/2024	NR	Informacion no suministrada	Solo fue suministrado el mantenimiento, la calibración no se entregó.
	INCUBADORA ABIERTA	NINGBO DAVID	YP-90A	6150201001	IIA	6 MESES	06/12/2024	NA	NA	EL MANTENIMIENTO SUMINISTRADO NO REGISTRA LOS NOMBRES DE QUEIN REALIZO EL MANTENIMIENTO NI DEL QUE RECIBIO A SATISFACCION
	ASPIRADOR DE SECRECIONES	THOMAS	1240SERIES	608869	IIA	6 MESES	04/12/2024	NA	NA	
	ASPIRADOR DE SECRECIONES	THOMAS	1130SERIES	4950000212	IIA	6 MESES	04/12/2024	NA	NA	

	AUDITORÍAS						CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA						VERSIÓN	01
							FECHA	16/09/2022

SEDE	EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	C.R (1)	F.M.A. (2)	F.U.M (3)	F.C.A.	F.U.C	OBSERVACION
								-4	-5	
CARC SABANALARGA	AUTOCLAVE	ARAVELL	300Lt	NO REGISTRA	IIA	6 MESES	05/12/2024	Anual	Información no suministrada	EL FORMATO DEL MANTENIMIENTO ES EN HOJA MENBRETEADA CON LOGO DE LA ESE MAS NO LA DE REPORTE DE SERVICIO
	DESFIBRILADOR	COMEN	S5	S5230204023	IIB	6 MESES	20/11/2024	Anual	Informacion no suministrada	Solo fue suministrado el mantenimiento, la calibracion no se entrego.
	ECÓGRAFO	CHISON	IVIS40	95-00064-04	IIB	6 MESES	17/02/2025	NA	NA	
	MÁQUINA DE ANESTESIA	MINDRAY	WATO EX65	AT329002062	IIB	6 MESES	11/01/2025	Anual	Informacion no suministrada	Solo fue suministrado el mantenimiento, la calibracion no se entrego.
CARC SOLEDAD	Bomba de Infusión	Mindray	BeneFusion Evp	SH2-47078144	IIB	6 MESES	información no suministrada	Anual	información no suministrada	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo
	MONITOR MULTIPARAMETROS BASICO	EDAN	X12+2IBP	261594-M24302100015	IIB	6 MESES	información no suministrada	Anual	Informacion no suministrada	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo
	VENTILADOR MECÁNICO	MECKIS	MV-2020	MV2000TA1D0186	IIB	6 MESES	Informacion no suministrada	Anual	Informacion no suministrada	Solo fue suministrada la hoja de vida del equipo

1. Clasificación del riesgo

2. Frecuencia mantenimiento al año

3. Fecha ultimo mantenimiento

4. Frecuencia de Calibración al año

5. Fecha ultima calibración

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

De la revisión de las hojas de vida de equipos se identifica que:

- No se cumple con la entrega de información solicitada.
- Los mantenimientos realizados NO están acorde a la programación establecida, una vez revisado el cronograma se evidencia que para la lampara de fototerapia en la sede CACE Alta Complejidad registra cada seis (6) meses y la hoja de vida indica cada cuatro (4), lo que resulta en información poco veraz.
- En el cronograma de mantenimiento de la sede CACE Pediátrico, no aparece registrada la lampara pielítica para mantenimiento, aun cuando entregan hoja de vida que indica mantenimiento anual, lo que resulta en información poco veraz.
- No se cumple con las observaciones de los mantenimientos, ya que para el caso de los aspiradores de secreciones cuyo mantenimiento fue realizado en diciembre del 2024, registra, “NO PRESENTA”, pero para la fecha de la auditoria presentan alto grado de oxido.
- En el cronograma de mantenimiento de la sede CACR Soledad se evidencia falta de información en algunos equipos como bomba de infusión, laringoscopio neonatal,

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

monitor de signos vitales, pesa pañal, adicionalmente para los equipos de flujómetro de oxígeno, incubadora de transporte, laringoscopio neonatal, no registra la periodicidad del mantenimiento.

- En las hojas de vida de los equipos no tiene las recomendaciones establecidas por el fabricante, fue entregado un archivo en Excel denominado, “CARAC FÍSICAS Y RECOMEN FABRICANTE EQUI BIOMEDICOS”, código FT-GT-001, versión 1, fecha enero 2023, que contiene columnas con nombre del equipo y actividad.
- El mantenimiento de los equipos biomédicos, no se realizan con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo, incumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, lo anterior se refleja en lo consignado en la información suministrada por la ESE de los equipos.

Imagen nro.13. Inconsistencias en hoja de vida de equipos vrs cronograma de mantenimiento.

UNA		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO FORMATO HOJA DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS		CÓDIGO: FT-AM-001 VERSIÓN: 01 FECHA: 16/09/2022
HOJA DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS				
CIRUGIA				
ESE UNA		UBICACIÓN DEL EQUIPO		REGISTRO HISTÓRICO
NOMBRE DEL EQUIPO: LAMPARA FOTICA		NOMBRE DEL EQUIPO: LAMPARA FOTICA		NOMBRE DEL EQUIPO: LAMPARA FOTICA
CÓDIGO DE INVENTARIO: 2308		CÓDIGO DE INVENTARIO: 2308		CÓDIGO DE INVENTARIO: 2308
CÓDIGO HABITACION: 0800105146-1		CÓDIGO HABITACION: 0800105146-1		CÓDIGO HABITACION: 0800105146-1
REGISTRO TÉCNICO		ESPECIFICACIONES TÉCNICAS		REGISTRO TÉCNICO
Voltaje max. de operación: 120 Volt.		Velocidad: N/A RPM		Voltaje max. de operación: 120 Volt.
Voltaje min. de operación: 100 Volt.		Temperatura: 30 °C		Voltaje min. de operación: 100 Volt.
Corriente max. de operación: 1.1 Amp.		Peso: N/A Kg		Corriente max. de operación: 1.1 Amp.
Corriente min. de operación: 0.5 Amp.		Capacidad: N/A Kg		Corriente min. de operación: 0.5 Amp.
Potencia consumida: 50 Watts		No Aplica		Potencia consumida: 50 Watts
Frecuencia: 60 Hz		No Aplica		Frecuencia: 60 Hz
CLASIFICACIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO		CLASIFICACIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO		CLASIFICACIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO
CLASE: I		CLASE: IIB		CLASE: IIB
RIESGO ASOCIADO AL EQUIPO		RIESGO ASOCIADO AL EQUIPO		RIESGO ASOCIADO AL EQUIPO
BAJO ☐ MEDIO ☒ ALTO ☐		BAJO ☒ MEDIO ☐ ALTO ☐		BAJO ☒ MEDIO ☐ ALTO ☐
EQUIPO FIJO ☐ EQUIPO MOVIL ☒		EQUIPO FIJO ☒ EQUIPO MOVIL ☐		EQUIPO FIJO ☒ EQUIPO MOVIL ☐
CLASE DE TECNOLOGÍA PREDOMINANTE		CLASIFICACIÓN BIOMÉDICA		CLASE DE TECNOLOGÍA PREDOMINANTE
Electrico ☒ Hidráulico ☐ Diagnóstico ☒		Electrico ☒ Hidráulico ☐ Diagnóstico ☒		Electrico ☒ Hidráulico ☐ Diagnóstico ☒
Electrónico ☒ Neumático ☐ Tratamiento ☐		Electrónico ☒ Neumático ☐ Tratamiento ☐		Electrónico ☒ Neumático ☐ Tratamiento ☐
Mecánico ☐ Vapor ☐ Rehabilitación ☐		Mecánico ☐ Vapor ☐ Rehabilitación ☐		Mecánico ☐ Vapor ☐ Rehabilitación ☐
Electromecánico ☐ Solar ☐ Prevención ☐		Electromecánico ☐ Solar ☐ Prevención ☐		Electromecánico ☐ Solar ☐ Prevención ☐
N/A ☐ Análisis de laboratorio ☐		N/A ☐ Análisis de laboratorio ☐		N/A ☐ Análisis de laboratorio ☐
MANUAL DE SERVICIO		MANUAL DE OPERACIÓN		MANUAL DE SERVICIO
SI ☒ NO ☐		SI ☒ NO ☐		SI ☒ NO ☐
PERIODICIDAD DEL MANTENIMIENTO		PERIODICIDAD DEL MANTENIMIENTO		PERIODICIDAD DEL MANTENIMIENTO
PLAN DE MANTENIMIENTO-CRONOGRAMA ANUAL: SI ☒ NO ☐		PLAN DE MANTENIMIENTO-CRONOGRAMA ANUAL: SI ☒ NO ☐		PLAN DE MANTENIMIENTO-CRONOGRAMA ANUAL: SI ☒ NO ☐
PERIODICIDAD: 12 MESES		PERIODICIDAD: 12 MESES		PERIODICIDAD: 12 MESES
PERIODICIDAD DE CALIBRACIÓN		PERIODICIDAD DE CALIBRACIÓN		PERIODICIDAD DE CALIBRACIÓN
PLAN DE CALIBRACIÓN-CRONOGRAMA ANUAL: SI ☐ NO ☒ SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐		PLAN DE CALIBRACIÓN-CRONOGRAMA ANUAL: SI ☐ NO ☒ SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐		PLAN DE CALIBRACIÓN-CRONOGRAMA ANUAL: SI ☐ NO ☒ SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

Lo anterior, pone en riesgo el diagnóstico y tratamiento requeridos por los pacientes.

Por tanto, es importante recordar lo mencionado en el artículo 38 del Decreto 4725 del 2005 el cual cita:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

*“(…) Artículo 38. Posventa de los dispositivos médicos considerados equipos biomédicos y su mantenimiento (...) **El tenedor** será responsable del correcto funcionamiento del dispositivo médico considerado equipo biomédico, el cual deberá garantizarlo de manera directa o contratando los servicios del fabricante o el importador o con un tercero según los parámetros establecidos en el presente decreto.*

*El propietario o tenedor del equipo biomédico deberá asegurarse que su uso y funcionamiento estén de acuerdo con lo establecido en los manuales entregados por el fabricante en el momento de la venta de este, así como de **su calibración y mantenimiento**. (...)”.*

2.3.1.4.7 Dotación

Las IPS de conformidad con la Resolución 3100 de 2019, deben contar con los equipos biomédicos necesarios que cumplan con las condiciones técnicas de calidad para la valoración y atención de los usuarios; así mismo, deben tener los accesorios para garantizar empaque cerrado y transporte de los elementos sucios y limpios de modo que no se ponga en riesgo la seguridad del usuario.

Durante la auditoría frente a los equipos biomédicos de la ESE se encontró:

Existencia de los equipos biomédicos

Las IPS deben tener todos los equipos biomédicos, eléctricos, mecánicos o insumos mínimos en los servicios, de manera que se garantice su disponibilidad de acuerdo con los planes de manejo que requieran los usuarios.

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, No garantiza la existencia de los equipos e insumos mínimos requeridos para la prestación del servicio, debido a que no cuenta con:

- CACE Mental: Doopler, martillo de reflejos,
- CACE pediátrico: cinta para toma de perímetro braquial, infantómetro, martillo de reflejos.
- CACR Soledad: según formato “Listado de chequeo y equipos biomédicos” se evidencia que no tienen marcapasos trascutáneo, ventilador mecánico, electrocardiógrafo, además se evidenciaron camas sin colchón.

Igualmente, durante el recorrido se observó:

- ❖ Equipos biomédicos e inmobiliario en condiciones precarias de mantenimiento, con piezas oxidadas y en condiciones inadecuadas de aseo y desinfección.
- ❖ No dotación de termohigrómetros en las áreas donde se encuentran los kits para post exposición adultos y niños de violencia sexual, código rojo, emergencias obstétricas, evidencia forense, por tanto, están sometidos a altas temperaturas.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- ❖ Kit de emergencia obstétrica, kit post exposición víctimas sexual con menos de 30 kg incompletos.
- ❖ Neveras para cadena de frío con capas de hielo, que se evidencian en condiciones higiénicas no adecuadas de mantenimiento, además con empaque deteriorados que presentan al interior desechos, situación que genera riesgo al momento de administrar los medicamentos.
- ❖ Áreas limpias con mobiliario en madera que no permiten procesos de limpieza y desinfección.

Imagen nro.14. Dotación en inadecuadas condiciones de mantenimiento



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

Carro de reanimación cardiopulmonar

Los servicios de salud que requieran carro de paro deben contar con la dotación mínima necesaria para la reanimación cardio cerebro pulmonar.

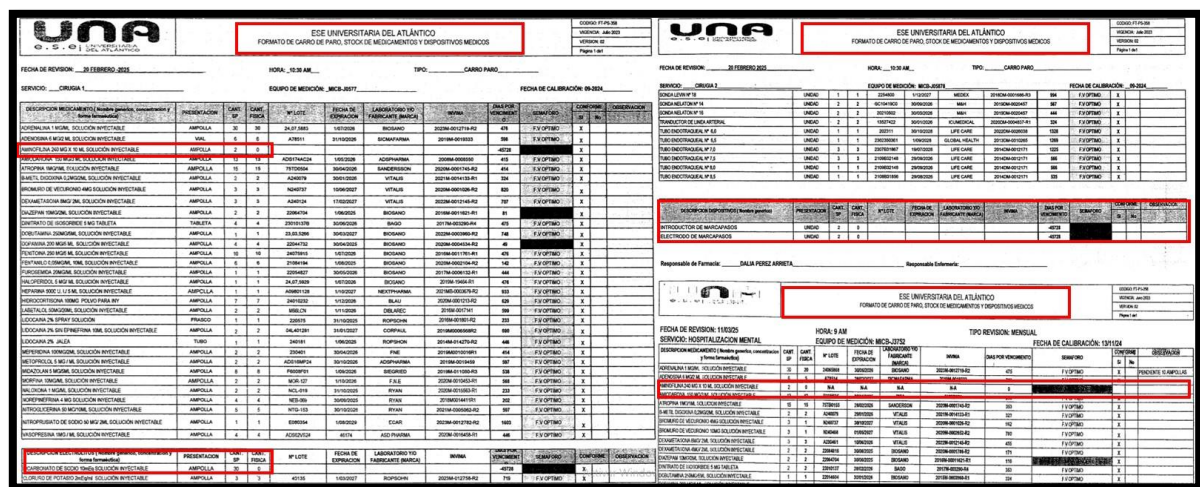
Se indaga frente a los criterios de revisión que tiene instaurado la entidad y es informado que el servicio farmacéutico junto con la Enfermera Jefe del servicio son los responsables de realizar la revisión, así como de verificar que la reposición de los elementos del carro de paro se solicite de manera inmediata posterior a su uso y que se mantenga permanentemente la dotación completa y la seguridad del carro. Las enfermeras y su equipo de trabajo deben conocer el contenido y distribución de los elementos que posee el carro de paro.

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Al respecto, se precisa que durante los recorridos se evidencia que no hay una adecuada actualización de las entradas y salidas del inventario. Lo anterior, representa un riesgo ante posibles eventos que requiera el uso del carro de paro.

Cuentan con formato denominado, “*FORMATO DE CARRO DE PARO STOCK DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS*”, código FT – PS 358, versión 2, fecha julio de 2023, el cual contiene el listado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos con información como: presentación, cantidad, lote, fecha de vencimiento, laboratorio y/o fabricante, entre otros.

Imagen nro.15. Listado de chequeo de carro de paro



Fuente: información recolectada durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

La verificación del carro de paro **en cada turno** consiste en la revisión de seguridad que avala el estado actual del carro de paro, con el fin de tener un mayor control del personal de enfermería que tienen acceso a este, con el fin de garantizar la seguridad de los implementos que allí reposan, este procedimiento se debe dejar por consignado en el formato denominado, “*LISTA DE CHEQUEO DIARIO DE CARRO DE PARO DIARIO*”, código FR-UR-SA, versión 1, **no registra fecha** y debe ser diligenciado por el personal de enfermería con letra legible y con nombre claro.

El equipo auditor identificó que la revisión no se realiza como está establecido en la ESE, teniendo en cuenta que había dispositivos médicos con semaforizaciones inadecuadas y otros sin semaforizar. Adicionalmente, se evidencio faltantes de medicamentos y dispositivos médicos:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- ❖ Cirugía 1 CACE Alta Complejidad: Aminofilina ampolla X 240mg/10ml y Bicarbonato de sodio ampolla X 10mEq.
- ❖ Cirugía 2 CACE Alta Complejidad: Introdutor y electrodos de marcapasos.
- ❖ Hospitalización CACE Mental: Aminofilina ampolla X 240mg/10ml.
- ❖ Urgencias CACE Mental: Aminofilina ampolla X 240mg/10ml, Bromuro de Vecuronio ampolla X 10mg/2.5ml y guía de intubación adulto.
- ❖ Cirugía CARC Soledad: Gelofusine suscrito plasmático 4% X 500ml.

Se indaga con los responsables frente a cada cuanto se realiza revisión del carro de paro, a lo que dieron diferentes respuestas, en la generalidad en la institución no se tiene claro el procedimiento de apertura de carro de paro, para todos los casos no se diligencia el formato de control que tiene establecido la institución.

Al realizar revisión de carros de paro se evidencio lo siguiente:

- ✓ Limpieza y desinfección inadecuadas.
- ✓ Semaforización que no se ajusta al protocolo.
- ✓ Dispositivos médicos con evidencia de contaminación.
- ✓ No semaforización a todos los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con el protocolo de la entidad.
- ✓ Inventarios desactualizados y/o no coincidentes.
- ✓ En el área de imágenes diagnosticas del CACE Alta Complejidad se evidenció catéter desechable de nelaton con fecha de vencimiento expirada (04/03/2025), igualmente sonda Foley FV (09/03/2025).
- ✓ En el área de imágenes diagnosticas del CACE Pediátrico no cuenta con carro de paro.
- ✓ En reanimación del CACE Mental, guía de intubación con fecha de vencimiento expirada (19/01/2022).
- ✓ Se almacenan dos o más medicamentos en el mismo espacio. Lo cual, puede generar confusión en caso de emergencia y un evento adverso.

Imagen nro.16. Carro de reanimación cardiopulmonar



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En el CACR Soledad se evidenció que el carro de paro de cirugía se comparte con la sala de partos, lo que representa un riesgo significativo en la prestación de servicios de emergencia. Esta situación podría comprometer la respuesta oportuna ante eventos críticos como paros cardiorrespiratorios en pacientes quirúrgicos o en gestantes en trabajo de parto y neonatos.

Riesgos Identificados:

- ❖ **Retraso en la atención de Códigos de Emergencia:** si se presenta un código en cirugía y otro simultáneamente en la sala de partos, el personal asistencial podría enfrentar dificultades en la disponibilidad inmediata del equipo de reanimación, retrasando la intervención y aumentando la morbilidad y mortalidad de los pacientes afectados.
- ❖ **Desabastecimiento de insumos críticos:** el uso compartido del carro de paro puede generar un agotamiento rápido de medicamentos, insumos y dispositivos esenciales, como adrenalina, atropina, desfibrilador y vía aérea avanzada, si no se garantiza un control y reposición constante.
- ❖ **Dificultad en la adecuación de equipos para diferentes pacientes:** los procedimientos de reanimación varían según la edad y condición del paciente (adulto, pediátrico o neonatal). Compartir un solo carro de paro puede generar dificultades en la disponibilidad inmediata de material específico, como tubos endotraqueales pediátricos o soluciones neonatales, comprometiendo la atención segura.
- ❖ **Aumento del riesgo de paros cardiorrespiratorios de diferentes etiologías:** en cirugía, los paros cardiorrespiratorios pueden estar asociados a hemorragias masivas, complicaciones anestésicas o tromboembolismos, mientras que en la sala de partos pueden relacionarse con atonía uterina, hemorragia postparto o asfixia neonatal. La necesidad de equipos especializados y la urgencia de actuación aumentan la criticidad de compartir un solo carro de paro.
- ❖ **Dificultades en la logística y movilización del equipo:** en situaciones de emergencia, la rapidez de acceso al equipo de reanimación es crucial. El traslado del carro de paro de un área a otra podría retrasar la intervención, especialmente si existen barreras físicas o distancias significativas entre los servicios lo que aumenta el riesgo de muerte.

Al revisar las divisiones del carro de paro, se evidenció que en algunos compartimentos se encuentran dos o más medicamentos separados únicamente por un cartón.

Riesgos Identificados:

- ❖ **Riesgo de confusión y errores en la administración:** la separación inadecuada puede llevar a la toma errónea de un medicamento, aumentando el riesgo de administración incorrecta.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- ❖ **Posible contaminación cruzada:** si los envases no están adecuadamente protegidos, pueden verse expuestos a contaminación.
- ❖ **Dificultad en el acceso rápido a los medicamentos:** en una emergencia, la falta de una organización clara puede retrasar la atención del paciente.
- ❖ **Deterioro de los medicamentos:** el contacto entre ampollas o frascos podría provocar fisuras, afectando la estabilidad del medicamento.

Hallazgo nro. 8

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no garantiza la dotación en seguridad necesaria para la atención de los usuarios toda vez que: i) no suministra soportes de los mantenimientos preventivos, correctivos y/o calibraciones de los equipos; ii) No garantiza la totalidad de la dotación en los carros de paro, utilizada en la reanimación cardio cerebro pulmonar, incurriendo en el incumplimiento de los numerales 2 y 8 del numeral 11.1.3 "estándar de dotación" del numeral 11.1 "estándares y criterios aplicables a todos los servicios" del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019; Literal b) del numeral 3 "estructura del servicio farmacéutico" del capítulo I "disposiciones generales" del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007, artículo 38 del decreto 4725 del 2005.

2.3.1.5 GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

De conformidad con lo estipulado en la Resolución 1403 de 2007, Decreto 780 de 2016 y la Ley 1751 de 2015, el servicio farmacéutico es el *"responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva"*, por lo que las IPS deben garantizar a los pacientes la prestación de los servicios de salud con seguridad, estando obligadas a tener un servicio farmacéutico que cumpla con las condiciones y requisitos establecidos para su funcionamiento.

2.3.1.5.1. Adquisición de medicamentos

Para la adquisición de medicamentos, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO cuenta con un contrato de asociación No. 2778-2022 suscrito con la UT SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. & D, con plazo de ejecución de quince años a partir de la suscripción del acta de inicio (20/01/2023) con un presupuesto estimado de doscientos cuarenta y un mil ochocientos cuarenta millones de pesos (241.840.000.000), cuyo objeto contractual corresponde a "(...) CONTRATO DE ASOCIACION PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS EN LAS SEDES DE LA E.S.E UNA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO (...)".

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En la Clausula cuarta define la **FORMA DE PAGO**, “(...) *E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO*, pagará el valor del contrato al *ALIADO* por cumplimiento del contrato, y esta será el valor que resulte de la facturación que realice *EL ALIADO*, de acuerdo con el consumo mensual de medicamentos, dispositivos médicos no activos y material médico quirúrgico, de acuerdo con los siguientes parámetros mínimos:

CONCEPTO	VALOR PARA RECONOCER POR LA ESE
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS NO ACTIVOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO FACTURABLE A LA ERP	MÍNIMO UN 15% DE DESCUENTO SOBRE EL PRECIO DE VENTA A LAS ERP
MEDICAMENTOS REGULADOS	EL TECHO SERÁ EL PRECIO MÁXIMO DE VENTA (COLUMNA CINCO) DISPUESTO POR LA CIRCULAR DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS aplicable a cada vigencia.
MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO DE NO FACTURACIÓN A LA ERP (INCLUIDO EN LOS SERVICIOS FACTURADOS)	SEGÚN ANEXO DE PRECIOS A LA OFERTA, POR DEBAJO DE LOS PRECIOS DE MERCADO Y AVALADO POR LA ESE.

De otra parte, cuenta con otrosíes, los cuales se describen a continuación:

Otrosí modificatorio No. 1: con fecha del 5 de enero de 2024, mediante el cual modifica la cláusula 17 de “GARANTÍAS”.

Otrosí aclaratorio No. 1: con fecha del 13 de febrero de 2023, en el que acuerdan “(...) incorporar en la CLAUSULA 4, un párrafo No. 1, mediante el cual se establecen los precios de los MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS NO ACTIVOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO (...); así mismo incorpora en el párrafo 2 de la cláusula cuarta, reconocer un costo fijo mensual de CIENTO NOVENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS (\$198.000.000).

Otrosí No. 2: suscrito el 29 de junio de 2023, en el que modifica el párrafo 1 de la cláusula cuarta, mediante el cual se establece la lista de precios de medicamentos.

Otrosí modificatorio No. 2: con fecha del 1 de septiembre de 2024 en el incorporan un párrafo en la cláusula diez, el cual dispone “(...) Las obligaciones específicas relacionadas con las inversiones y actividades que deben ser desarrolladas por el aliado hasta la puesta en marcha de LA CENTRAL DE MEZCLAS ; serán entregadas en un plazo máximo de DIECIOCHO (18) MESES, contados a partir de la suscripción del Otrosí modificatorio(...)”. Así mismo, realiza modificación de tarifas conforme al anexo técnico.

Al respecto, durante desarrollo de la auditoria se validó el funcionamiento del servicio farmacéutico de conformidad a las obligaciones del contrato de asociación, evidenciando lo siguiente:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En la **Clausula 2 – ALCANCE DEL CONTRATO** establece: “(...) El objeto de este contrato involucra la dotación de equipos, instalación y puesta en funcionamiento de la UNIDAD DE SERVICIOS FARMACEUTICOS EN LAS SEDES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, así como la operación del servicio que incluye el suministro de medicamentos, dispositivos médicos no activos y material médico quirúrgico, (...)

”(...)

3) Prestación de todos los servicios farmacéuticos, que contiene: medicamentos, dispositivos médicos no activos y material médico quirúrgico, donde se incluyen los procesos generales de selección, adquisición, recepción, almacenamiento, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, farmacovigilancia, tecnovigilancia, información y educación al paciente, y procesos especiales como: Atención farmacéutica, preparaciones magistrales, estériles y no estériles, Nutricionales parenterales, Adecuación, ajuste de concentraciones para dosis prescritas, re empaque o reenvase.(...)”

(...)

21) Suministrar de forma oportuna y en cantidad suficiente medicamentos, dispositivos médicos, soporte nutricional (enteral y parenteral) en insumos de material médico quirúrgico al HOSPITAL solicitados en las prescripciones medicas de tratamientos farmacológicos para veinticuatro (24) horas en los horarios establecidos para cada servicio. Cuando por alguna durante la prestación de servicios de acabe un medicamento, dispositivos médicos, soporte nutricional (enteral) e insumos médico quirúrgico, EL ALIADO se compromete a diseñar en sistema que permita la adquisición rápida y oportuna del medicamento, dispositivo médico, soporte nutricional enteral e insumo médico quirúrgico en un tiempo no superior a las veinticuatro (24) horas de recibida la solicitud. El incumplimiento de esta obligación en tres (3) oportunidades consecutivas en un mismo producto generara la imposición de multas y su reincidencia conllevara a la terminación del contrato (...).”

Conforme a lo anterior, se valida el proceso de adquisición de medicamentos e insumos medico quirúrgicos, el cual inicia con la identificación de las necesidades para realizar la compra efectuada por regentes de farmacia de cada sede pertenecientes a la UT SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. & D; en este sentido, es pertinente indicar que la UT está conformada por dos empresas, DACAPHARMA, encargada de la gestión administrativa de la UT; y SUMINISTROS Y DOTACIONES COLOMBIA S.A, como proveedor de los medicamentos e insumos medico quirúrgicos.

Una vez se identifica la necesidad, desde la sede ACA remiten correo electrónico cada 15 días para solicitud de compra a SUMINISTROS Y DOTACIONES COLOMBIA S.A, por lo que se solicitó el ultimo pedido, indicando que correspondía al de la primera quincena de marzo/2025, cuyo correo en el que se adjunta el pedido, fue enviado el 20 de febrero de 2025, en virtud de este; se indagó sobre la entrega de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos solicitados, informando que se presentaron faltantes, los cuales fueron solicitados nuevamente mediante correo electrónico del 11 de marzo/2025; es decir **13 días después**, el cual se muestra en la imagen a continuación:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.17. Correo solicitud medicamentos pendientes

----- Forwarded message -----

De: **CACE ALTA** <utcacealta@gmail.com>

Date: mar, 11 mar 2025 a las 10:05

Subject: SOLICITUD URGENTE DE PENDIENTES (ALTA COMPLEJIDAD)

To: SILVIA PAYARES <compras.ut01@gmail.com>, WILKE WILL MARQUEZ DE MOYA <wilkewillmarquez@gmail.com>, Lidis Figueroa <direcciontecnicautcacealta@gmail.com>, UT SERVICIO FARMACEUTICOS DEL ATLANTICO UTSD <ut.directortecnico@outlook.com>

Buenos días,
solicito de manera urgente el abastecimiento del servicio

SOLICITUD PARA LA ESE Y UCI NEO.
Anexo información.

--

FARMACIA PRINCIPAL (SEGUNDO PISO)
SEDE CARI ALTA COMPLEJIDAD
CLL 57 # 23 - 100 Barranquilla, Atlantico.
6053319538 EXT: 3138

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico a través de correo electrónico el 12/03/2025 Asunto" RV: SOLICITUD URGENTE DE PENDIENTES (ALTA COMPLEJIDAD)"

Es de resaltar el comentario realizado en el correo indicando *“solicito de manera urgente el abastecimiento del servicio”*, cuyo archivo adjunto, contiene la relación de los productos faltantes, correspondientes a:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro. 18. Productos faltantes pedido 20 de febrero 2025

productos	cantidades	OBSERVACION
CARVEDILOL 6,25MG	100	
ACIDO TRANEXAMICO AMP	100	URGENTE NEO
AMIKACINA 100MG	200	URGENTE NEO
BICARBONATO AMP	100	
BURETROL	100	URGENTE NEO
CAMPO ESTERIL	60	
CANULA DE GUEDEL No 4 UNIDAD	10	
CLORURO DE POTASIO AMPOLLA	200	
CLOTRIMAZOL TABLETA VAGINAL	50	
COMPRESAS	150	URGENTE NEO
DIPIRONA 1MG AMP	800	
DRENS PEN ROUSE 1/2 CAUCHO AMARILLO	6	
ENOXAPARINA 40MG AMP	100	
ENOXAPARINA 60MG AMP	50	
ENOXAPARINA 80MG AMP	50	
GELOFUSINE (SUSTITUTO PLASMATICO) SOLUCION CO	10	
GENTAMICINA OFTALMICA	8	
GLUTAMINA DIPTIVEN VIAL X 100ML	10	
LINEZOLID AMP	30	
MALLA PROLENE 30*30	1	
MIDAZOLAN 15MG AMP	1200	
MIDAZOLAN 5MG AMP	600	
MINOXIDIL TAB	100	
NEFOPAM ACUPAM AMP	80	
OMEPRAZOL 40MG AMP	300	
PAQUETE LAPAROTOMIA	80	
PARACETAMOL AMP	300	
PRazosina 1MG TAB	300	
PROPOFOL AMP	80	
RESUCITADOR MANUAL ADULTO (AMBU)	30	
VASOPRESINA AMP	100	
VENDA ELASTICA 4*5	48	
VENDA ELASTICA 5*5	48	
VICRYL 3 CON AGUJA ROMA	24	
VITAMINA C TAB	100	
AGUA ESTERIL 500ML	210	URGENTE NEO
SONDA NELATON 5	400	URGENTE NEO
CEFEPIME 1G	200	URGENTE NEO
POLIGLACTINA 910 3-0 AGE/2CILINDRICA 2.6CM 70 CM	216	
NOREPENIFRINA 4MG/4ML	100	
TUBO ENDOTRAQUEAL 7,0 C/B	30	

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico a través de correo electrónico el 12/03/2025 Asunto" RV: SOLICITUD URGENTE DE PENDIENTES (ALTA COMPLEJIDAD)"

Se observa listado con los productos y relación de las cantidades, en el que se encuentran en mayor numero medicamentos como Midazolam 15mg AMP (1.200), Dipirona 1mg (800), Midazolam 5mg AMP (600), Omeprazol 40mg AMP, Paracetamol AMP y Prazosina 1MG TAB (300), Amikacina 100MG; Cloruro de Potasio Ampolla y Cefepime 1G (200); e insumos medico quirúrgicos Sonda Nelaton 5 (400), Buretrol (100), Tubo Endotraqueal 7,0 C/B y Resucitador Manual Adulto (AMBU) (30), entre otros.

Así mismo se observan faltantes de medicamentos para el tratamiento del dolor en general, hipertensión, inflamación, anticoagulantes, antiarrítmicos, diuréticos, enfermedades pulmonares, antiácidos, antifibrinolíticos, broncodilatadores, para la esquizofrenia, restaurar el equilibrio de la flora intestinal, uterotónicos, antibióticos, anestésicos, entre

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

otros; lo que indica que la ESE, no ejecuta los planes de tratamiento prescritos por los médicos tratantes, al observarse en la farmacia la no disponibilidad de medicamentos que al ser ordenados y no tener existencias no son administrados a los pacientes, aspecto que se correlaciona con la falta de gestión contractual, aunado a los eventos adversos que se puedan presentar como complicaciones de los pacientes por la no prestación de los servicios de salud con accesibilidad, seguridad, pertinencia y oportunidad, situaciones que representan un altísimo riesgo en la atención de los usuarios.

Así las cosas, durante el recorrido realizado por el equipo auditor se evidenciaron estancias prolongadas, donde la historia clínica de algunos usuarios presenta registros del profesional tratante indicando la no disponibilidad de estos, generando riesgos en la seguridad de los pacientes. evidenciando que la ESE no garantiza la existencia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos como:

CACE ALTA COMPLEJIDAD

- Acido tranexámico ampolla X 500mg
- Ceftriazona ampolla X 1 gr
- Furosemida ampolla X 20mg

CACR Soledad

- Gelofusine (sustituto plasmático) 4% x 5000 ml solución inyetable
- Labetalol Clorhidrato x 5mg/ml
- Nifedipino x 10mg
- Hidralazina x 20mcg

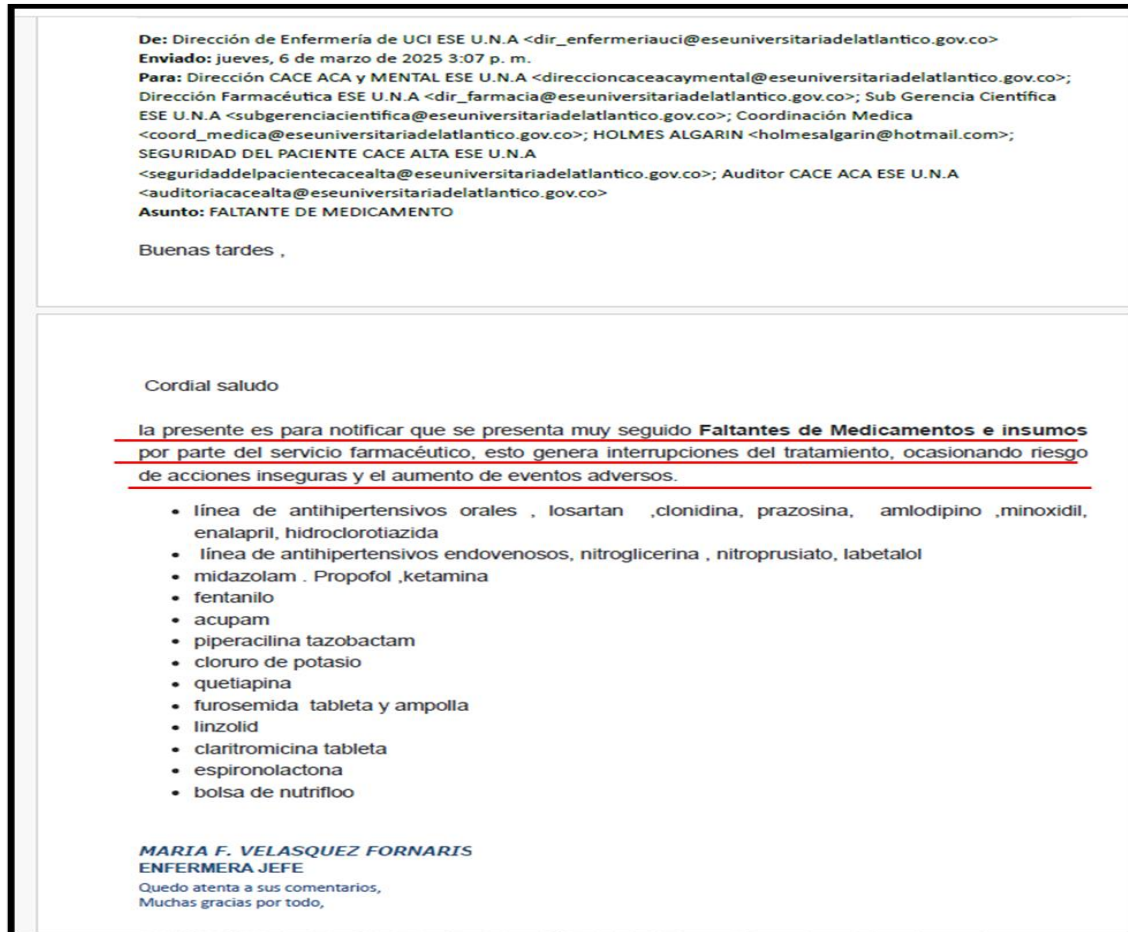
CACR Sabanalarga

- Enoxaparina x 40mg
- Enoxaparina x 60mg
- Dipirona x 1g
- Bupirof 0.5% pesado
- Aminofilina ampolla x
- Amiodarona ampolla x 150mg
- Bicarbonato de Sodio

Esta situación de faltantes de medicamentos es reiterativa, teniendo en cuenta lo evidenciado en los soportes aportados por la Químico farmaceuta, en el que se observa solicitudes que realiza a la Subgerencia Científica, la Firma de interventoría O&G, SyD Farmacia; así como desde los servicios de la ESE, sobre los medicamentos e insumos medico quirúrgicos faltantes para la atención, los cuales en las imágenes a continuación, se muestran algunos de ellos:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.19. Correo medicamentos faltantes 6/03/2025

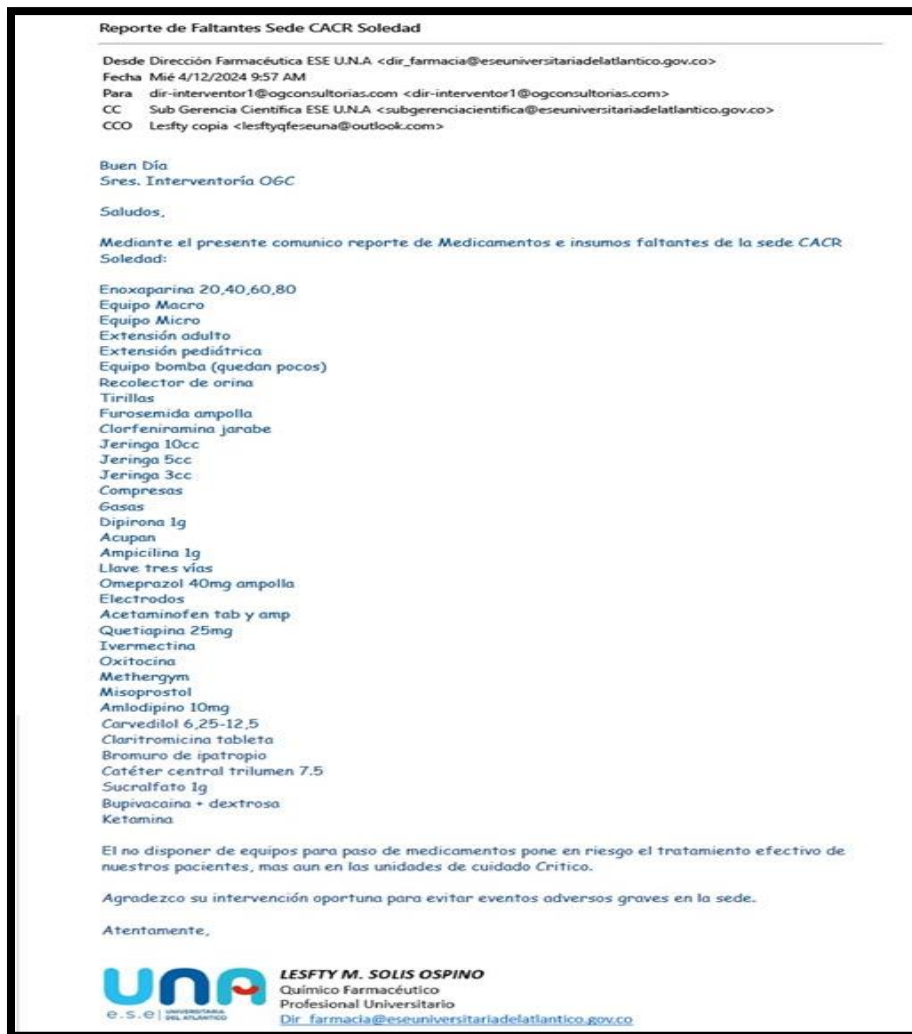


Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta "Requerimiento 2- Supersalud 12-03-2025", subcarpeta "Requerimiento 2- Supersalud 12-03-2025 - 2. Novedades Requerimientos QF- Farmacia"

Correo remitido por la Jefe de Enfermería de la UCI , en el que *refiere* "(...) la presente es para notificar que se presenta muy seguido Faltantes de Medicamentos e insumos por parte del servicio farmacéutico, esto genera interrupciones del tratamiento, ocasionando riesgo de acciones inseguras y el aumento de eventos adversos (...)" (subrayado fuera del texto)

Imagen nro.20. Correo medicamentos faltantes 4 de diciembre de 2024

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta “Requerimiento 2- Supersalud 12-03-2025”, subcarpeta “Requerimiento 2- Supersalud 12-03-2025 - 2. Novedades Requerimientos QF- Farmacia”

Correo remitido por la Dirección farmacéutica, en que reporta insumos y medicamentos faltantes en la sede CARC Soledad y en el que al final del correo indica:

“(…) El no disponer de equipos para paso de medicamentos pone en riesgo el tratamiento efectivo de nuestros pacientes, mas aun en las unidades de cuidado Critico.” (subrayado fuera del texto)

Agradezco su intervención oportuna para evitar eventos adversos graves en la sede. (…)

Imagen nro.21. Correo medicamentos faltantes 18 de marzo de 2024

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

RV: ESCASEZ DE MEDICAMENTOS

Desde Dirección Farmacéutica ESE U.N.A <dir_farmacia@eseuniversitariadelatlantico.gov.co>
Fecha Lun 18/03/2024 3:07 PM
Para interventoriafarmaciagp@gmail.com <interventoriafarmaciagp@gmail.com>
CC Sub Gerencia Científica ESE U.N.A <subgerenciadefarmacia@eseuniversitariadelatlantico.gov.co>; Sub Gerencia Corporativa ESE U.N.A <subgerenciadefarmacia@eseuniversitariadelatlantico.gov.co>
CCO Lesfty copia <lesftyqfeseuna@outlook.com>

Buena Días
QF. Martin
Interventor Gestión Plus

Comparto relación de faltantes reportados por el personal asistencial de la sede CACE Pediátrico, agradeciendo su gestión correspondiente para evitar la ocurrencia de eventos adversos, dado que se viene presentado esta situación hace varios días en todas las sedes de la ESE.

Muchas gracias por la atención prestada.

Atentamente,

 **LESFTY M. SOLIS OSPINO**
Químico Farmacéutico
Profesional Universitario
Dir_farmacia@eseuniversitariadelatlantico.gov.co

De: ENFERMERIA CACE PEDIATRICO <enfermeriacacepediatrico@eseuniversitariadelatlantico.gov.co>
Enviado: lunes, 18 de marzo de 2024 10:29
Para: Dirección Farmacéutica ESE U.N.A <dir_farmacia@eseuniversitariadelatlantico.gov.co>; SyD Farmacia <sydfarmacia@eseuniversitariadelatlantico.gov.co>; utsd.quimicopediatrico@syd.com.co <utsd.quimicopediatrico@syd.com.co>; RF CACE PEDIATRICO <utsd.regentepediatrico@syd.com.co>
Cc: Dirección CACE PEDIATRICO ESE U.N.A <direccioncacepediatrico@eseuniversitariadelatlantico.gov.co>; SEGURIDAD DEL PACIENTE CACE PEDIATRICO ESE U.N.A <seguridaddelpacientecacepediatrico@eseuniversitariadelatlantico.gov.co>; Garantía de la Calidad CACE PEDIATRICO ESE U.N.A <gcalidadcacepediatrico@eseuniversitariadelatlantico.gov.co>
Asunto: ESCASEZ DE MEDICAMENTOS

Cordial saludo:

Referente al asunto, insisto en gestionar de manera prioritaria la adquisición de medicamentos esenciales para la prestación de la atención a los pacientes de nuestra Sede Cace Pediátrico. Cada día son mas y mas los medicamentos que van escaseando, sin dar solución a esta problemática.

A continuación relaciono escasez de los siguientes medicamentos:

- ACETAMINOFEN JARABE
- SALBUTAMOL INHALADOR
- CATETER #22
- LORATADINA JARABE
- ENTEROGERMINA AMP BEBIBLES

Agradezco gestionar URGENTE dicha solicitud.
*AVISO LEGAL: La Privacidad y la Confidencialidad de la información aquí suministrada contienen

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta "Requerimiento 2- Supersalud 12-03-2025", subcarpeta "Requerimiento 2- Supersalud 12-03-2025 - 2. Novedades Requerimientos QF- Farmacia"

Correo remitido por el CACE pediátrico, con asunto "ESCACEZ DE MEDICAMENTOS", en el que refiere:

"(...) Referente al asunto, insisto en gestionar de manera prioritaria la adquisición de medicamentos esenciales para la prestación de la atención a los pacientes de nuestra Sede

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Cace Pediátrico. Cada día son mas y mas los medicamentos que van escaseando, sin dar solución a esta problemática. (subrayado fuera del texto)

A continuación relaciono escasez de los siguientes medicamentos:

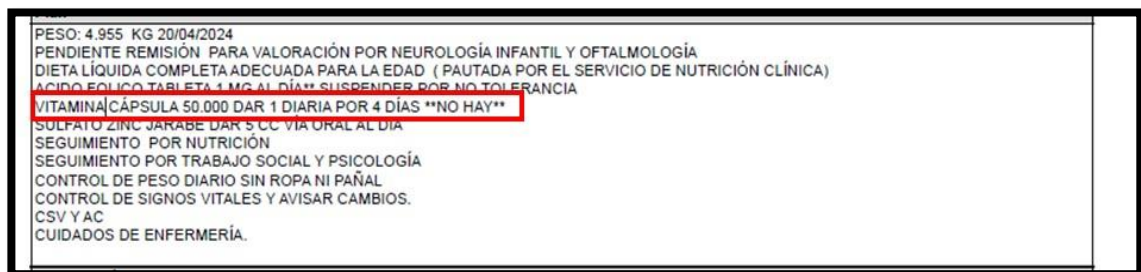
- ACETAMINOFEN JARABE
- SALBUTAMOL INHALADOR
- CATETER #22
- LORATADINA JARABE
- ENTEROGERMINA AMP BEBIBLES “(...)

Por lo cual, la Dirección farmacéutica reenvía correo a la Subgerencia científica y la firma de interventoría lo siguiente:

“(...) Comparto relación de faltantes reportados por el personal asistencial de la sede CACE Pediátrico,agradeciendo su gestión correspondiente para evitar la ocurrencia de eventos adversos, dado quese viene presentado esta situación hace varios días en todas las sedes de la ESE.(...)”.

En concordancia, durante recorrido por el equipo auditor, se solicitó soportes de Historia Clínica No. 1048337239, correspondiente a una lactante menor de 6 meses con diagnóstico de desnutrición global con componente agudo moderado, en el que se evidenció el siguiente registro “(...)VITAMINA A CAPSULA 50.000 DA 1 DIARIA POR 4 DIAS ****NO HAY****(...)”; como se muestra en la imagen a continuación:

Imagen nro.22. Medicamento no suministrado



Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

De lo anterior, es de resaltar que la **NO ADMINISTRACIÓN OPORTUNA** de este micronutriente constituye un riesgo relevante para el adecuado desarrollo cognitivo de la menor, considerando que, en el contexto de desnutrición aguda moderada o severa, es frecuente la deficiencia tanto de macronutrientes como de micronutrientes, los cuales son fundamentales para el metabolismo corporal, la integridad del sistema inmune y, especialmente, para el desarrollo de las funciones neurológicas de la menor

En consecuencia, se observa que desde la vigencia 2024 la situación de faltantes de medicamentos e insumos medico quirúrgicos, se viene presentando en la ESE, en el que

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

los servicios de la ESE y desde la Dirección Farmacéutica reiteran la escasez de estos, advirtiendo el riesgo de ocurrencia de eventos adversos; situación que pone en alto riesgo las condiciones de salud y vida de los pacientes atendidos; constituyéndose en el incumplimiento del numeral 3 y 21 de la Cláusula 2; del contrato de Asociación suscrito con la UT SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. & D.

De otra parte, se evidencia que paralelamente, realizan órdenes de suministro para la adquisición de medicamentos e insumos medico quirúrgicos, razón por la cual se solicitó la relación de estas, cuya información que se relaciona a continuación:

Tabla nro. 33. Relación de orden de suministros

No. De Contrato	Nombre del Contratista	Vigencia	Otrosí	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Objeto Contrato	Valor Contrato
2911-2024	SUMINISTROS MEDICOS LIFE	2024	OTROSI N°1 ADICION	24/06/2024	31/08/2024	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS REQUERIDOS PARA LA ATENCION EN SALUD EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	1.350.000.000
O.SUM 019-2024	SUMINISTROS MEDICOS LIFE	2024	N.A	1/06/2024	10/06/2024	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS REQUERIDOS PARA LA ATENCION EN SALUD EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO CACR SABANALARGA	46.246.760
O.SUM 055-2024	SUMINISTROS MEDICOS LIFE	2024	N.A	12/12/2024	31/12/2024	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS REQUERIDOS PARA LA ATENCION EN SALUD EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	80.000.000

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta "Requerimiento 2- Supersalud 12-03-2025", subcarpeta "Requerimiento 2- Supersalud 12-03-2025"

En la información aportada, se observa que en la vigencia 2024 suscribió un contrato por \$1.350.000.000 y dos Ordenes de suministros por un valor de \$ 126.246.760; situación que llama la atención, toda vez que cuentan con el contrato de asociación con la UT SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. & D.

En concordancia, se encontró un área en la oficina de la Química farmaceuta vinculada a la ESE; con almacenamiento de medicamentos e insumos medico quirúrgicos, que no cumple de las condiciones de almacenamiento, y que obedecen a los adquiridos mediante órdenes de compra de acuerdo con lo informado; por lo que se solicitó el inventario, identificando que tiene en cantidades 63.843 productos por un valor de \$176.708.687; situación preocupante ya que no se está salvaguardando los recursos, toda vez, que no se garantiza las condiciones establecidas por el fabricante situación que afecta en la conservación de estos y por ende su vida útil.

Así pues, se procedió a validar el inventario con las existencias físicas, en los que se encontró diferencias, las cuales se muestran a continuación:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 34. Diferencia inventario Bodega 29

MEDICAMENTO	CANTIDAD		DIFERENCIA
	INVENTARIO BODEGA 29	EXISTENCIA FISICA	
TRANEXAMICO ACIDO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 500MG/5ML	247	60	-187
PARACETAMOL (ACETAMINOFEN)100ML AMPOLLA (NEXT PAHARMA) AMPOLLA 100 ML	46	4	-42
FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE (BIOSANO) AMPOLLA 20 MG/2 ML	151	71	-80
LABETALOL HCI 100 MG/20 ML SOLUCION INYECTABLE (BLASKOV) AMPOLLA 100MG/20ML	45	19	-26
FUROSEMIDA TABLETAS 40 MG	0	30	30
NITROGLICERINA SOLUCION INYECTABLE 50 MG/10 ML (RYAN) AMPOLLA 50MG/10ML	61	30	-31

Fuente: Elaboración Equipo SNS

Lo anterior evidencia la falta de seguimiento y control por parte de la ESE ya que no se cuenta con un inventario actualizado de las existencias en el área de almacenamiento de la oficina de la Químico Farmaceuta, encontrándose diferencias de hasta 187 ampollas de TRANEXAMICO ACIDO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 500MG/5ML, o como el caso de la FUROSEMIDA TABLETAS 40 MG, del cual no se encontró registro.

En consecuencia, llama la atención la falta de disponibilidad del Acido tranexámico en el kit de emergencia obstétrica y farmacia satélite de salas de cirugía CACE Alta Complejidad; pese a ser un medicamento indicado en caso de emergencia gineco obstétrica con hemorragia activa, situación clínica que puede desencadenar rápidamente un estado de choque hipovolémico y llevar a la muerte materna si no se actúa con oportunidad; fue solicitado para compra a la UT SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. &. desde el 20 de febrero de 2025, con reiteración de la solicitud el 11 de marzo de 2025; sin embargo, pese a que en el área de la oficina de la Química Farmaceuta se encontraban 60 ampollas; en los servicios no se contaba con este medicamento.

Lo anterior, afecta la oportunidad, accesibilidad y continuidad de los tratamientos médicos ordenados por el equipo de salud, y por ende pone en alto riesgo las condiciones de salud y vida de los pacientes atendidos.

En conclusión, durante la visita realizada se evidenció faltantes de medicamentos e insumos mínimos necesarios para la prestación de los servicios de salud, adicionalmente, se observa órdenes de compra pese a contar con contrato de adquisición de estos suscrito con la UT SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. &. D, incurriendo en incumplimiento de las obligaciones contractuales, situación que No garantiza la atención en salud de manera oportuna, continua, segura, pertinente y accesible que responda a una debida planeación, seguimiento y control de los procesos de contratación y del servicio farmacéutico.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo nro. 9

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no garantiza la continuidad, seguridad, accesibilidad, y oportunidad de los servicios debido faltantes de medicamentos e insumos, por la falta de planeación, seguimiento y control de los procesos contractuales; generando alto riesgo de ocurrencia de eventos adversos tales como complicaciones de estado de salud y muerte de los pacientes, por la no ejecución de los planes de tratamiento ordenados por los médicos tratantes; incumpliendo lo dispuesto en el artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 del año 2016, literales a), y e) del artículo 6, artículo 8 y literales a), e), i) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2011. Numeral 3.8 artículo 3 Ley 1438 del 2011 y artículo 3, numeral 4.14 del artículo 4 de la Resolución 5185 de 2013.

Hallazgo nro. 10

El doctor PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GOMEZ, incumple las funciones como gerente, al no tomar acciones respecto a las irregularidades en la ejecución del contrato de Asociación No. 2778-2022 suscrito con la UT SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. & D, incumple lo dispuesto en el numeral 7 del artículo 4 del Decreto 139 de 1996.

2.3.1.5.2 Informes de Interventoría

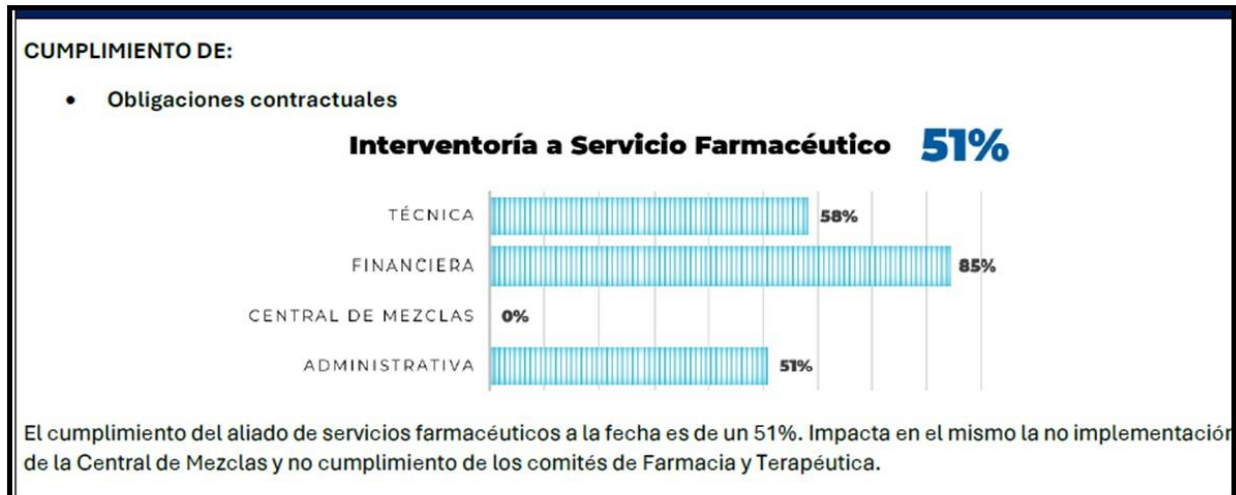
La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO suscribió contrato No. 2131-2025 el 1 de febrero de 2025 con O&G NEGOCIOS Y CONSULTORIAS S.A.S, cuyo objeto consiste en “(...)INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE Y JURIDICA A LOS CONTRATOS DE ASOCIACION No. 2768-2022, 2777-2022, 2778-2022, 001-2023 Y 002-2023 CUYOS OBJETOS ESTAN RELACIONADOS CON LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO (...)”, por valor de \$929.500.000 y un plazo de ejecución de 11 meses. Es de anotar que este contratista en la vigencia 2024, suscribió contrato No. 1880-2024, con fecha de inicio del 1/06/2024.

En tal sentido, se solicitó los informes de interventoría por medio del cual la ESE realiza el seguimiento técnico de la ejecución de los contratos, de manera que, para efectos de análisis, se tomó documento de resumen ejecutivo correspondiente al período del junio/2024 a octubre/2024 y la herramienta de seguimiento mensual de la ejecución de contrato con corte a enero/2025. Es de anotar, que el en desarrollo del presente informe cuando se describa los contratos de asociación, se traerá a colación los informes de interventoría en mención.

Así las cosas, en resumen ejecutivo del contrato suscrito UNIÓN TEMPORAL SERVICIOS FARMACÉUTICOS DEL ATLÁNTICO UT S&D, se presenta gráfica del cumplimiento de obligaciones contractuales, el cual se muestra en la imagen a continuación:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.23. Gráfica porcentaje cumplimiento contrato UNIÓN TEMPORAL SERVICIOS FARMACÉUTICOS DEL ATLÁNTICO UT S&D



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta "INFOR ADVERTENCIA PUNTO 14 P"

Se observa un porcentaje de cumplimiento general del 51%, el cual, se desagrega en obligaciones técnicas con el 58%, financieras 85%, central de mezclas 0% y administrativa 51%. A su vez, en el documento de acuerdo con los criterios evaluados, describe las situaciones particulares, las cuales se mencionan a continuación:

Criterio Obligaciones contractuales:

"(...) A corte del mes de octubre la calificación fue de 51% siendo los aspectos de índole financiero y administrativo los que más impactan en este Aliado. A pesar de una leve mejoría en el nivel de cumplimiento, persiste la falta de inversiones en la central de mezclas, lo cual está siendo documentado debidamente para que la ESE inicie las acciones correspondientes. (...)"

Criterio Oportunidad del servicio:

"(...) Se evidencia desabastecimiento de medicamentos e insumos especialmente en CACE Alta Complejidad y CACE pediátrico, esta situación es muy preocupante como quiera que el aliado no tiene explicaciones más allá de la falta de capital de trabajo. Sin embargo por la naturaleza y vitalidad de este servicio se están poniendo en riesgo la calidad de la atención de los pacientes y la responsabilidad de la entidad frente a un siniestro que afecte la integridad de los pacientes. (...)" (Subrayado fuera de texto.)

Criterio calidad de servicio:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

“(...) A la fecha se observan pocos avances en el tema de comités de farmacia, así mismo la situación de orden y falta de mantenimiento siguen igual. (...)”

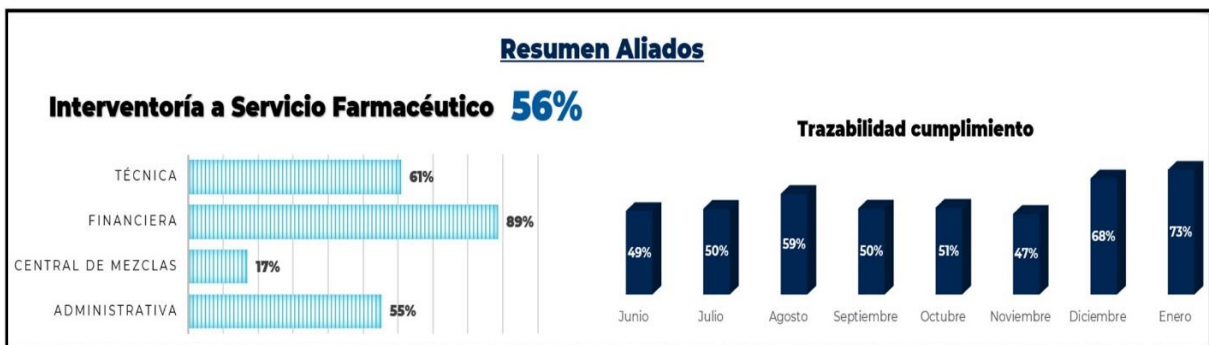
Criterio Infraestructura - dotación:

“(...) A la fecha no se ha iniciado el proceso de implementación de la Central de Mezclas. Espacios deficientes en CACE Pediátrico, Alta Complejidad y CACR Sabanalarga. (...)”

En consecuencia, se corrobora el incumplimiento de las obligaciones contractuales evidenciado durante la auditoria, y que se encuentra documentado en informe de interventoría, en donde se observa que el desabastecimiento de medicamentos se presenta desde la vigencia 2024, lo que sugiere ser un hecho reiterativo, generando riesgos a los pacientes por no ejecutarse los planes de tratamiento prescritos por los médicos tratantes, de manera que, puede conllevar a la ocurrencia de eventos adversos, situación que no garantiza una prestación de los servicios de salud con accesibilidad, seguridad, pertinencia y oportunidad a los usuarios que son objeto de atención en la ESE.

Por último, en la herramienta denominada “**MATRIZ DE AUDITORIA JUNIO 2024-ENERO2025**” mediante la cual monitorea el comportamiento del cumplimiento mensual de las obligaciones contractuales de los aliados, se observa:

Imagen nro.24. Resumen herramienta monitoreo aliados



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta “**INFOR ADVERTENCIA PUNTO 14 P**”

El porcentaje de cumplimiento del contrato es del 56%, el cual para el mes de enero/2025 presentó aumento del 73%, mayor resultado obtenido desde el inicio de la medición; y el mínimo en noviembre/2024, con un 47%.

3.1.4.3. Impacto Financiero del Contrato 2778 - Unión Temporal Servicios Farmacéuticos del Atlántico S & D

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Adicionalmente, en la revisión del *Informe de Gestión # 5 Servicios Farmacéuticos* realizado por la firma de interventoría O&G Negocios y Consultorías S.A.S. al contrato 2778 suscrito con la Unión Temporal Servicios Farmacéuticos del Atlántico S & D correspondiente al periodo diciembre 2024 y enero 2025, se evidenció el siguiente informe financiero de la ejecución del contrato:

Imagen nro.25. Extracto Informe de Gestión de Firma de Interventoría

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$241.840.000.000						
ADICIONES: 0		VALOR PAGADO AL ALIADO:			VALOR ANTICIPO: 0	
VALOR FACTURADO POR EL ALIADO A LA E.S.E VIGENCIA 2023: \$ 9.692.049.105						
	VALOR FACTURADO POR EL ALIADO A LA E.S.E VIGENCIA 2023			VALOR FACTURADO POR EL ALIADO A LA E.S.E VIGENCIA 2024		
MES	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	VALOR POR EJECUTAR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	VALOR POR EJECUTAR
ENERO		\$ 106.030.143	\$ 241.733.969.857		\$ 1.198.601.009	\$ 230.949.349.886
FEBRERO		\$ 407.591.009	\$ 241.326.378.848		\$ 1.010.258.762	\$ 229.939.091.124
MARZO		\$ 596.648.756	\$ 240.729.730.092		\$ 1.145.924.694	\$ 228.793.166.430
ABRIL		\$ 614.006.326	\$ 240.115.723.766		\$ 1.114.207.566	\$ 227.678.958.864
MAYO		\$ 661.157.636	\$ 239.454.566.130		\$ 1.198.008.894	\$ 226.480.949.970
JUNIO		\$ 919.001.490	\$ 238.535.564.640		\$ 712.485.761	\$ 225.768.464.209
JULIO		\$ 1.047.219.516	\$ 237.488.345.124		\$ 585.699.691	\$ 225.182.764.518
AGOSTO		\$ 1.167.646.484	\$ 236.320.698.640		\$ 987.826.362	\$ 224.194.938.156
SEPTIEMBRE		\$ 1.044.639.901	\$ 235.276.058.739		\$ 1.084.905.277	\$ 223.110.032.879
OCTUBRE		\$ 963.526.432	\$ 234.312.532.307		\$ 1.044.920.477	\$ 222.065.112.402
NOVIEMBRE		\$ 1.039.279.326	\$ 233.273.252.981		\$ 1.033.549.761	\$ 221.031.562.641
DICIEMBRE		\$ 1.125.302.086	\$ 232.147.950.895		\$ 1.021.028.303	\$ 220.010.534.338
		\$ 9.692.049.105				\$ 12.137.416.557
% EJECUCIÓN A DICIEMBRE 2024	9.0%	VALOR POR EJECUTAR A CORTE DICIEMBRE 2024	\$ 220.010.534.338	VALOR AVALADO PARA FACTURAR EN EL PRESENTE INFORME		\$ 1.021.028.303

Fuente: Informe de gestión # 5 Servicios Farmacéuticos al corte diciembre 2024 – enero 2025 entregado por O&G Negocios y Consultorías S.A.S. Cifras en pesos.

Se precisa, que para este contrato se suscribió otro Sí aclaratorio N.1 el 13 de febrero de 2023, con acta de inicio del 20 de junio de 2023, en el cual se aprobó un pago fijo mensual de \$198 millones por la operación integral de servicios que incluye gastos administrativos relacionados con el talento humano, los cuales no se encuentran sujetos al cumplimiento de las obligaciones pactadas, hecho que impacta el presupuesto de la ESE, toda vez que implica el pago de valores significativos indistintamente de las falencias en la prestación de los servicios pactados con la Unión Temporal, hecho que puede conllevar a desequilibrios financieros y en consecuencia un posible detrimento patrimonial.

Al contrastar el valor de la facturación expuesta en la imagen que precede por valor de \$12.137 millones versus el flujo de egresos reportado por la ESE en el numeral 95 del requerimiento de información, se reportaron pagos por valor de \$5.807 millones, esto es, existe un posible saldo por pagar de \$6.330, considerando que la forma de pago de conformidad con la cláusula cuarta del contrato 2778, precisa que la ESE debe pagar al aliado el valor resultante de la facturación que éste último realice.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Asimismo, al analizar la información financiera suministrada por la ESE, se evidenciaron cuentas por pagar al corte diciembre de 2024 por valor total de \$10.296 millones y costos asociados a la Unión Temporal Servicios Farmacéuticos del Atlántico S & D por \$11.848 millones, situación que sugiere:

- i. Deudas adicionales de la ESE con el aliado, toda vez que las cuentas por pagar reflejan un saldo de \$10.296 millones clasificadas en su totalidad como pasivo corriente en el Estado de Situación Financiera y las cuales, de conformidad con la relación de cuentas por pagar clasificada por edades, entregada en el numeral 92 de la solicitud de información, se clasifican en:
 - a) 58% (\$5.968 millones) como deudas entre 181 a 360 días
 - b) 25% (\$2.598 millones) como cuentas por pagar menores a 30 días
 - c) 11% (\$1.182 millones) como deudas mayores a 360 días
 - d) 5% (\$546 millones) como deudas entre 30 a 90 días

Al respecto, llama la atención la existencia de saldos no corrientes que no fueron presentados como tal en los estados financieros de 2024 y adicionalmente, que en la relación de pagos entregada en el flujo de egresos se identificó un total de \$1.264 millones de pagos que corresponden a facturas de 2023, esto es, deudas mayores a 360 días.

- ii. Probable subestimación de los costos reconocidos, ya que los mismos son inferiores al valor de la facturación reportada por el aliado, generando una diferencia de \$289 millones.

Al respecto en las notas a los estados financieros de 2024, únicamente se evidenció la revelación del saldo las cuentas por pagar, no obstante, solo se expuso el valor, sin ninguna descripción asociada que permitiera su entendimiento.

Es menester reiterar que la información financiera debe cumplir con las características que enuncia el Marco Conceptual para la preparación y presentación de información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, entre las que se incluyen:

“4.1.2. Representación fiel

22. La información financiera de propósito general representa fielmente los hechos económicos cuando la descripción del fenómeno es completa, neutral y libre de error significativo.

23. Una descripción completa incluye la información necesaria y las explicaciones pertinentes para que un usuario comprenda el hecho económico que está siendo representado.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

(...)

4.2.1. Verificabilidad

29. La verificabilidad le ayuda a asegurar a los usuarios que la información financiera de propósito general representa fielmente los hechos económicos que pretende representar. Verificabilidad significa que diferentes observadores independientes y debidamente informados podrían alcanzar un acuerdo, aunque no necesariamente completo, sobre la fidelidad de la representación de una descripción particular. Para ser verificable, la información cuantificada puede ser una estimación única o también un rango de posibles valores y probabilidades relacionadas.

(...)

4.2.3. Comprensibilidad

33. La comprensibilidad significa que la información está clasificada, caracterizada y presentada de forma clara y concisa”.

En consecuencia, las situaciones descritas permiten evidenciar la existencia de cláusulas contractuales que impactaron negativamente (como se observará en el capítulo de análisis presupuestal) el presupuesto de la ESE, y además generan incertidumbre acerca de la razonabilidad de las cifras contenidas en los estados financieros, puesto que las cuentas por pagar no son coincidentes con lo indicado en los diferentes archivos suministrados al equipo auditor y el costo no corresponde con la facturación emitida por el aliado.

En el desarrollo de acápites siguientes del presente informe, se exponen situaciones similares que confirman las falencias en el reconocimiento de las transacciones realizadas con los diferentes aliados de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico.

2.3.1.5.3 Otros Servicio farmacéutico

Durante la auditoría frente al servicio farmacéutico de la ESE se encontró:

Talento humano

El servicio farmacéutico debe estar dirigido por el recurso humano de acuerdo con el grado de complejidad así: Para mediana y alta complejidad debe ser químico farmacéutico y para baja complejidad químico farmacéutico o tecnólogo en regencia de farmacia. No obstante, en la baja complejidad es posible designar un auxiliar en servicios farmacéuticos cuando No exista disponibilidad en el área de tecnólogo en regencia de farmacia o de químico farmacéutico.

El servicio farmacéutico de la ESE está dirigido por el talento humano requerido de acuerdo con su grado de complejidad:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

✓ **CACE Alta Complejidad**

Cuenta con un (1) un químico farmacéutico coordinador técnico, como enlace con la unión temporal S Y D. Además, en la farmacia central se cuenta con un (1) químico farmaceuta, un (1) regente de farmacia y cuatro (4) auxiliares de farmacia, dos (2) digitadores, tres (3) practicantes en la mañana y tres (3) en la tarde.

El servicio farmacéutico de la ESE tiene una farmacia satélite ubicada en el servicio de salas de cirugía, con un (1) auxiliar de farmacia por turno y dos (2) practicantes.

✓ **CACE Pediátrico**

Cuenta con un (1) químico farmacéutico, dos (2) auxiliares de farmacia y un (1) regente.

✓ **CACE Mental**

La Sede de salud mental cuenta con un (1) químico farmacéutico, dos (2) auxiliares de farmacia, un (1) regente, dos (2) practicantes en la mañana y dos (2) en la tarde.

✓ **CACR Soledad**

Dispone de un (1) químico farmacéutico, un (1) regente de farmacia, tres (3) auxiliares de farmacia y un (1) digitador.

✓ **CACR Sabanalarga**

Dispone de un (1) químico farmacéutico y tres (3) auxiliares de farmacia.

Organización de los medicamentos y dispositivos médicos

Las IPS deben seleccionar, adquirir, recepcionar, almacenar, distribuir y dispensar medicamentos y dispositivos médicos. El almacenamiento debe realizarse de acuerdo con la clasificación farmacológica (medicamentos) en orden alfabético o cualquier otro método de clasificación, siempre y cuando se garantice el orden, se minimicen los eventos de confusión, pérdida y vencimiento. El sistema de dispensación de los dispositivos médicos y medicamentos debe garantizar que el lote más próximo a vencerse sea lo primero en entregarse.

En el numeral 47 de la solicitud e información ATFT06 se requirió, “Documento(s) que contengan el procedimiento de Selección, adquisición, Transporte, Recepción, Almacenamiento, Conservación, Control de fechas de vencimiento, Control de cadena de frío, Manejo de contingencias con la cadena de frío, Distribución, Dispensación, Devolución, Disposición final. Vigentes, Resolución Fondo Nacional de Estupefacientes”, para lo cual la ESE aportó documento denominado “PROCEDIMIENTO ALMACENAMIENTO Y CONSERVACION DE MEDICAMENTOS”, Código PT-PS-351 versión 3 de fecha octubre 2023, con el propósito de “Disponer los medicamentos y dispositivos médicos en sitio de almacenamiento y en condiciones físicas (temperatura, humedad, exposición a la luz, ventilación) y segregación (clasificación) que permita garantizar su adecuada conservación, disponibilidad, viabilidad, funcionalidad de uso, según las condiciones propias de la

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

institución y de acuerdo con las recomendaciones e indicaciones del fabricante”, alcance que va desde el ingreso de los medicamentos y dispositivos médicos al servicio farmacéutico, la clasificación de estos en los estantes, hasta la gestión de devoluciones y bajas.

Adicionalmente define, las **BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO (BPA)**, que son las políticas, actividades y recursos utilizados en el proceso de almacenamiento para garantizar que los medicamentos sean entregados al usuario final en óptimas condiciones de calidad y oportunidad que permitan cumplir su función: proteger, sanar o devolver la salud.

La institución No garantiza las buenas prácticas de almacenamiento (BPA), toda vez que se encontraron medicamentos en UCI adultos 1, que deberían ser devueltos a farmacia central, en condiciones inadecuadas de almacenamiento y sin ningún tipo de control, igualmente se evidenció almacenamientos inadecuados de dispositivos médicos, lo que no garantiza el mantenimiento de las características y propiedades de los medicamentos y dispositivos médicos, generando un riesgo al momento de utilizarlos.

Imagen nro.26. Tecnologías en salud almacenadas inadecuadamente



Fuente: Aportado por la entidad en el desarrollo de la auditoría realizada mediante Auto Nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Existencia de medicamentos y dispositivos médicos

El servicio o establecimiento farmacéutico debe tener criterios, procedimientos y recursos que permitan efectuar el control de inventarios. Este control se debe hacer especialmente mediante la evaluación de la rotación de inventario y del conteo físico comparado con el registro de existencias. Esto para que la IPS garantice la existencia de medicamentos y dispositivos médicos necesarios para atender a los pacientes según los servicios habilitados y prestados por los acuerdos de voluntades, según el numeral 3.6.3 y 3.6.4 "control de inventarios" del numeral 3.6 "control durante el proceso de almacenamiento" del numeral 3 capítulo II "procedimiento para los procesos generales" del Manual de

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007.

La ESE suministra documento denominado, “*PROCEDIMIENTO SELECCIÓN Y PROYECCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS*”, Código PT- PS-357, versión 2 de fecha agosto 2023, con el propósito de “*Establecer los pasos necesarios para la inclusión o exclusión de tecnologías en salud del listado Básico institucional, para brindar a los usuarios la prevención, tratamiento y diagnóstico de forma segura, oportuna y acorde a las necesidades de atención en salud de los pacientes*”. Con alcance que ve desde la elaboración del listado básico o desde el momento en que se genera la necesidad y/o defecto de calidad comprobado de la tecnología en salud (medicamento o Dispositivos medico), hasta que se genera la inclusión o exclusión del listado básico institucional previa autorización por el comité de farmacia y terapéutica.

Además, define proceso de adquisición que es el conjunto de actividades que realiza la institución para adquirir los medicamentos y dispositivos médicos que han sido incluidos en el listado básico, con el fin de tenerlos disponibles para la satisfacción de las necesidades de sus usuarios, así como la programación de necesidades, donde el servicio farmacéutico determina la cantidad de medicamentos y dispositivos médicos que requiere para cierto periodo, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del hospital, la población usuaria y/o consumo histórico, comparado con la definición de necesidades determinadas por los servicios y la oferta de servicios y el presupuesto disponible.

Control de fechas de vencimiento

En el documento denominado “*PROCEDIMIENTO ALMACENAMIENTO Y CONSERVACION DE MEDICAMENTOS*”, Código PT-PS-351 versión 3 de fecha octubre 2023, en el acápite Control de Fechas de Vencimiento describe QUE (Actividad), COMO (Descripción), QUIEN (responsable), DONDE (Documento), PUNTO DE CONTROL.

En la actividad 1, **Señalización próxima a vencer** describe que se parametriza la vida útil de los productos adquiridos, de la siguiente forma: Sticker con la leyenda próximo a vencer o sticker de color rojo: 0% a 20% de la vida útil, indicando que los medicamentos y dispositivos médicos ubicados en los servicios debían estar señalizados de esta manera. Seguido por **Control de vencimientos** donde se diligencia el formato de control de vencimientos ubicando los productos próximos a vencer de primero e indicando el vencimiento más próximo. El registro se verifica en sistema y en físico para mayor seguridad y como punto de control está el Software de inventario **del aliado**.

En la entidad No hay una adecuada coordinación y control de fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos médicos, toda vez que durante el recorrido por los diferentes servicios se observó medicamentos y dispositivos médicos con fecha de vencimiento expiradas, evidenciando falta de adherencia al mencionado proceso.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro. 35. Medicamentos y Dispositivos médicos con fechas de vencimiento expiradas

NOMBRE MX Y/O DM	PRESENTACION Y FF	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	CANTIDAD ENCONTRADA	OBSERVACIONES
PROCORALAN	TABLETAS 7.5MG	6040177	1/06/2024	10	MUESTRA MEDICA
TUBO TAPA AZUL	1ML	450539	5/12/2024	1	
MANGUERA CORRUGADA	N/A	N/A	N/A	1	
VACUTAINER	AGUJA	20290925	26/09/2024	1	
TUBO TAPA AZUL	1ML	450539	5/12/2024	52	
RESUCITADO	ADULTO	N/A	N/A	1	
METRONIDAZOL	Tabletas 500 mg	LCO2556A	1/11/2024	1260	
CARVEDILOL	Tabletas 6.25mg	CCL2761	1/08/2024	300	
FLUOXETINA	Tabletas 20 mg	22E410	1/10/2024	300	
BISACODILO	Tabletas 5 mg	C100161	1/01/2024	1000	
RALTEGRAVIR	Tabletas 100 mg	X009872	1/12/2024	240	
PRUEBA RAPIDA SIFILIS	Caja por 30	F1118T2E02	17/11/2024	330	
TRACOLIM	Suspension 50mg	1E3708D	1/12/2024	50	
BETAMETASONA	Crema	22G78	1/10/2024	80	
MASCARA LARINGEA	N° 10	191225	1/11/2024	1	
DETERGENTE ENZIMATICO		211215	1/12/2024	4	
ACETILCISTEINA	Sobres de 200 mg	C080965	1/08/2024	18	
NITROGLICERINA	Ampolla 50 mg/10ml	NTG-147	1/11/2024	34	
APLICADORES	Aplicador	612202312	6/12/2024		
GUIA DE INTUBACION	N°10	19K0461JZX	19/11/2024	1	
GEL CONDUCTOR	Gel	0182-22	30/09/2024	1	
TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALON	N°7	NR	NR	1	DM RE UTILIZADO ESTERILIZADO
RESUCITADOR MANUAL	PEDIATRICO	220790	11/07/2023	1	DM ABIERTO
SONDA O CANULA DE OXIGENO	PEDIATRICO	NR	NR	1	DM EN UN EMPAQUE DIFERENTE A SU EMPAQUE ORIGINAL
JUEGO DE MANGUERA	MANGUERA	NR	NR	3	DM FUERA DE SU EMPAQUE
MASCARA	ADULTO	NR	NR	3	DM FUERA DE SU EMPAQUE
MASCARA	PEDIATRICO	NR	NR	3	DM FUERA DE SU EMPAQUE
MANGUERA CORRUGADA	MANGUERA	NR	NR	2	

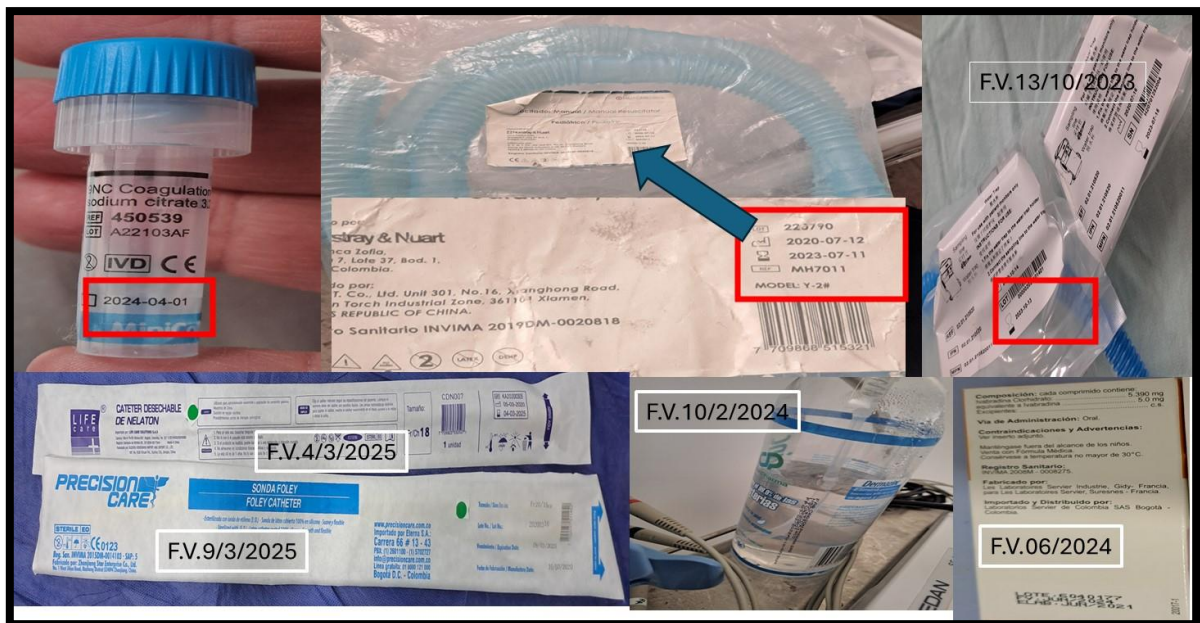
	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

NOMBRE MX Y/O DM	PRESENTACION Y FF	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	CANTIDAD ENCONTRADA	OBSERVACIONES
RESUCITADOR	RESUCITADOR	NR	NR	1	
CANULA GUEDEL	CANULA GUEDEL BLANCA	NR	NR	2	
CANULA GUEDEL	CANULA GUEDEL NEGRA	NR	NR	1	
NIPLE	NIPLE	NR	NR	1	
MASCARA OXIGENO	MASCARA ADULTO	NR	NR	4	
MASCARA OXIGENO	MASCARA PEDIATRICA	NR	NR	4	
MASCARA OXIGENO	MASCARA NEONATAL	NR	NR	7	
MASCARA ADULTO	N 5	NR	NR	2	
MASCARA OXIGENO	N 4	NR	NR	1	
RESUCITADOR MANUAL	ADULTO	1909261A	26/09/2024	1	
RECOLECTOR DE SPECIMEN		20210205	4/02/2024	350	
SONDA FOLEY	DOS VIAS 20FR	20200310	9/03/2025	2	
SONDA NELATON	N 18	KA20200305	4/03/2025	1	
JABON LIQUIDO A BASE DE ACIDO LACTICO	BOLSA 850 ML	230087852	1/02/2025	5	
SILDENAFIL	Tabletas 25 mg	U002490	1/01/2025	12	
KETOTIFENO	Jarabe 100 ml	82576	1/02/2025	39	
TRILEPTAL	Suspensión Oral	ADPAF2644	1/01/2025	1	
MASCARA VENTURY		F41910079	3/01/2025	1	
CATETER UMBILICAL		04022EL	4/02/2025	5	
PRUEBA DE EMBARAZO	Test	W001302031	24/02/2025	2	
DILUYENTE MUESTRA	Solución	so13725-204	13/02/2025	1	
TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALON	N ° 6,5	TN20200315	14/03/2025	1	
FORMULA LACTEA LIQUIDA	Frasco 70 ml	241042003	30/01/2025	24	
PRUEBA RAPIDA	METANFETAMINAS	ATMET23020010	15/02/2025	25	
SALBUTAMOL	INHALADOR 100MCG	EE30182	1/01/2025	3	
AMOXICILINA	POLVO ESTERIL 250MG/5ML	3307280	1/02/2025	1	

Fuente: información recolectada de la auditoría realizada mediante Auto Nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

Imagen nro.27. Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos con fechas de vencimiento expiradas

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022



Fuente: Registro fotográfico de la auditoría realizada mediante Auto Nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Así las cosas, se concluye que la ESE cuenta con un proceso documentado para el control de fechas de vencimiento, no obstante, se evidencian deficiencias en la farmacia, lo que alude a la no adherencia por parte del talento humano a lo descrito institucionalmente, queda el compromiso de la entidad para realizar la disposición final de dichos medicamentos y dispositivos médicos.

Condiciones para la conservación de los medicamentos y dispositivos médicos

Las IPS deben garantizar las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativas controladas, así como los registros permanentes de estas variables para garantizar que estas se adecuen a las recomendaciones del fabricante, según el Numeral 9 del artículo 2.5.3.10.7 del Decreto 780 de 2016; literales d), g) y h), del numeral 1.1 "condiciones locativas" del numeral 1 "infraestructura física" del capítulo II "servicio farmacéutico Hospitalario" del Título I del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007.

Es importante controlar la temperatura y humedad de los medicamentos y dispositivos médicos ya que si no es controlada genera deterioro a través de crecimiento de microorganismos como hongos y bacterias, además produce reacciones químicas de oxidación de los componentes de los medicamentos y deterioro de la forma farmacéutica del producto como ablandamiento y cambio de color (tabletas). A los medicamentos que son sensibles a la humedad se les denomina HIGROSCÓPICOS, la humedad relativa máxima aceptada para el almacenamiento de los medicamentos es hasta 67%.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En el documento “*PROCEDIMIENTO ALMACENAMIENTO Y CONSERVACION DE MEDICAMENTOS*”, Código PT-PS-351 versión 3 de fecha octubre 2023, en las disposiciones generales contiene los criterios de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, donde se menciona que se organizarán teniendo en cuenta sus características, como el volumen, inflamables, termolabilidad, si son medicamentos de control especial y forma farmacéutica. También establece:

“(...) Fotosensibles: deben almacenarse protegidos de la luz.

Termolábiles: deben almacenarse a temperaturas especificadas de conservación, para evitar la alteración por el calor

(productos biológicos, medicamentos que requieren almacenarse en refrigeración.

Freezer: es cualquier temperatura mantenida termostáticamente entre -25°C y -10°C .

Frío: es cualquier temperatura que no exceda 8°C .

Heladera o refrigerador: es un lugar fresco donde la temperatura se mantiene termostáticamente entre 2°C y 8°C . Fresco: se define como cualquier temperatura entre 8°C y 15°C .

Temperatura ambiente: es la temperatura mantenida termostáticamente entre 20°C y 25°C (rango 15°C y 30°C). Cálido: es

cualquier temperatura entre 30°C y 40°C .

Calor excesivo: es cualquier temperatura por encima de 40°C (...).

Asimismo, indica, “**Las áreas de almacenamiento deben poseer termohigrómetros calibrados para el control de temperatura y humedad relativas**”. Subrayado fuera del texto.

Durante los recorridos realizados por las diferentes áreas de la entidad, se evidencia que no cuenta con la totalidad de termohigrómetros que se requieren para realizar el control, teniendo en cuenta que en algunas áreas donde se almacenan medicamentos y dispositivos médicos no estaba presente este dispositivo, por ejemplo, donde están ubicados los kits para post exposición adultos y niños, código rojo, emergencias obstétricas, derrames, evidencia forense, sometidos a altas temperaturas.

Mantenimiento de la cadena de frío

El literal k) del numeral 3.2 Condiciones de las áreas de almacenamiento de la Resolución 1403 del 2007 establece el mantenimiento de la cadena de frío, indicando que los medicamentos que requieran refrigeración serán almacenados en cuartos fríos, refrigeradores o congeladores. Se debe contar con un plan de emergencia que garantice el mantenimiento de la cadena de frío, en caso de interrupciones de la energía eléctrica. Adicionalmente, deberá disponerse de mecanismos que registren la temperatura.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

La ESE soporta en el documento “*PROCEDIMIENTO ALMACENAMIENTO Y CONSERVACION DE MEDICAMENTOS*”, Código PT-PS-351 versión 3 de fecha octubre 2023, en el acápite de control de las condiciones de almacenamiento lo siguiente:

“(…) Control de cadena de frío, manejo de contingencias con la cadena de frío

- *Recepción técnica medicamentos que requieren control cadena de frío*

Descripción de Actividades:

- *Verificar la temperatura, de los empaques o embalajes (Nevera de poliestireno expandido (Icopor)), al momento del ingreso de los medicamentos al servicio farmacéutico, mediante el termómetro de punzón, mediante el cual se mide la temperatura...*

Al momento de la dispensación y/o distribución, siempre notificar a quien recibe el medicamento, sobre la necesidad de conservar la cadena de frío para el medicamento o medicamentos dispensados o distribuidos.

- *La nevera está instalada en un lugar amplio, de fácil acceso, para que se puedan llevar a cabo las actividades de mantenimiento y limpieza, se deben ubicar a unos 15 centímetros de distancia de la pared para facilitar que circule el aire por todas sus caras y que el calor generado por estos se disperse y solo debe tener acceso el personal del Servicio Farmacéutico. Siempre se debe verificar que estén correctamente conectadas directamente a la red eléctrica y nunca a derivaciones o extensiones, para evitar desconexiones accidentales.*

- *Las neveras son de uso exclusivo para el almacenamiento de medicamentos, no alimentos, bebidas, reactivos químicos y cualquier otro producto que pueda interferir con la seguridad de los productos*

Las bandejas que contiene la nevera deben permanecer limpias y evitar la acumulación de líquidos.

En el exterior de la nevera se deben ubicar un aviso que informe:

- *Uso exclusivo para medicamentos.*
- *No desconectar de la red eléctrica (...).*

Las neveras utilizadas para el almacenamiento de medicamentos que requieren cadena de frío, se evidencian en condiciones higiénicas no adecuadas, falta de mantenimiento, además con empaque deteriorados algunas presentan al interior desechos situación que genera riesgo al momento de administrar los medicamentos, considerando que dadas las circunstancias de dichos medicamentos se puede generar un evento adverso. Lo anterior indica que NO garantiza la cadena de frío de los medicamentos que requieren refrigeración.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.28. No garantía cadena de frio



Fuente: Registro fotográfico de la auditoría realizada mediante Auto Nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Reempaque de medicamentos

Es el procedimiento técnico que tiene por objeto pasar de un empaque mayor a otro menor debidamente identificado en su etiqueta, que contiene la dosis unitaria de un medicamento prescrito por un facultativo, para ser administrado a un paciente ambulatorio (en el caso de atención domiciliaria) u hospitalizado.

El artículo 13 de la Resolución 1403 del 2007, establece, “(...) *implementación obligatoria del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria (...)*”. El cual es de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud de Mediana y alta complejidad, sea cual fuere su naturaleza.

El numeral 4.3 Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria del numeral 4. Distribución de Medicamentos y Dispositivos Médicos del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007, indica, “(...) *Los servicios farmacéuticos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de segundo y tercer nivel de complejidad deberán implementar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, de acuerdo con las condiciones esenciales, criterios y procedimientos establecidos en el presente Manual, la resolución que lo adopta y los expedidos por el Comité de Farmacia y Terapéutica en desarrollo de los mismos(...)*”.

Así mismo, el artículo 2.5.3.10.17 del Decreto 780 de 2016, señala que, “(...) *Los servicios farmacéuticos de las instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad deberán implementar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, de acuerdo*

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

con las condiciones, criterios y procedimientos establecidos en la normatividad vigente y los que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico. (...)”.

La ESE cuenta con un acuerdo de voluntades suscrito con la Unión Temporal Servicios Farmacéuticos del Atlántico UT S & D, que debe garantizar reempaque de tabletas; a pesar de contar con dicho contrato se encontró en el área de almacenamiento del servicio farmacéutico tabletería no re empacada por el proveedor externo.

Imagen nro.29. Tabletería no re empacada



Fuente: Registro fotográfico de la auditoría realizada mediante Auto Nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Reenvase de Medicamentos

De acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la resolución 1403 de 2007, instaure que, dentro del sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, el protocolo de reempaque y **reenvase** de medicamentos para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios en casos especiales, y su numeral 2 indica los siguientes aspectos:

“(...) Actividades propias del reempaque y reenvase. Deberán cumplir con criterios técnicos para los procedimientos de reempaque y reenvase. Cada procedimiento contendrá de manera sucesiva los distintos pasos que deben realizarse hasta llegar al resultado final, incluyendo los mecanismos de control y resolución de problemas que se presenten durante su desarrollo (...)”.

Igualmente, el numeral 1.2.2 Servicio farmacéutico hospitalario de mediana y alta complejidad del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007, establece, *“(...) En todo caso, las áreas garantizarán la aplicación de las buenas prácticas del o los respectivo(s) proceso(s). b) Área de reempaque y reenvase (...)”.*

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

El numeral 4.3.1 Condiciones técnicas y científicas esenciales del numeral 4.3 Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007, establece que, “(...) El servicio farmacéutico deberá cumplir básicamente las siguientes condiciones técnicas y científicas, en la implementación del sistema: a) Área especial Contará con un área especial donde se realizarán las actividades y/o procesos de reenvase, reempaque, preparación de cajetillas y demás actividades necesarias (...)”.

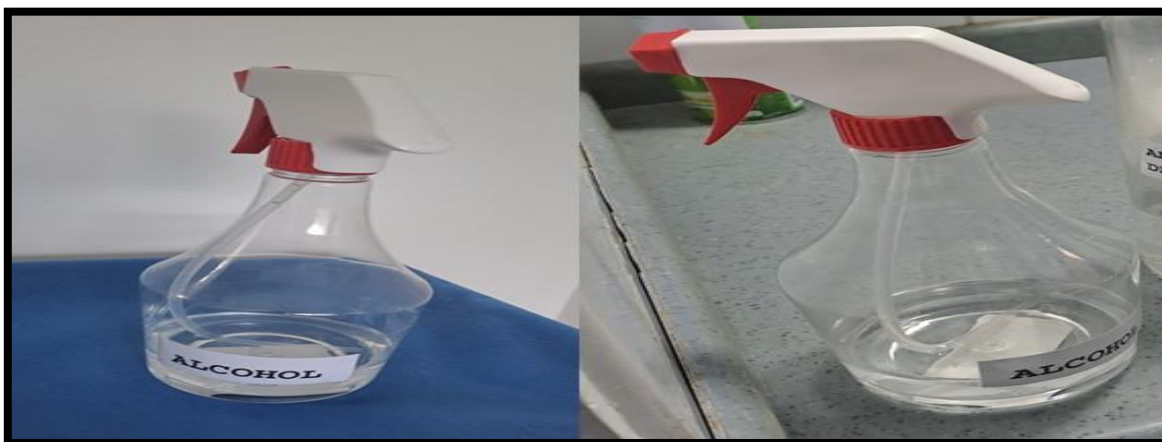
Asimismo, el numeral 4.3.2 De las etiquetas o rótulos, IBIDEM, dispone, “(...) Las etiquetas o rótulos de los medicamentos que se reempaquen o **reenvasen** deben asegurar la máxima legibilidad, contraste y durabilidad.

Además, contendrán básicamente la siguiente información:

- Nombre del medicamento en la denominación común internacional.
- Forma farmacéutica.
- Concentración del contenido final.
- Indicaciones especiales de almacenamiento, preparación.
- Fecha de vencimiento.
- lote (...).

Llama la atención que en los diferentes servicios de la ESE se identifica medicamento reenvasado como: Alcohol antiséptico, con rótulos sin la información correspondiente, los envases utilizados para este reenvase son de plástico, se solicitó el protocolo institucional para el reenvase de éste, el cual no fue suministrado. Lo anterior no está permitido teniendo en cuenta que al realizar dicha actividad se pierde las características originales del medicamento.

Imagen nro.30. Reenvase de Medicamentos



Fuente: Registro fotográfico de la auditoría realizada mediante Auto Nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Prohibiciones en la dispensación del servicio farmacéutico

El literal g) del numeral 3.3 del numeral 3. Recepción y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos del del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007 establece la prohibición de recepción o tenencia de muestra médicas: Se prohíbe la recepción o tenencia de muestras médicas en los servicios farmacéuticos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud

Así como de dispensar medicamentos alterados o fraudulentos y; permitir la existencia de envases y empaques vacíos, en donde no se esté autorizado para realizar los procesos de reenvase o reempaque de medicamentos.

Durante los recorridos realizados por la ESE se evidencia que presenta muestras médicas en el servicio de UCI Adultos y hospitalización.

Así las cosas, se concluye que el servicio farmacéutico presenta falencias, toda vez que: i) presenta almacenamiento inadecuado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos; ii) no garantiza el control de fechas de vencimiento y conservación de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos, iii) no controla las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos; iv) NO garantiza la cadena de frío de los medicamentos que requieren refrigeración o congelación; v) No garantiza el reempaque de tabletería; vi) reenvase de medicamentos; vii) no cuenta con los medicamentos de acuerdo con lo establecido por el prestador en sus procesos prioritarios; viii) No cumple con la prohibición relacionada con la tenencia de muestras médicas, ix) no genera acciones de mejoramiento que impacten de manera definitiva la disponibilidad de tecnologías necesarias para la prestación de servicios de salud, x) presenta fallas en el procedimiento dedevolución de medicamentos a la farmacia.

Hallazgo nro. 11

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en el servicio farmacéutico NO satisface los requerimientos y exigencias para su funcionamiento, toda vez que: i) presenta almacenamiento inadecuado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos; ii) no garantiza el control de fechas de vencimiento y conservación de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos, iii) no controla las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos; iv) NO garantiza la cadena de frío de los medicamentosque requieren refrigeración o congelación; v) No garantiza el reempaque de tabletería; vi) reenvase de medicamentos; vii) no cuenta con los medicamentos de acuerdo con lo establecido por el prestador en susprocesos prioritarios; viii) No cumple con la prohibición relacionada con la tenencia de muestras médicas, ix) no genera acciones de mejoramiento que impacten de manera definitiva la disponibilidad de tecnologías necesarias para la prestación de servicios de salud, x) presenta fallas en el procedimiento dedevolución de medicamentos a la farmacia; incumpliendo lo establecido

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

en el numeral 1 y 9 del artículo 2.5.3.10.7 y el artículo 2.5.3.10.17, del Decreto 780 de 2016; numeral 8.3.1.4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos del numeral 8.3.1. Estándares de habilitación, del numeral 8.3. condiciones de capacidad tecnológica y científica, numerales 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 y 4.11 del numeral 4, numeral 12 del numeral "estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos" del numeral 11.1.4 "Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos" del numeral, 11.1 "estándares y criterios aplicables a todos los servicios" del numeral 11 "estándares y criterios de habilitación", del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019. Literales h) e i), del numeral 1.1 "condiciones locativas" del numeral 1 "infraestructura física" del capítulo II "servicio farmacéutico Hospitalario" del Título I; numeral 3.6.5 "control de fechas de vencimiento" del numeral 3.6 "control durante el proceso de almacenamiento" del numeral 3, Literal k) del numeral 3.2 "condiciones de las áreas de almacenamiento" del numeral 3 "recepción y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos"; artículo 13 y 15, numerales 4.3.1 y 4.3.2 del numeral 4.3 Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria del numeral 4. Distribución de Medicamentos y Dispositivos, numeral 1.2.2 Servicio farmacéutico hospitalario de mediana y alta complejidad; numerales 5.4.1 y 5.4.2 "control de reservas" del numeral 5.4 "control durante el proceso de dispensación" del numeral 5 "dispensación de medicamentos" del capítulo II "procedimientos para los procesos generales" del Título II del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007, artículo 15 de la resolución 1403 de 2007

2.3.1.6 PROCESOS JUDICIALES

Se solicita a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO la relación de procesos judiciales, para lo cual proporciona documento denominado "*Procesos judiciales*", en la que se observa que no se registra la totalidad de los datos, no obstante de la información aportada relacionan un total de 12 procesos, los cuales se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla nro. 36. Procesos judiciales

Proceso	2022	2023	2024	Total
Ejecutivo	1	4	6	11
Nulidad y restablecimiento del derecho	1			1
Total	2	4	6	12

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta 28 "Procesos Judiciales"

Se observa que, de los 12 procesos, 11 son ejecutivos y 1 de Nulidad y restablecimiento del derecho, de los cuales 2 procesos cuentan con fallo. Así mismo, 11 registran como Clasificación de Riesgo Probable, 7 de ellos con probabilidad de pérdida de 70% y 4 con el 0%; y 1 tiene como clasificación de riesgo Remota con el 10% de probabilidad de pérdida.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

2.3.1.6.1 Metodología para el reconocimiento técnico para el cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y trámites arbitrales en contra de la ESE.

En relación con la determinación de provisiones generadas en atención a probables o posibles pérdidas en procesos judiciales en contra de las entidades públicas, el artículo primero de la Ley 448 de 1998 establece lo siguiente:

“(...) De conformidad con las disposiciones de la Ley Orgánica del Presupuesto, la Nación, las Entidades Territoriales y las Entidades Descentralizadas de cualquier orden deberán incluir en sus presupuestos de servicio de deuda, las apropiaciones necesarias para cubrir las posibles pérdidas de las obligaciones contingentes a su cargo.

El Gobierno Nacional reglamentará la metodología sobre los términos para la inclusión de estas obligaciones en los presupuestos de las entidades a que hace referencia el inciso anterior, puediendo distinguir en su tratamiento las obligaciones contingentes que se hubiesen adquirido con anterioridad a la entrada en vigencia de esta ley y las futuras. (...)” (Subrayado fuera de texto)

En línea con lo anterior, y a partir de un trabajo conjunto entre la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y la Contaduría General de la Nación, fueron alineados los aspectos técnicos que inciden en el tratamiento de las provisiones en aplicación de los marcos técnicos de contabilidad e información financiera vigentes, señalando el alcance de la metodología y verificando su consistencia con los tratamientos contables.

Producto de este ejercicio articulado, mediante Resolución 353 de 2016, la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, “(...) *adopta una metodología de reconocido valor técnico para el cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y trámites arbitrales en contra de la entidad*”.

En esta metodología se establece que a los apoderados de cada proceso les corresponde evaluar la calificación del riesgo procesal y, junto con el área financiera, determinar la provisión contable, con el objeto de que exista congruencia entre estos dos elementos.

Igualmente, esta resolución señala los siguientes cuatro (4) pasos en los que deben participar el apoderado del proceso y el encargado del área financiera:

- Determinar el valor de las pretensiones: el apoderado debe definir el valor de la pretensión del demandante, sumando todas las pretensiones de la demanda.
- Ajuste del valor de las pretensiones: el apoderado debe indexar el valor de las pretensiones, luego efectuar su tasación real y, por último, con base en la duración estimada del proceso, expresar el valor anterior en valor presente neto.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

c) Cálculo de la probabilidad de pérdida del proceso: el apoderado debe calificar el nivel de los siguientes riesgos (empleando la escala ALTO, MEDIO ALTO, MEDIO BAJO o BAJO):

- Riesgo de pérdida del proceso por relevancia jurídica de las razones de hecho y derecho expuestas por el demandante.
- Riesgos de pérdida del proceso asociados a la contundencia, congruencia y pertinencia de los medios probatorios que soportan la demanda
- Presencia de riesgos procesales y extraprocesales
- Riesgo de pérdida del proceso asociado al nivel de jurisprudencia

d) Registrar el valor de las pretensiones: teniendo en cuenta la probabilidad de pérdida del proceso, el apoderado registrará el proceso en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa, así:

- Si la probabilidad de pérdida se registra como ALTA (más del 50%), el apoderado registra el valor de las pretensiones ajustado como provisión contable.
- Si la probabilidad de pérdida se califica como MEDIA (superior al 25% e inferior o igual al 50%), el apoderado registrará el valor "0" en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa y comunicará al área financiera el valor de las pretensiones ajustado para que sea registrado como cuenta de orden.
- Si la probabilidad de pérdida se califica como BAJA (entre el 10% y el 25%), el apoderado registrará el valor "0" en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa y comunicará al área financiera el valor de las pretensiones ajustado para que sea registrado como cuenta de orden.
- Si la probabilidad de pérdida se califica como REMOTA (inferior al 10%), el apoderado registrará el valor "0" en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa y el área financiera no deberá registrar esta información.

Una vez realizado el referido proceso, el apoderado del proceso informará al encargado del área financiera sobre el valor a registrar como provisión contable o como cuenta de orden en los estados financieros de la entidad.

Por otro lado, en el marco de las facultades regulatorias en cabeza de la Contaduría General de la Nación respecto del Régimen de Contabilidad Pública, al tenor de lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1314 de 2009, se expidió la Resolución nro. 310 de 2017, mediante la cual fue incorporado al Marco Normativo para Empresas que no Cotizan en el Mercado de Valores y que no Captan ni Administran Ahorro del Público, el procedimiento contable para registrar los procesos judiciales, arbitrajes, conciliaciones extrajudiciales y embargos sobre cuentas bancarias.

A través de la Resolución nro. 082 de 2021, la Contaduría General de la Nación, respecto de los procesos judiciales en contra de la entidad, estableció la necesidad de utilizar una metodología ajustada a los criterios de reconocimiento y revelación contable en el marco de la norma de Provisiones y Pasivos Contingentes, con el fin de evaluar la probabilidad de

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

pérdida de los procesos, identificando la existencia de obligaciones remotas, posibles o probables. En este sentido, permitió adoptar la metodología establecida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, contenida en la Resolución nro. 353 de 2016.

Es importante tener en cuenta que este procedimiento contable se encuentra en el marco de las Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos incorporadas mediante Resolución nro. 414 de 2014 y modificatorios por la Contaduría General de la Nación, dentro de las cuales se contempla el tratamiento de las provisiones y pasivos contingentes, así como la adopción de políticas contables por parte de la entidad.

Por lo anterior, en desarrollo de la auditoría se solicitó a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO que allegara la metodología adoptada para el reconocimiento técnico para el cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y trámites arbitrales en contra de la entidad, frente a lo cual, entregan certificación emitida por el Jefe de la Oficina Asesora jurídica y que se presenta en la imagen a continuación:

Imagen nro.31. Certificación metodología de cálculo de la provisión contable de proceso judiciales



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta 29 "Provisión Contable procesos judiciales"

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Así las cosas, en el numeral a continuación se describe lo evidenciado frente a la aplicación de la metodología.

2.3.1.6.2. Provisiones y contingencias.

En la revisión del archivo en Excel entregado por la ESE en el numeral 28 del requerimiento de información denominado “*Procesos judiciales*”, se observó que los procesos informados fueron categorizados de la siguiente manera:

- Siete (7) procesos con calificación de riesgo *Probable*, con una probabilidad de pérdida del 70%, por valor de \$12.875 millones. Este valor según el archivo Excel, fue clasificado registrado contablemente en cuentas de orden.
- Cuatro (4) procesos con calificación de riesgo *Probable*, con una probabilidad de pérdida del 0%, sin valor contingente estimado ni afectación en cuentas de orden.
- Un (1) proceso con calificación de riesgo *Remota*, con una probabilidad de pérdida del 10%, sin valor contingente estimado ni afectación en cuentas de orden.

Sobre la definición del concepto de *probable* el numeral 4 del párrafo 6.1 del Capítulo II de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos precisa que:

*“Una obligación es probable cuando la probabilidad de ocurrencia es más alta que la probabilidad de que no ocurra, lo cual conlleva al reconocimiento de una **provisión**”* (negrilla fuera del texto original)

Asimismo, el *Procedimiento Contable para el registro de los procesos judiciales, arbitrajes, conciliaciones extrajudiciales y embargos sobre cuentas bancarias* expedido por la Contaduría General de la Nación, en su numeral 2.4 refiere:

*“Cuando se establezca que la obligación es probable, esto es, cuando la probabilidad de pérdida del proceso es más alta que la probabilidad de no pérdida, deberá constituirse una **provisión** por el valor que refleje la mejor estimación del desembolso que se requeriría para cancelar la obligación presente”* (negrilla fuera del texto original)

Por lo anterior, el equipo auditor:

- ✓ No evidenció la constitución de provisiones respecto de los procesos clasificados como probables, razón por la cual el pasivo total de la ESE se encuentra subestimado.
- ✓ Observó procesos clasificados como *probables* con una probabilidad de pérdida de 0%, situación que, de conformidad con la definición expuesta previamente, no es

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

consistente. Así como tampoco lo es que un a proceso clasificado como *remoto* se le haya asignado una probabilidad mayor de ocurrencia (10%).

- ✓ El valor presentado en el estado de situación financiera de 2024 como pasivos contingentes por *litigios y mecanismos alternativos de solución de conflictos* fue de \$558 millones, los cuales difieren del total indicado en el archivo Excel.

En consecuencia, se evidencia que la ESE no reconoció provisiones en sus estados financieros, aun cuando en 2024 mantuvo procesos judiciales con ocurrencia probable, que ameritaban su reconocimiento, situación que impactó el total de los pasivos presentados en el estado de situación financiera.

Hallazgo nro. 12

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico subestimó el total de sus pasivos y presentó falencias relacionadas con la clasificación de riesgo de sus procesos judiciales impactado así la relevancia de su información financiera, toda vez que: i) No constituyó provisiones para los procesos judiciales que fueron clasificados como probables con un 70% de ocurrencia, ii) asignó probabilidades de pérdida de 0% a procesos judiciales clasificados como probables, hecho que no es coherente con su naturaleza, iii) asignó una mayor probabilidad de pérdida a los procesos remotos que a los probables y vi) presentó diferencias entre los valores estimados versus los reconocidos en las cuentas de orden. En consecuencia, infringió los párrafos 17 al 19 y 22 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público y los numerales 1 al 6 del párrafo 6.1 del Capítulo II de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y el numeral 2.4 del Procedimiento Contable para el registro de los procesos judiciales, arbitrajes, conciliaciones extrajudiciales y embargos sobre cuentas bancarias expedido por la Contaduría General de la Nación e incurrió en la infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

2.3.1.7 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS

En el marco de las Leyes 1966 de 2019¹, 1474 de 2011², 2155 de 2021³ y 2195 de 2022⁴ y las funciones de inspección, vigilancia y control establecidas en el Decreto 1080 de 2021 y modificatorios de la Superintendencia Nacional de Salud, este ente de supervisión ha venido realizando acompañamiento y asistencia técnica a las entidades destinatarias de las Circulares Externas 009 de 2016⁵ (modificada por la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021), 003 de 2018⁶, 2021170000004-5 de 2021, 2021170000005-5 de 2021⁷ y 2022151000000053-5 de 2022⁸.

En ese sentido y teniendo cuenta que a la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico se le formularon hallazgos en el marco de la auditoría 2024 del Código de Conducta y Buen Gobierno (CCBG), de los Subsistemas de Administración de Riesgos (que componen el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos - SIGR) y del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE). Además, que tiene vigente la ejecución de un plan de mejoramiento, del que se hablara en detalle más adelante, en el punto que explica las acciones y observaciones que ha presentado esta Superintendencia en el marco de los dos seguimientos efectuados. A continuación, se informa el estado de cumplimiento de las instrucciones que, por lo observado en el monitoreo a la ejecución de las acciones, sumado a lo evidenciado en el marco de auditoría, continúan incumpléndose, así:

En lo relacionado con los lineamientos generales reglamentados en el Capítulo II-I de la Circular Externa nro. 2021170000004-5 de 2021, respecto al numeral “5.1 Representante Legal” y el numeral “7. Divulgación de Información”. Asimismo, los numerales “5.1.9. Adiciónese el numeral 6.4 “Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares, o quien haga sus veces”” y el “5.2.3.5.4.2. Auditoría Interna o quien ejerza el control interno”, se presenta lo siguiente:

Hallazgo nro. 13

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico continúa incumpliendo con los numerales 5.1 literal d) y 7.2 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 2021170000004-5

¹ Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Expedida por el Congreso de la República.

² Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Expedida por el Congreso de la República.

³ Por medio de la cual se expide la ley de inversión social y se dictan otras disposiciones. Expedida por el Congreso de la República.

⁴ Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones. Expedida por el Congreso de la República.

⁵ Por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT).

⁶ Instrucciones Generales para la Implementación de Mejores Prácticas Organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS de los Grupo C1 y C2. (Modificada por la CE 2021170000005-5 de 2021 la cual el numeral 2 modificó el “Ámbito de Aplicación”, incluyendo a las IPS del grupo D1.

⁷ Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF), y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

⁸ Lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

de 2021 y los numerales 5.1.9 y 5.2.3.5.4.2. de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021, emanadas por la Superintendencia Nacional de Salud, preceptos relacionados con el pronunciamiento del Representante Legal frente a los informes periódicos de seguimiento a la efectividad de todos los sistemas de gestión de riesgos y la presentación de los resultados de estos monitoreos, junto con los informes realizados por los órganos de control a la Junta Directiva.

Respecto al Subsistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, se hace énfasis en las siguientes disposiciones: i) numeral “6.2.1. *Requisitos del Oficial de Cumplimiento*” de la Circular Externa nro. 009 de 2016 y ii) numeral “5.2.2.2.6.2 *Segmentación de los factores de riesgo*” de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.

Hallazgo nro. 14

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico continúa incumpliendo con el numeral 6.2.1 de la Circular Externa nro. 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, dado que en los periodos de la auditoría 2024 y 2025 no cuenta con un Oficial de Cumplimiento que cumpla el lleno de los requisitos. Adicionalmente, continúa sin efectuar la segmentación de factores de riesgos basada en los datos recopilados de conocimiento del cliente, incumpliendo el numeral 5.2.2.2.6.2 de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.

En lo referente al subsistema de administración del riesgo operacional, sobre el numeral “2.1.1 *Identificación del riesgo operacional*” y el numeral “2.1.3 *Tratamiento y Control del Riesgo Operacional*”, se observó:

Hallazgo nro. 15

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico al no haber implementado el Plan de Continuidad del Negocio continúa incumpliendo el numeral 2.1.3, literal c) del capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. Asimismo, respecto a la base consolidada de eventos de riesgo operativo materializados, se señala que la IPS no entregó evidencia que dé cuenta del cumplimiento del numeral 2.1.1 de la misma normativa.

En lo referente al subsistema de administración del riesgo de liquidez, sobre el numeral “5.1.2 *Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez*”, se señala lo siguiente:

Hallazgo nro. 16

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico continúa incumpliendo lo reglamentado a través del numeral 5.1.2 del capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021, porque no ha realizado la proyección del flujo de caja de sus activos y pasivos en diferentes horizontes de tiempo, incorporando diferentes escenarios y

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

no calcula los indicadores que le permitan conocer sus necesidades de liquidez y tomar las decisiones de manera oportuna para evitar la materialización del riesgo de liquidez.

2.3.1.8 VERIFICACIÓN DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO LEGAL

2.3.1.8.1 Gestión Contractual

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico celebró cinco (5) contratos de asociación para la prestación del Servicio farmacéutico (este contrato fue objeto de análisis en el numeral denominado **“Adquisición de medicamentos”** del presente informe), Imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, UCI pediátrica y Neonatal, y Servicio de alimentación; de los cuales a continuación se describe sus generalidades y el resultado de los Informes de interventoría:

Contrato No. 001-2023

Contratista: UT SOCIEDAD AYUDAS DIAGNOSTICAS DEL ATLANTICO.

Fecha Vigencia: 15 años a partir de la suscripción del acta de inicio (1/02/2023)

Presupuesto estimado del contrato: \$3.3.966.000.000

Objeto: “CONTRATO DE ASOCIACION PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS E IMAGENOLOGIA EN LAS SEDES DE LA E.SE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO”

Así pues, en la cláusula quinta determina la FORMA DE PAGO, indica que corresponde al 80% sobre la facturación por lo servicios objeto de la alianza, en donde el aliado asume el costo de los servicios de apoyo logístico y de mantenimiento de los espacios de las unidades de imágenes diagnósticas, como vigilancia, aseo, lavandería, manejo de residuos patógenos y servicios públicos; así como el uso del espacio en el área donde desarrolla el objeto contractual.

Cuenta con los siguientes otrosíes:

“OTROSI MODIFICATORIO N°. 1”: suscrito el 4 de diciembre de 2023, en el que incluye que el valor de los traslados asistenciales de pacientes dentro del Plan de contingencia, serán asumidos por el aliado a favor de la ESE Universitaria del Atlántico; y las demás situaciones que se deriven de este, serán acordadas por las partes.

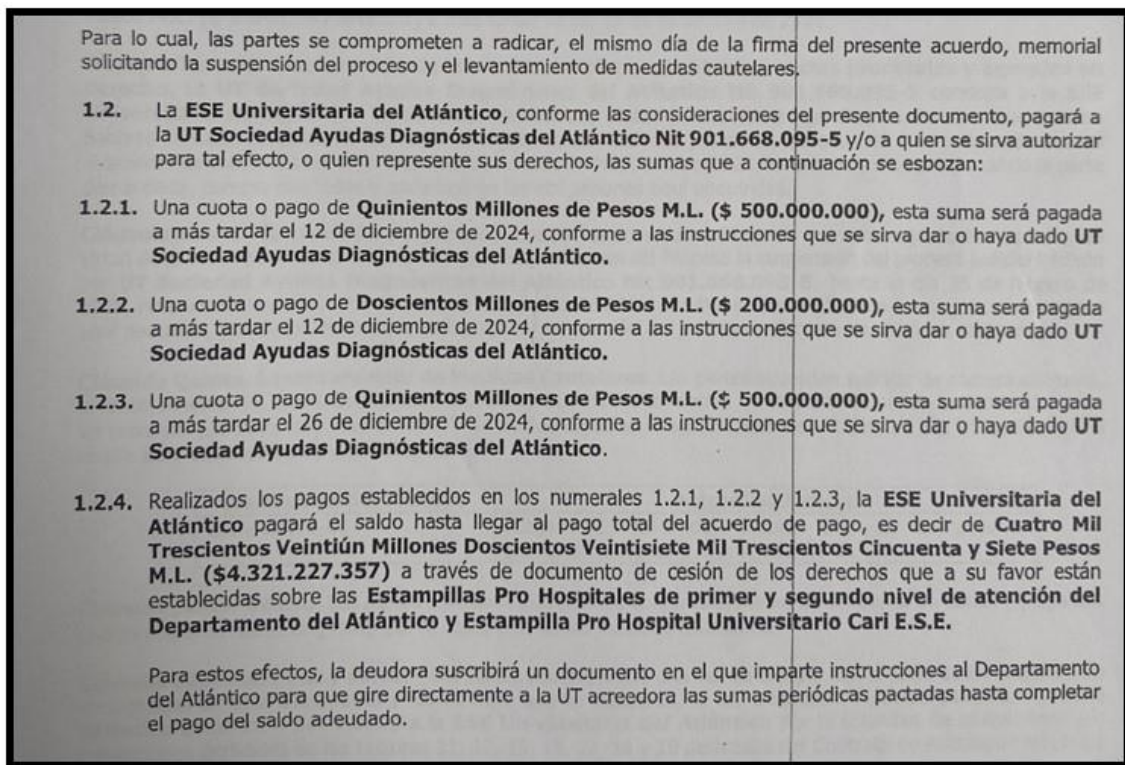
“OTROSI MODIFICATORIO N°. 1”: con fecha del 5 de enero de 2024, en el que se modifica la Clausula 17 “Garantías”.

De lo anterior, no se observa otras modificaciones, que den cuenta de la acción de mejora suscrita para subsanar el hallazgo No. 4 de la auditoría realizada por la Superintendencia Nacional de Salud en virtud del Auto 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024, el cual será mencionado en el acápite No. 4 respectivamente.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

De otra parte, durante la revisión del expediente en campo, se observa que cuenta con un “Acuerdo de Pago”, en virtud del proceso ejecutivo No. 2024-00270-00 contra la ESE Universitaria del atlántico, en donde el Juzgado Quince Civil del Circuito de Oralidad de Barranquilla libró órdenes de pago mediante Autos de fecha 27/09/2024 y 17/10/2024; así como se decretó medidas cautelares sobre los bienes de la parte demandada, tales como embargos de dinero de cuentas, por la suma de Nueve mil doscientos diez millones cuarenta y cuatro mil seiscientos cuatro pesos (\$9.210.044.604). En consecuencia, se firma el acuerdo de pago para suspender hasta el día 15 de febrero de 2025 el proceso ejecutivo y el levantamiento de medidas cautelares en los siguientes términos:

Imagen nro.32. Acuerdo de pago- proceso ejecutivo No. 2024-00270-00



Fuente: Registro fotográfico durante auditoría realizada en la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico

De la imagen, se observa los valores a pagar y los plazos máximos para efectuarlos a la UT Sociedad Ayudas Diagnosticas del Atlántico.

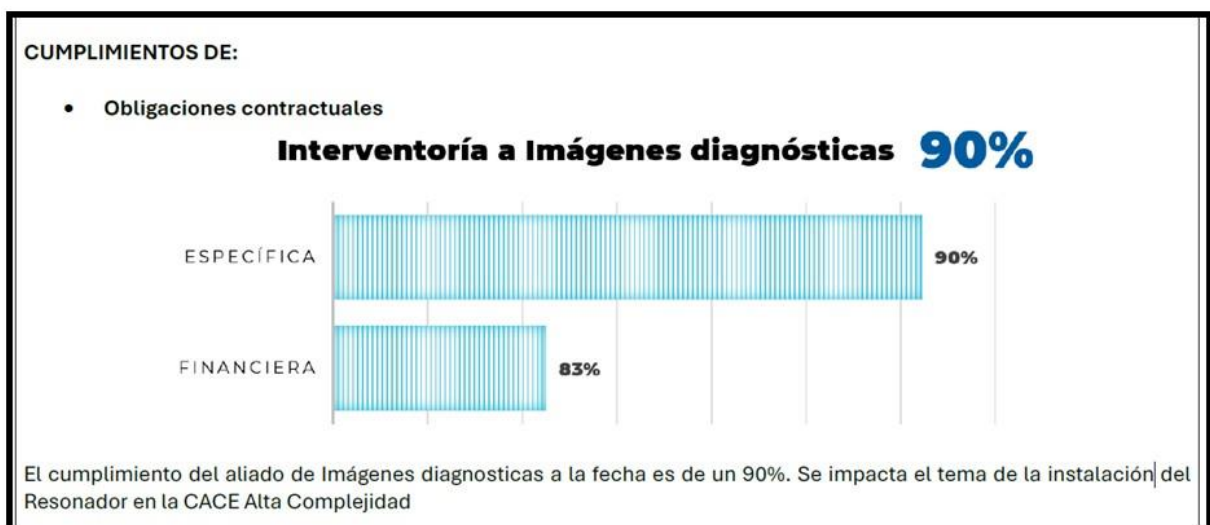
Ahora bien, se solicita informes de interventoría que permita identificar el cumplimiento del contrato en mención, para lo cual aportan resúmenes ejecutivos realizados por O&G NEGOCIOS Y CONSULTORIAS S.A.S, a fecha de corte de octubre de 2024 desde

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

junio/2024 y de los cuales se extrae las situaciones principales, que se describen a continuación:

Realizan evaluación de varios criterios dentro de los cuales presentan una gráfica en la que se muestran los resultados del seguimiento realizado, como se presenta en la siguiente imagen:

Imagen nro.33. Porcentaje cumplimiento contrato UT Sociedad Ayudas Diagnosticas del Atlántico



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta "INFOR ADVERTENCIA PUNTO 14 P"

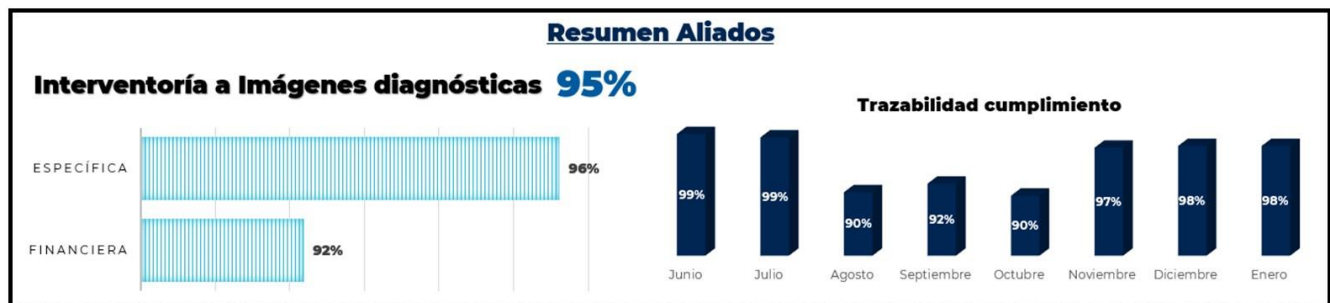
Se observa que el porcentaje de cumplimiento que tiene este contrato de junio/2024 a octubre/2024, es del 90% para las obligaciones contractuales específicas y financieras del 83%.

En cuanto a la oportunidad de prestación de servicios está de acuerdo en lo establecido en el contrato, y advierten *"No se evidencia instalación de Resonador Nuclear en CACE Alta Complejidad, este hallazgo puede ser un grave incumplimiento si no se demuestra la autorización debidamente justificada por parte de la ESE UNA, lo cual podría dar pie a la apertura de un posible proceso administrativo sancionatorio del contratista. (...)"*

Ahora bien, con respecto al resultado de la medición en la herramienta de monitoreo del cumplimiento mensual de las obligaciones contractuales de los aliados, con corte a enero 2025, se observa:

Imagen nro.342. Resumen herramienta monitoreo aliados

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta "INFORMES DE INTERVENTORIA O&G CONSULTORIAS 2024"

El porcentaje de cumplimiento del contrato es del 95%, cuyo mes que presentó mayor resultado fue junio y julio/2024 con el 99% y el menor, octubre/2024 con el 90%.

En conclusión, se observa que UNIÓN TEMPORAL SOCIEDAD DE AYUDAS DIAGNOSTICAS DEL ATLÁNTICO, durante la vigencia 2024 y corrido 2025, cumple en su mayoría con lo establecido en el contrato suscrito para la prestación de servicios de imágenes diagnósticas.

Contrato No. 002-2023

Contratista: UNION TEMPORAL LABORATORIO ESE UNA ATLANTICO

Fecha Vigencia: 15 años a partir de la suscripción del acta de inicio (18/01/2023)

Presupuesto del contrato: \$85.563.000.000

Objeto: "CONTRATO DE ASOCIACION PARA LA PRESTACION INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO EN LAS SEDES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO"

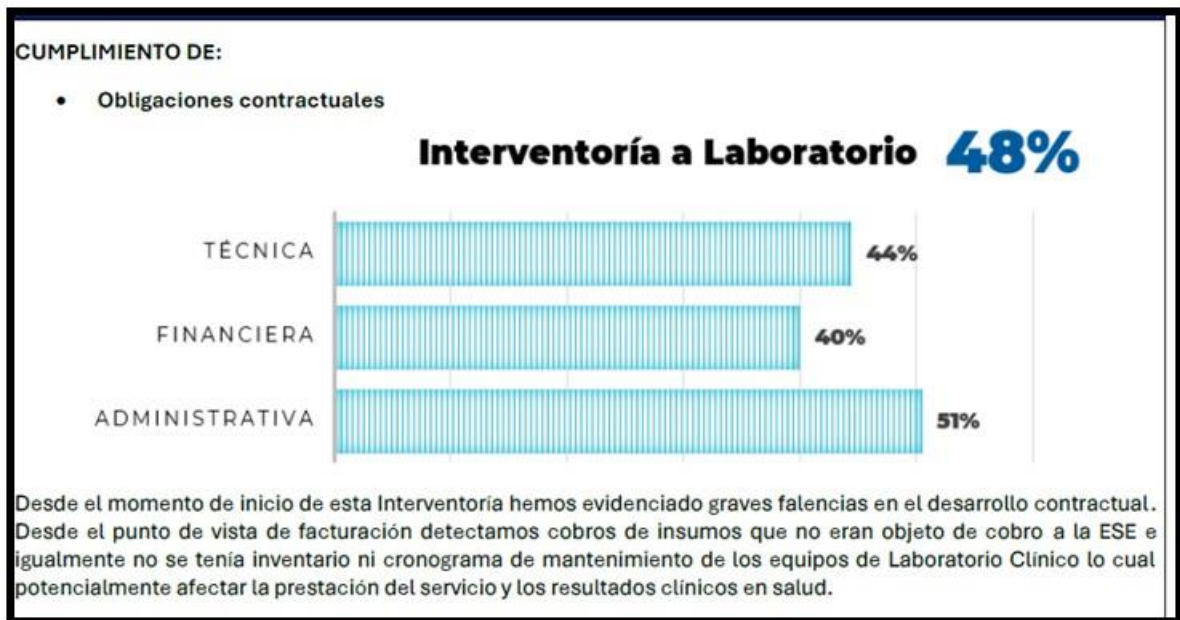
Así pues, en la cláusula quinta determina la FORMA DE PAGO, en donde dispone que la ESE pagará a la UT una vez inicie la fase de operación, de acuerdo con lo establecido en el anexo de precios financiero, previa presentación de cuentas de cobro o facturas de venta, sustentadas en actas parciales de recibo y certificaciones de cumplimiento expedidas por la supervisión del contrato.

De otra parte, este contrato no cuenta con modificaciones de acuerdo con la información aportada.

En lo que respecta al informe de la interventoría, el resumen ejecutivo presentado por O&G NEGOCIOS Y CONSULTORIAS S.A.S, grafica el cumplimiento de las obligaciones contractuales de junio/2024 a octubre/2024, que se presenta en la imagen a continuación:

Imagen nro.35. Grafica porcentaje cumplimiento contrato Unión Temporal Laboratorio E.S.E Una Atlántico

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta "INFOR ADVERTENCIA PUNTO 14 P"

El porcentaje de cumplimiento de las obligaciones contractuales técnica es de 44%, financieras del 40% y administrativa 51%, en el que advierten "(...) Desde el momento de inicio de esta Interventoría hemos evidenciado graves falencias en el desarrollo contractual. Desde el punto de vista de facturación detectamos cobros de insumos que no eran objeto de cobro a la ESE e igualmente no se tenía inventario ni cronograma de mantenimiento de los equipos de Laboratorio Clínico lo cual potencialmente afectar la prestación del servicio y los resultados clínicos en salud (...)"

De igual forma, notifican una serie de incumplimientos, que se describen a continuación:

Criterio Obligaciones Contractuales:

"(...) A corte del mes de octubre la calificación fue de 48% siendo los aspectos de índole técnico y financiero los que más impactan en este Aliado.

Se observa un marco deterioro en el cumplimiento lo cual es muy preocupante y se han notificado a la supervisión los riesgos y posibles incumplimientos para que se tomen las acciones administrativas y jurídicas que correspondan para no afectar el equilibrio financiero del contrato (...)" (Subrayado fuera de texto).

Criterio de: Infraestructura y dotación:

"(...) Situación reiterativa pues no se tienen los Inventarios de los equipos en las sedes muy a pesar de que se han venido requiriendo de manera reiterativa los soportes de equipos. Esta es una situación delicada que ya se ha notificado formalmente a la ESE UNA (...)"

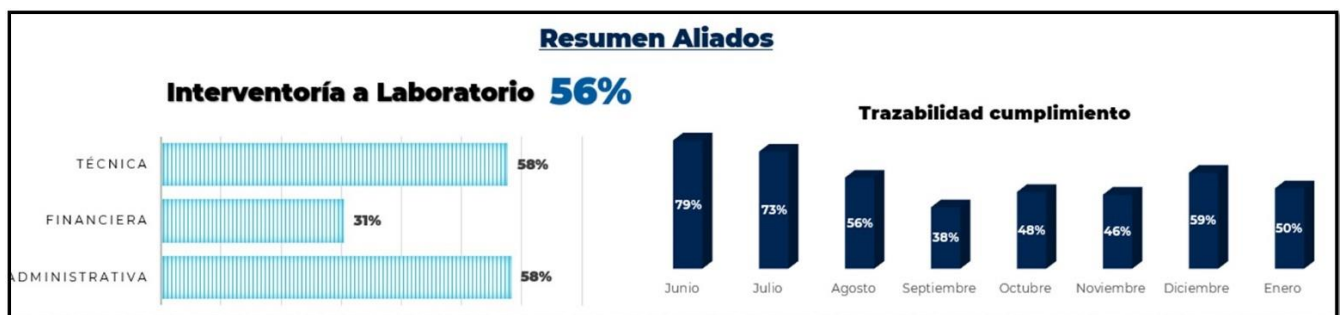
	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Criterio de calidad del servicio:

“(...) Se evidencia inoportunidad en entrega de pedidos urgentes realizados por el área de Coordinación de Laboratorio Clínico. Estas situaciones han venido afectando los indicadores de cumplimiento y la percepción de los riesgos. (...)”

Con respecto al resultado de la medición en la herramienta de monitoreo del cumplimiento mensual de las obligaciones contractuales de los aliados, con corte a enero/2025 se observa:

Imagen nro.36. Resumen herramienta monitoreo aliados



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta "INFORMES DE INTERVENTORIA O&G CONSULTORIAS 2024"

El porcentaje de cumplimiento del contrato es del 56%, cuyo mes que presento mayor resultado fue junio/2024 con el 79% y el menor, septiembre/2024 con el 38%.

Lo anterior, evidencia el incumplimiento reiterativo en la ejecución del contrato, que a su vez ha sido advertido a los supervisores del contrato; situación que impacta en la prestación del servicio a cargo de la UT en mención.

Contrato No. 2768-2022

Contratista: UT UCI PEDIATRICA Y NEONATAL DEL ATLANTICO

Fecha Vigencia: 15 años a partir de la suscripción del acta de inicio (1/01/2023)

Presupuesto del contrato: \$354.335.000.000

Objeto: "CONTRATO DE ASOCIACION PARA LA PRESTACION INTEGRAL DE LOS SERVICIOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, INTERMEDIO Y BASICO PEDIATRICOS Y NEONATAL EN LAS SEDES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO"

El la cláusula quinta determina la FORMA DE PAGO, el cual corresponde al 88% del año 2022 al 2027 y el 85% del año 2028 en adelante, sobre la facturación por lo servicios objeto de la alianza, en donde el aliado asume el costo de los servicios de apoyo logístico y de mantenimiento de los espacios de las unidades de cuidados intensivos, intermedio, básico,

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

como vigilancia, aseo, alimentación, manejo de residuos patógenos y servicios públicos; así como el uso del espacio en el área donde desarrolla el objeto contractual.

Cuenta con los siguientes otrosíes:

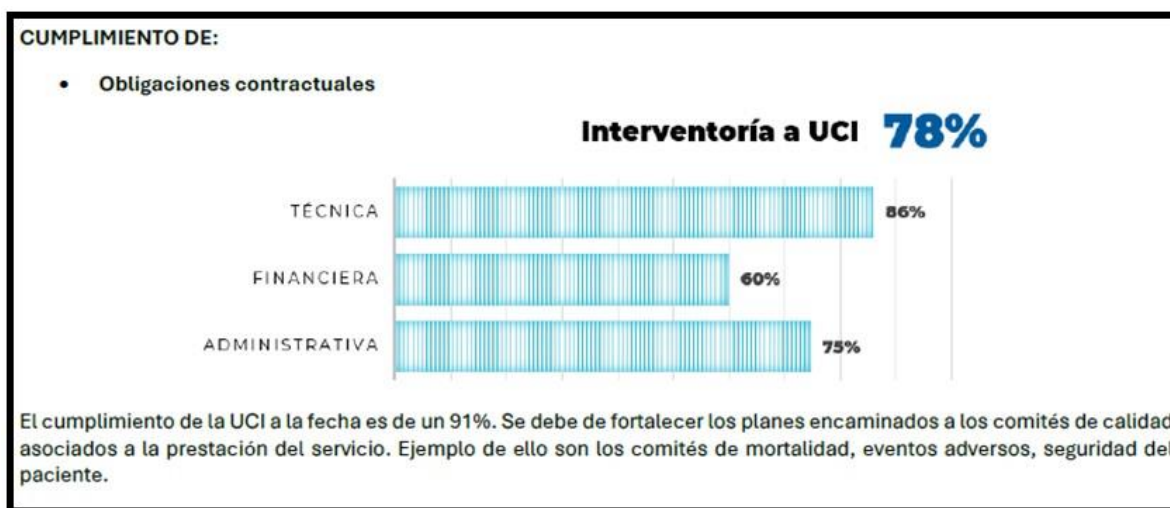
Otrosí modificatorio No. 1: con fecha del 5 de enero de 2024, mediante el cual modifica la Clausula 17- “GARANTIAS”.

Otrosí aclaratorio No. 1: suscrito el 27 de enero de 2023, mediante el cual se incorpora en la cláusula 5 el párrafo 1 “(...) *COSTOS Y PRECIOS A RECONOCER POR CONCEPTO DE APOYO LOGISTICO PARA EL SERVICIO DE UNIADES DE CUIDADO CRITICO PEDITRAICA Y NEONATAL (...)*”; así mismo un párrafo 2 “(...) *SERVICIOS PRESTADOS POR LA ESE PARA EL SERVICIOS DE UNIADES DE CUIDADOS CRITICO PEDIATRICA Y NEONATAL (...)*”

De lo anterior, no se observa otras modificaciones, que den cuenta de la acción de mejora suscrita para subsanar el hallazgo No. 4 de la auditoría realizada por la Superintendencia Nacional de Salud en virtud del Auto 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024, el cual será mencionado en el acápite No. 4 respectivamente.

Ahora bien, en cuanto al informe de interventoría aportado por O&G NEGOCIOS Y CONSULTORIAS S.A.S, en el resumen ejecutivo, se observa grafica de porcentaje de cumplimiento de las obligaciones contractuales de junio/2024 a octubre/2024, se onbserva:

Imagen nro.37. Gráfica porcentaje cumplimiento contrato UT UCI Pediátrica y Neonatal del Atlántico



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta “INFOR ADVERTENCIA PUNTO 14 P”

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

El porcentaje de cumplimiento de las obligaciones contractuales general es de 78%, y en detalle, las obligaciones técnicas tienen como resultado el 86%, las financieras 60% y las administrativas 75%, precisando que “(...) *El cumplimiento de la UCI a la fecha es de un 91%. Se debe de fortalecer los planes encaminados a los comités de calidad asociados a la prestación del servicio. Ejemplo de ello son los comités de mortalidad, eventos adversos, seguridad del paciente. (...)*”.

De igual forma, describe las situaciones evidenciadas en la interventoría, del cual se extraiga algunos apartes:

Criterio oportunidad del servicio:

“(...) En términos generales la oportunidad en la prestación del servicio es buena por cuanto no se tiene un alto flujo de remisiones y hay capacidad instalada para atender las necesidades de la ESE. (...)”

Criterio calidad del servicio:

“(...) Continúa el mismo comportamiento. Se evidencia que no se llevan de forma completa los comités asociados a la Unidad como el de Infecciones, Eventos adversos, Vigilancia epidemiológica.

Sobre este hallazgo se han realizado todas las recomendaciones y se ha respetado el debido proceso, en estos momentos se están estudiando la gravedad y el impacto de estas omisiones y posibles incumplimientos para tomar las medidas. (...)”

Criterio Infraestructura y dotación:

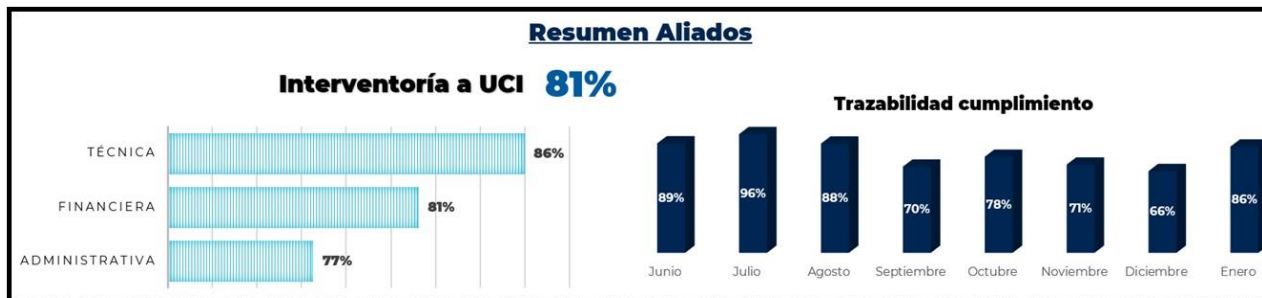
“(...) Se encuentra pendiente la instalación de la Central de Monitoreo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales e igualmente la actualización de los lavamanos para familiares en las unidades neonatal y pediátrica con un sistema ya sea de pedal o de sensor para evitar contaminación cruzada con los familiares que hacen visita.

Igualmente se ha podido notar que el aliado no ha cumplido con la dotación y apertura de la UCI del CACR Soledad. (...)”

Con respecto al resultado de la medición en la herramienta de monitoreo del cumplimiento mensual de las obligaciones contractuales de los aliados, con corte a enero/2025 se observa:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.38. Resumen herramienta monitoreo aliados



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta "INFORMES DE INTERVENTORIA O&G CONSULTORIAS 2024"

El porcentaje de cumplimiento del contrato es del 81%, cuyo mes que presento mayor resultado fue julio/2024 con el 96% y el menor, diciembre/2024 con el 66%.

Respecto a este contrato, se evidencia que cumple en su mayoría las obligaciones contractuales.

Contrato No. 2777-2022

Contratista: SERVICIOS DE ALIMENTACION N.P S.A

Fecha Vigencia: 15 años a partir de la suscripción del acta de inicio (21/01/2023)

Presupuesto del contrato: \$173.548.000.000

Objeto: "CONTRATO DE ASOCIACION PARA LA PRESTACION INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACION EN LAS SEDES DE LA UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO"

Este contrato fue suspendido unilateralmente por solicitud del aliado mediante oficio remitido el 24/04/2024, a partir del 30/04/2024, razón por la cual actualmente el servicio es prestado por VITALBAQ S.A.

2.3.1.8.2 Gestión realizada por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO frente a los incumplimientos descritos

Una vez identificadas las situaciones durante la auditoría respecto a los incumplimientos, específicamente del servicio farmacéutico y laboratorio clínico, que impacta la prestación de servicios. Se indagó respecto a la gestión realizada por la E.S.E. y los soportes que den cuenta de ello, para lo cual la Dirección de Contratación y en la Oficina Jurídica informaron que a la fecha de la visita solo se había tratado un tema de tarifas con la UT SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. & D, de resto se estaba evaluando acciones a seguir, sin embargo, no se había establecido ninguna.

No obstante, como acción adjuntaron soporte de comunicado del 5 de diciembre de 2024 remitido por el Subgerente Corporativo y Subgerente tecnico científico, dirigido al Director

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

de contratación con “(...) Asunto: Puesta en conocimiento y traslado de informe de advertencia de posible incumplimiento contractual (...)”; en el que advierte posibles incumplimientos de los contratos de asociación No. 2778-2022 y No. 0002-2023 en los siguientes términos:

Imagen nro.39 Comunicado 5 de diciembre 2024

En consecuencia a la remisión por parte de la interventoría de aliados O&G NEGOCIOS Y CONSULTORIA de informes técnico de advertencia de posible incumplimiento contractual de la UNIÓN TEMPORAL SERVICIOS FARMACEÚTICOS DEL ATLÁNTICO UT S&D y UNIÓN TEMPORAL LABORATORIO ESE UNA ATLÁNTICO debido a que a la fecha según lo señalado NO se ha realizado la entrega completa ni satisfactoria de la documentación que evidencie el cumplimiento y/o ejecución de los planes de inversiones a realizar en la ESE UNA.

Ponemos en conocimiento por este medio enviando los anteriores informes mencionados a la oficina de contratación con el fin de que se proceda al estudio y análisis del contrato pertinentes que nos permita establecer si existió incumplimiento y si es así sirvanse iniciar las acciones consideradas pertinentes.

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta “INFORME DE ADVERTENCIA PUNTO 14 P”

Posteriormente, el 11 de diciembre de 2024, el Subgerente Corporativo remitió mediante correo electrónico a la Dirección Jurídica, Dirección de contratación, Dirección Financiera, Director de infraestructura y Dirección de Recursos Físicos y Biomédica, los resúmenes ejecutivos realizados por O&G de la interventoría realizada de Servicios Farmacéuticos, Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico y UCI pediátrica y neonatal; para lo correspondiente.

Lo anterior corresponde a la notificación de incumplimientos a las áreas por parte de los supervisores de contrato, sin embargo, no evidencia la gestión de la ESE frente a los incumplimientos que para el caso del servicio farmacéutico pone en riesgo la vida de los pacientes tal como se desarrolló en el acápite de “GESTION DE SERVICIO FARMACEUTICO”

2.3.1.8.3 Impacto Financiero del Contrato 0002-2023 - Unión Temporal Laboratorio E.S.E. UNA Atlántico

En la revisión del *Informe de Gestión N° 04 Servicio de Laboratorio Clínico* realizado por la firma de interventoría O&G Negocios y Consultorías S.A.S. al contrato 0002-2023 suscrito con la Unión Temporal Laboratorio E.S.E. UNA Atlántico, correspondiente al periodo septiembre y octubre 2024, se evidenció el siguiente informe financiero de la ejecución del contrato:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.40. Extracto Informe de Gestión de firma de interventoría

3. INFORME FINANCIERO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$85.563.000.000							
ADICIONES: 0		VALOR PAGADO AL ALIADO:				VALOR ANTICIPO: 0	
VALOR FACTURADO POR EL ALIADO A LA E.S.E VIGENCIA 2023: \$ 3.877.512.292							
VALOR FACTURADO POR EL ALIADO A LA E.S.E VIGENCIA 2024							
MES	N° FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	VALOR POR EJECUTAR	MES	N° FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	VALOR POR EJECUTAR
FEBRERO	FV-2-31	\$ 178.282.950	\$ 81.507.204.757	JUNIO	UTL58	\$ 123.704.176	\$ 79.194.493.623
FEBRERO	FV-2-33	\$ 231.934.525	\$ 81.275.270.232	JUNIO	UTL59	\$ 97.260.991	\$ 79.097.232.632
FEBRERO	FV-2-34	\$ 57.693.117	\$ 81.217.577.116	JUNIO	UTL60	\$ 118.142.904	\$ 78.979.089.728
FEBRERO	FV-2-35	\$ 116.231.284	\$ 81.101.345.832	JUNIO	UTL61	\$ 32.256.000	\$ 78.946.833.728
MARZO	FV-2-36	\$ 93.323.286	\$ 81.008.022.546	JUNIO	UTL62	\$ 7.494.001	\$ 78.939.339.727
MARZO	FV-2-37	\$ 122.287.902	\$ 80.885.734.644	JULIO	UTL63	\$ 7.835.859	\$ 78.931.503.868
MARZO	FV-2-38	\$ 175.156.092	\$ 80.710.578.552	JULIO	UTL64	\$ 7.595.000	\$ 78.923.908.868
MARZO	FV-2-39	\$ 108.274.031	\$ 80.602.304.520	JULIO	UTL65	\$ 49.206.329	\$ 78.874.702.539
ABRIL	FV-2-43	\$ 160.258.760	\$ 80.442.045.760	JULIO	UTL66	\$ 290.870.641	\$ 78.583.831.898
ABRIL	FV-2-44	\$ 135.209.530	\$ 80.306.836.230	AGOSTO	UTL67	\$ 12.494.689	\$ 78.571.337.209
ABRIL	FV-2-45	\$ 183.605.726	\$ 80.123.230.504	AGOSTO	UTL68	\$ 68.298.826	\$ 78.503.038.383
ABRIL	FV-2-46	\$ 153.593.935	\$ 79.969.636.569	AGOSTO	UTL69	\$ 8.728.560	\$ 78.494.309.823
ABRIL	FV-2-47	\$ 144.029.824	\$ 79.825.606.745	AGOSTO	UTL70	\$ 72.960.029	\$ 78.421.349.794
ABRIL	FV-2-48	\$ 12.490.002	\$ 79.813.116.743	SEPT	UTL71	\$ 8.664.668	\$ 78.412.685.126
MAYO	FV-2-49	\$ 12.799.100	\$ 79.800.317.643	SEPT	UTL72	\$ 23.864.000	\$ 78.388.821.126
MAYO	FV-2-50	\$ 88.959.707	\$ 79.711.357.936	SEPT	UTL73	\$ 184.765.984	\$ 78.204.055.142
MAYO	FV-2-51	\$ 72.458.841	\$ 79.638.899.095	OCTUBRE	UTL74	\$ 81.621.890	\$ 78.122.433.252
MAYO	FV-2-52	\$ 139.522.377	\$ 79.499.376.718	OCTUBRE	UTL75	\$ 113.368.271	\$ 78.009.064.981
MAYO	FV-2-53	\$ 14.746.133	\$ 79.484.630.586	OCTUBRE	UTL76	\$ 186.928.645	\$ 77.822.136.336
MAYO	FV-2-54	\$ 102.606.250	\$ 79.382.024.336				
JUNIO	UTL55	\$ 9.890.800	\$ 79.372.133.536				
JUNIO	UTL56	\$ 10.752.000	\$ 79.361.381.536				
JUNIO	UTL57	\$ 43.183.737	\$ 79.318.197.799				
TOTAL FACTURADO A CORTE DE AGOSTO VIGENCIA 2024						\$ 3.863.351.372	
% EJECUCIÓN A OCTUBRE 2024	9,0 %	VALOR POR EJECUTAR A CORTE OCTUBRE 2024	\$ 77.822.136.336		VALOR AVALADO PARA RADICAR EN EL PRESENTE INFORME		\$ 381.918.806

Fuente: Informe de gestión N° 4 Servicio de Laboratorio Clínico al corte septiembre y octubre de 2024 entregado por O&G Negocios y Consultorías S.A.S. Cifras en pesos.

Se precisa que para en este contrato no se incluyeron cláusulas relativas al recobro de servicios públicos y similares, aun cuando el aliado ocupa un área dentro de las instalaciones de la ESE. Llama la atención, que para aliados que presentan la misma situación, si se han incluido cláusulas con este tipo de recobros. Este hecho genera un impacto en los recursos que percibe el prestador y los costos asociados a la utilización del espacio, los cuales están siendo asumidos por la ESE. en consecuencia, se está generando una afectación directa al flujo de recursos que podría ocasionar este contrato y en consecuencia aportaría a la disminución del déficit presupuestal que registra la ESE.

Al contrastar el valor de la facturación expuesta en la imagen que precede por valor de \$3.863 millones versus el flujo de egresos reportado por la ESE en el numeral 95 del requerimiento de información, se identificaron pagos con corte al mes de octubre por valor de \$945 millones, esto es, existe un posible saldo por pagar de \$2.918, considerando que

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

la forma de pago de conformidad con la cláusula quinta del contrato 0002-2023, precisa que la ESE debe pagar al aliado el valor resultante de la facturación la cual se sustenta en el anexos de precios financieros, documento que no fue aportado por la ESE.

Asimismo, al analizar la información financiera suministrada por la ESE, se evidenciaron cuentas por pagar al corte diciembre de 2024 por valor total de \$4.446 millones y no se observaron gastos ni costos asociados a la Unión Temporal Laboratorio E.S.E. UNA Atlántico, situación que sugiere:

- i. Deudas adicionales de la ESE con el aliado, toda vez que las cuentas por pagar reflejan un saldo de \$4.446 millones clasificadas en su totalidad como pasivo corriente en el Estado de Situación Financiera y las cuales de conformidad con la relación de cuentas por pagar clasificada por edades, entregada en el numeral 92 de la solicitud de información, se clasifican en:
 - a) 34% (\$1.575 millones) como deudas entre 181 y 360 días
 - b) 23% (\$1.080 millones) como deudas mayores a 360 días
 - c) 21% (\$965 millones) como cuentas por pagar menores a 30 días
 - d) 14% (\$628 millones) como deudas entre 90 y 180 días
 - e) 9% (\$396 millones) como deudas entre 31 y 90 días

Al respecto, llama la atención la existencia de saldos no corrientes que no fueron presentados como tal en los estados financieros de 2024 y adicionalmente, que en la relación de pagos entregada en el flujo de egresos se identificó un total de \$100 millones de pagos que corresponden a facturas de 2023.

- ii. Probable subestimación de los costos generados, ya que no se identificó valor alguno causado en las cuentas contables asociadas al reconocimiento de los costos de operación de la ESE.

Al respecto en las notas a los estados financieros de 2024, únicamente se evidenció la revelación del saldo las cuentas por pagar, no obstante, solo se expuso el valor, sin ninguna descripción asociada que permitiera su entendimiento.

La situación expuesta sugiere nuevamente falencias en el cumplimiento del Marco Conceptual para la preparación y presentación de información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, y generan incertidumbre acerca de la razonabilidad de las cifras contenidas en los estados financieros, principalmente por el posible no reconocimiento de costos asociados a la operación del servicio de laboratorio en cabeza del aliado.

En el desarrollo de acápites siguientes del presente informe, se exponen situaciones similares que confirman las falencias en el reconocimiento de las transacciones realizadas con los diferentes aliados de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Unión Temporal UCI Pediátrica y Neonatal del Atlántico

2.3.1.8.4 Impacto Financiero de los contratos 2768-2022, 2777-2022 y 0001-2023

Contrato 2768 – Unión Temporal UCI Pediátrica y Neonatal del Atlántico

En la revisión del *Resumen Ejecutivo de Evaluación de los Servicios de UCI Pediátrica y Neonatal* al corte agosto 2024 y el *Informe de Gestión # 5 Servicio UCI Pediátrico y Neonatal* correspondiente al periodo noviembre y diciembre de 2024, realizados por la firma de interventoría O&G Negocios y Consultorías S.A.S. al contrato 2768 suscrito con la Unión Temporal UCI Pediátrica y Neonatal del Atlántico, se evidenciaron los siguientes informes financieros de la ejecución del contrato:

Imagen nro.41. Extracto Informes de Gestión de Firma de Interventoría

	VALOR FACTURADO POR EL ALIADO A LA E.S.E VIGENCIA 2023			VALOR FACTURADO POR EL ALIADO A LA E.S.E VIGENCIA 2024		
MES	Nº FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	VALOR POR EJECUTAR	Nº FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	VALOR POR EJECUTAR
ENERO		\$ 462.204.693	\$ 353.872.795.307		\$ 1.143.819.003	\$ 341.416.823.923
FEBRERO		\$ 724.320.524	\$ 353.148.474.783		\$ 766.788.500	\$ 340.650.035.423
MARZO		\$ 898.105.088	\$ 352.250.369.695		\$ 876.341.606	\$ 339.773.693.817
ABRIL		\$ 631.901.187	\$ 351.618.468.508		\$ 1.037.006.429	\$ 338.736.687.388
MAYO		\$ 870.199.152	\$ 350.748.269.356		\$ 757.458.159	\$ 337.979.229.229
JUNIO		\$ 889.910.340	\$ 349.858.359.016		\$ 1.049.313.593	\$ 336.929.915.636
JULIO		\$ 1.387.534.798	\$ 348.470.824.218		\$ 826.880.448	\$ 336.103.035.188
AGOSTO		\$ 1.444.893.031	\$ 347.025.931.187		\$ 1.000.027.277	\$ 335.103.007.911
SEPTIEMBRE		\$ 970.045.990	\$ 346.055.885.197			
OCTUBRE		\$ 1.422.721.462	\$ 344.633.163.735			
NOVIEMBRE		\$ 1.065.557.097	\$ 343.567.606.638			
DICIEMBRE		\$ 1.006.963.712	\$ 342.560.642.926			
TOTAL		\$ 11.774.357.074			\$ 7.457.635.015	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN A CORTE AGOSTO 2024		5%	VALOR POR EJECUTAR A CORTE AGOSTO 2024		\$ 335.103.007.911	

UCI NEONATAL	Concepto		Valor
	Facturacion total presentada por la UT		\$ 859.537.373
	Menos el valor correspondiente a las facturas de otros meses		\$ 0
	Subtotal de facturacion presentada por el mes de noviembre		\$ 859.537.373
	Menos el valor de los servicios prestados directamente por la E.S.E		\$ 7.951.414
	Valor total de facturacion de noviembre presentada por el aliado		\$ 851.585.959
	Menos el valor glosado por servicios sin soporte de realizacion en el sistema de dinamica		\$ 733.700
	Valor neto avalado de facturacion para el mes de noviembre 2024		\$ 850.852.259
Valor del porcentaje de participacion del aliado (88%)		\$ 748.749.988	

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

	Concepto	Valor
UCI NEONATAL	Facturacion total presentada por la UT	\$ 335.022.965
	Menos el valor glosado porque correspondiente a las facturas de otros meses	\$ 5.698.014
	Subtotal de facturacion presentada por el mes de diciembre	\$ 329.324.951
	Menos el valor de los servicios prestados directamente por la E.S.E	\$ 4.070.299
	Valor total de facturacion de noviembre presentada por el aliado	\$ 325.254.652
	Menos el valor glosado por servicios sin soporte de realizacion en el sistema de dinamica	\$ 510.300
	Valor neto avalado de facturacion para el mes de diciembre 2024	\$ 324.744.352
	Valor del porcentaje de participacion del aliado (88%)	\$ 285.775.030

Fuente: Resumen Ejecutivo de Evaluación al corte agosto 2024 e Informe de Gestión # 5 Servicio UCI Pediátrico y Neonatal noviembre y diciembre de 2024 entregado por O&G Negocios y Consultorías S.A.S. Cifras en pesos.

Se observa que durante la vigencia 2024, el aliado continuó dando cumplimiento a la cláusula quinta del contrato que estipula que la ESE debe pagar al aliado el 88% sobre la facturación por los servicios prestados, situación que fue causal del hallazgo nro. 4 del informe de auditoría emitido por esta Superintendencia en el marco de la auditoría llevada a cabo en el año 2024, de conformidad con el Auto nro. 202441000000212-7 del 23 de febrero de 2024.

Al respecto, no se observaron modificaciones al contrato que permitieran comprobar algún ajuste realizado a dicha cláusula, tal y como se había estipulado en el plan de mejora aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud durante 2024. En este sentido, persiste la condición del desequilibrio presupuestal y el riesgo de detrimento patrimonial que habían sido notificados en el referido informe expedido en 2024. Así mismo, se observa que el Gerente de la ESE no ha velado por la utilización eficiente de los recursos financieros, aun cuando es de su conocimiento el riesgo existente.

Al contrastar el valor de la facturación expuesta en las imágenes que preceden y que totalizan un valor de \$8.633 millones versus el flujo de egresos reportado por la ESE en el numeral 95 del requerimiento de información, se reportaron pagos por valor de \$1.700 millones, esto es, existe un posible saldo por pagar de \$5.897 millones (después de estimar el 88% del total facturado).

Asimismo, al analizar la información financiera suministrada por la ESE, no se evidenciaron cuentas por pagar al corte diciembre de 2024, solamente se identificaron provisiones por valor de \$12.991 millones y costos asociados a la Unión Temporal UCI Pediátrica y Neonatal del Atlántico por \$10.980 millones, situación que sugiere:

- i. Deudas adicionales de la ESE con el aliado, reconocidas de manera errada como provisiones, toda vez que éstas reflejan un saldo de \$12.991 millones, los cuales fueron incluidos como cuentas por pagar en la relación de cuentas por pagar clasificada por edades, entregada en el numeral 92 de la solicitud de información. En el Estado de Situación Financiera las provisiones se presentaron como corrientes en su totalidad, aun cuando en el archivo citado del numeral 92 se clasificaron en:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- a) 50% (\$6.499 millones) como deudas entre 181 a 360 días
- b) 27% (\$3.471 millones) como cuentas por pagar entre 91 y 181 días
- c) 23% (\$3.008 millones) como cuentas por pagar menores a 30 días
- d) 0% (\$14 millones) como deudas mayores a 360 días

Al respecto, llama la atención la existencia de saldos no corrientes que no fueron presentados como tal en los estados financieros de 2024 y adicionalmente, que en la relación de pagos entregada en el flujo de egresos se identificó un total de \$784 millones de pagos que corresponden a facturas de 2022 y 2023, esto es, deudas mayores a 360 días.

De lo anterior, se precisa que de conformidad con el numeral 6.1 del Capítulo II de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014: *“Se reconocerán como provisiones los pasivos a cargo de la empresa que estén sujetos a condiciones de incertidumbre en relación con su cuantía o vencimiento”*; situación que no es compatible en este caso, ya que no existen escenarios de incertidumbre en cuanto al valor a pagar por la ejecución del contrato estipulado en el 88% del total de la facturación.

- ii. Al estimar el 88% del total de la facturación reportada por la firma de interventoría, el valor obtenido es de \$7.597 millones, valor que no fue reconocido como pasivo durante 2024, y que no es posible asociar con alguna factura contenida dentro del detalle de las cuentas por pagar, situación que expone posibles subestimaciones en el pasivo de la ESE, y en consecuencia afecta la razonabilidad de la información financiera.

En este sentido, se precisa que de acuerdo con el numeral 3.1 del Capítulo II de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014, las cuentas por pagar deben reconocerse cuando se adquieran obligaciones con terceros, originadas en el desarrollo de sus actividades y de las que se espere, a futuro, una salida de dinero. Situación que en el presente caso, corresponde a la facturación definitiva generada por el aliado, la cual surge luego de la aprobación por parte de la ESE.

Las situaciones expuestas sugieren nuevamente falencias en el cumplimiento del Marco Conceptual para la preparación y presentación de información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, y generan incertidumbre acerca de la razonabilidad de las cifras contenidas en los estados financieros, principalmente por el posible no reconocimiento de costos asociados a la operación del servicio de laboratorio en cabeza del aliado.

En consecuencia, las situaciones descritas permiten evidenciar la existencia de cláusulas contractuales que impactaron negativamente (como se observará en el capítulo de análisis

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

presupuestal) el presupuesto de la ESE, y además generan incertidumbre acerca de la razonabilidad de las cifras contenidas en los estados financieros, puesto que no se reconocieron cuentas por pagar sino provisiones relacionadas con la ejecución de este contrato.

En el desarrollo de acápite siguientes del presente informe, se exponen situaciones similares que confirman las falencias en el reconocimiento de las transacciones realizadas con los diferentes aliados de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.

Contrato 2777 – Servicios de Alimentación NP S.A.

En la revisión del *Informe de Gestión # 5 Servicio de Alimentación* correspondiente al periodo noviembre y diciembre de 2024, realizados por la firma de interventoría O&G Negocios y Consultorías S.A.S. al contrato 2777 suscrito con Servicios de Alimentación NP S.A., se evidenció que el servicio de suministro de alimentación fue suspendido unilateralmente por el aliado desde el 30 de abril de 2024, razón por la cual actualmente el servicio es prestado por el tercero VitalBaq S.A.S.

Al evaluar los pagos reportados por la ESE en el flujo de egresos reportado en el numeral 95 del requerimiento de información, se observó un total pagado de \$407 millones, correspondientes a facturación de 2023 y de abril de 2024. Asimismo, se identificó un valor total de \$7.200 millones reconocidos como cuentas por pagar así como el reconocimiento de costos por \$2.647 millones. En complemento, al analizar el detalle de las cuentas por pagar por edades entregado en el numeral 92 de la solicitud de información, se identificó la siguiente clasificación:

- a) 65% (\$4.695 millones) como deudas entre 181 y 360 días
- b) 26% (\$1.894 millones) como deudas mayores a 360 días
- c) 8% (\$611 millones) como cuentas por pagar entre 91 y 180 días

La información expuesta, explica el cese de actividades del aliado por la falta de pagos oportunos por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, aspecto que puede generar contingencias a nivel legal.

Al respecto llama la atención del equipo auditor la existencia de saldos no corrientes que no fueron presentados como tal en los estados financieros de 2024 y que no se haya revelado información alguna respecto de esta situación, la cual resulta material para la operación de la ESE.

Sobre el particular, se recuerda que de conformidad con el literal d) del párrafo 64 del numeral 1 del Capítulo VI de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos indican que las notas a los estados financieros

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

deben incluir entre otros: “información adicional que sea relevante para entender los estados financieros y que no se haya presentado en estos”.

Las situaciones expuestas sugieren nuevamente falencias en el cumplimiento del Marco Conceptual para la preparación y presentación de información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, y generan incertidumbre acerca de la razonabilidad de las cifras contenidas en los estados financieros, principalmente por el posible no reconocimiento de costos asociados a la operación del servicio de laboratorio en cabeza del aliado.

En el desarrollo de acápite siguientes del presente informe, se exponen situaciones similares que confirman las falencias en el reconocimiento de las transacciones realizadas con los diferentes aliados de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.

Contrato 0001-2023 – Unión Temporal Sociedad de Ayudas Diagnósticas del Atlántico

En la revisión del *Informe de Gestión # 5 Servicio de Imágenes Diagnósticas* correspondiente al periodo noviembre y diciembre de 2024, realizados por la firma de interventoría O&G Negocios y Consultorías S.A.S. al contrato 0001 suscrito con la Unión Temporal Sociedad Ayudas Diagnósticas del Atlántico, se evidenció el siguiente informe financiero de la ejecución del contrato:

Imagen nro.42. Extracto Informe de Gestión de Firma de Interventoría

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$303.966.000.000						
ADICIONES: 0		VALOR PAGADO AL ALIADO: 2.389.201.166		VALOR ANTICIPO: 0		
MES	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	VALOR POR EJECUTAR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	VALOR POR EJECUTAR
ENERO	N/A	\$ 0	\$ 303.966.000.000	UTA 15	\$ 714.672.509	\$ 299.478.758.222
FEBRERO	UTA 1	\$ 18.312.262	\$ 303.947.687.738	UTA 16	\$ 774.684.538	\$ 298.704.073.684
MARZO	UTA 3	\$ 82.014.963	\$ 303.865.672.775	UTA 17	\$ 844.119.760	\$ 297.859.953.924
ABRIL	UTA 4	\$ 77.249.740	\$ 303.788.423.035	UTA 18	\$ 1.115.866.946	\$ 296.744.086.978
MAYO	UTA 5	\$ 377.676.314	\$ 303.410.746.721	UTA 19	\$ 959.868.815	\$ 295.784.218.163
JUNIO	UTA 6	\$ 286.751.635	\$ 303.123.995.086	UTA 20	\$ 558.598.000	\$ 295.225.620.163
JULIO	UTA 7	\$ 373.971.754	\$ 302.750.023.332	UTA 21	\$ 901.797.436	\$ 294.323.822.727
AGOSTO	UTA 8	\$ 495.672.233	\$ 302.254.351.099	UTA 23	\$ 1.025.005.505	\$ 293.298.817.222
SEPTIEMBRE	UTA 9	\$ 330.103.200	\$ 301.924.247.899	UTA 24	\$ 1.089.999.668	\$ 292.208.817.554
OCTUBRE	UTA 10	\$ 618.802.379	\$ 301.305.445.520	UTA 25	\$ 1.169.555.622	\$ 291.039.261.932
NOVIEMBRE	UTA 11	\$ 584.717.918	\$ 300.720.727.602	UTA 26	\$ 1.096.361.698	\$ 289.942.900.234
DICIEMBRE	UTA 12	\$ 527.296.871	\$ 300.193.430.731	UTA 27	\$ 967.871.874	\$ 288.975.028.360
TOTAL		\$ 3.772.569.269			\$ 11.218.402.371	
% EJECUCIÓN A DICIEMBRE 2024	4.9%	VALOR POR EJECUTAR A CORTE DICIEMBRE 2024	\$ 288.975.028.360	VALOR AVALADO PARA FACTURAR EN EL PRESENTE INFORME		\$ 967.871.874

Fuente: Informe de Gestión # 5 Servicio de Imágenes Diagnósticas noviembre y diciembre de 2024 entregado por O&G Negocios y Consultorías S.A.S. Cifras en pesos.

En el citado informe se identificó que durante la vigencia 2024, el aliado continuó dando cumplimiento a la cláusula quinta del contrato que estipula que la ESE debe pagar al aliado

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

el 80% sobre la facturación por los servicios prestados, situación que fue causal del hallazgo nro. 4 del informe de auditoría emitido por esta Superintendencia en el marco de la auditoría llevada a cabo en el año 2024, de conformidad con el Auto nro. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024.

Al respecto, no se observaron modificaciones al contrato que permitieran comprobar algún ajuste realizado a dicha cláusula, tal y como se había estipulado en el plan de mejora aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud durante 2024. En este sentido, persiste la condición del desequilibrio presupuestal y el riesgo de detrimento patrimonial que habían sido notificados en el referido informe expedido en 2024. Así mismo, se observa que el Gerente de la ESE no ha velado por la utilización eficiente de los recursos financieros, aun cuando es de su conocimiento el riesgo existente.

Al contrastar el valor total de la facturación expuesta en la imagen que precede de \$11.218 millones versus el flujo de egresos reportado por la ESE en el numeral 95 del requerimiento de información, se identificaron pagos por valor de \$1.200 millones, esto es, existe un posible saldo por pagar de \$7.775 millones (después de estimar el 80% del total facturado).

Asimismo, al analizar la información financiera suministrada por la ESE, no se evidenciaron cuentas por pagar al corte diciembre de 2024, solamente se identificaron provisiones por valor de \$9.668 millones y costos asociados a la Unión Temporal Sociedad Ayudas Diagnósticas del Atlántico por \$9.338 millones, situación que sugiere:

- i. Deudas adicionales de la ESE con el aliado, reconocidas de manera errada como provisiones, toda vez que éstas reflejan un saldo de \$9.668 millones, los cuales fueron incluidos como cuentas por pagar en la relación de cuentas por pagar clasificada por edades, entregada en el numeral 92 de la solicitud de información. En el Estado de Situación Financiera las provisiones se presentaron como corrientes en su totalidad, aun cuando en el archivo citado del numeral 92 se clasificaron en:
 - a) 49% (\$4.744 millones) como deudas cuentas por pagar menores a 30 días
 - b) 44% (\$4.214 millones) como cuentas por pagar entre 181 y 360 días
 - c) 7% (\$710 millones) como cuentas por pagar entre 91 y 180 días

Al respecto, llama la atención que en el Estado de Situación Financiera el saldo de \$9.668 se revela en la nota 21.1.6 como una cuenta por pagar registrada en la cuenta contable 249055, sin embargo en los balances detallados entregados en el numeral 77 del requerimiento de información, el saldo se encuentra registrado como una provisión en la cuenta 279090.

La situación expuesta sugiere nuevamente falencias en el cumplimiento del Marco Conceptual para la preparación y presentación de información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, y generan incertidumbre acerca de la razonabilidad de las cifras contenidas en los estados

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

financieros, principalmente por el posible no reconocimiento de costos asociados a la operación del servicio de laboratorio en cabeza del aliado.

En consecuencia, las situaciones descritas permiten evidenciar la existencia de cláusulas contractuales que impactaron negativamente (como se observará en el capítulo de análisis presupuestal) el presupuesto de la ESE, y además generan incertidumbre acerca de la razonabilidad de las cifras contenidas en los estados financieros, puesto que no se reconocieron cuentas por pagar sino provisiones relacionadas con la ejecución de este contrato.

En consecuencia, y una vez analizados la totalidad de los contratos suscritos con los cinco (5) aliados, se confirma que:

- Existen indicios de subestimación en los pasivos reconocidos durante 2024, toda vez que no se evidenciaron facturas generadas en esta vigencia dentro de las cuentas por cobrar de algunos aliados.
- Se observó el registro de provisiones en lugar de cuentas por cobrar en el reconocimiento de las obligaciones generadas con dos de los aliados, hecho que contraviene la naturaleza de las provisiones.
- Se identificaron casos en los cuales no se realizó afectación de costos por la ejecución de los contratos, hecho que genera serios cuestionamientos acerca de la metodología empleada por el área financiera de la ESE para el reconocimiento y medición de las transacciones económicas realizadas con los aliados.
- Se observaron discrepancias entre la antigüedad de las cuentas por pagar reportadas al equipo auditor y la presentación de las mismas dentro de los estados financieros, en los cuales se clasifica la totalidad de estas como *corrientes*, aun cuando en el detalle por edades se reportan saldos superiores a 360 días.

Los eventos descritos, confirman las falencias en el reconocimiento, medición y presentación de las transacciones realizadas con los diferentes aliados de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO durante la vigencia 2024.

Hallazgo nro. 17

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico presentó falencias en el reconocimiento, medición y presentación de las transacciones económicas realizadas con sus aliados durante 2024 y en consecuencia afectó la razonabilidad de su información financiera, toda vez que: i) Se identificaron facturas que no fueron reconocidas dentro de las cuentas por pagar aun cuando cumplían con los criterios para hacerlo, generando riesgo de subestimación de pasivos, ii) No se reconocieron costos asociados a la prestación de servicios por parte de los aliados, iii) Se reconocieron provisiones en lugar de cuentas por pagar en transacciones que no tenían ninguna incertidumbre, iv) Se presentó la totalidad

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

de las cuentas por pagar como corrientes, aun cuando existen partidas con antigüedad superior a 360 días y v) no se revelaron hechos materiales que impactaron la operación de la ESE tales como la suspensión del contrato de alimentación; incumpliendo con lo expuesto en los párrafos 19, 22 al 25, 29, 33, 42, 62, 71, 76 y 85 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, así como los numerales 3.1, 3.6 y 6.1 del Capítulo II, el literal d) del párrafo 64 del numeral 1 del Capítulo VI y el numeral 1.3.2.2 del Capítulo VI de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 e incurriendo en la infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

2.3.1.9 VERIFICACIÓN DEL COMPONENTE FINANCIERO

La Ley 100 de 1993, en su libro II, establece en el párrafo del artículo 185 que, todas las IPS deben contar con un sistema de información contable.

A su vez, el Decreto 780 de 2016 incorpora el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención y como componente del mismo, el Sistema Único de Habilitación cuyos estándares y criterios se reglamentan en la Resolución 3100 de 2019, la cual exige como condición de capacidad técnico – administrativa disponer de un sistema contable, el cual debe atender las especificaciones que le apliquen, de acuerdo con el marco técnico normativo de contabilidad e información financiera correspondiente a cada preparador de esta información.

Adicionalmente, la Ley 1314 de 2009 *“por la cual se regulan los principios y normas de contabilidad e información financiera y de aseguramiento de información aceptados en Colombia, se señalan las autoridades competentes, el procedimiento para su expedición y se determinan las entidades responsables de vigilar su cumplimiento”*, estableció en su artículo 10, que las funciones de inspección, vigilancia y control, incluida la imposición de sanciones, relacionadas con las normas de contabilidad e información financiera, serán ejercidas por las respectivas autoridades de supervisión sobre los preparadores de información financiera.

2.3.1.9.1. Priorización del Riesgo

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, conforme con la Resolución 851 del 30 de mayo de 2023, fue categorizada en riesgo alto, razón por la cual y de conformidad con el artículo 77 de la Ley 1955 de 2019 y artículo 8 de la Ley 1966 de 2019, deberá presentar ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero – PSFF.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Al respecto, se observó que en el *Informe de Evaluación Primer Semestre Año 2024 – Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados de Empresas Sociales del Estado en Riesgo Medio o Alto, a 30 de junio de 2024*, expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO continuaba con la elaboración del programa de saneamiento fiscal y financiero.

2.3.1.9.2 Marco Técnico Normativo de Contabilidad e Información Financiera Aplicable

La Contaduría General de la Nación expidió la Resolución 414 de 2014 relacionada con las “*Empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público*”, la cual conforme con el artículo 2 es de obligatoria aplicación para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO. A su vez, de acuerdo con la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, la entidad se encuentra clasificada en el grupo de supervisión C1 de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

En el mismo sentido, se extiende el alcance de su aplicación a lo establecido en la Resolución 139 de 2015, incorporando esta además los procedimientos contables, las guías de aplicación, el catálogo general de cuentas y la doctrina contable pública.

2.3.1.9.3 Análisis Presupuestal

Mediante Acuerdo No 040 del 28 de diciembre de 2023 la Junta Directiva de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, aprobó el presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia 2024 por valor de \$128.066 millones (incremento de 11% respecto a 2023), facultando y autorizando al Gerente para realizar incorporaciones al presupuesto de ingresos de los recursos provenientes de estampilla, contratos interadministrativos, venta de servicios o cualquier fuente de ingreso y realizar traslados entre las desagregaciones presupuestales y sustituciones de fuentes.

De conformidad con la ejecución presupuestal de ingresos, certificada por el gerente de la ESE en documento adjunto al numeral 87 de la solicitud de información, durante la vigencia 2024, el presupuesto presentó adiciones por valor de \$95.335 millones, fijando un valor definitivo anual de \$223.401 millones. No obstante, en la verificación de los actos administrativos entregados en el numeral 86 de la solicitud de información, se evidenciaron tres (3) resoluciones por concepto de adiciones, que suman un total de \$28.000 millones, esto es, existe un remanente de \$67.335 que no fue soportado mediante las resoluciones mediante las cuales se adicionara el presupuesto.

Respecto del total de traslados se observó concordancia entre las citadas fuentes de información adjuntas en los numerales 86 y 87 del requerimiento de información, en las que se identificó un total de \$5.750 millones.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

A continuación, se exponen las resoluciones de traslados y adiciones de presupuesto entregados al equipo auditor, correspondientes a la vigencia 2024:

Tabla nro. 37. Modificaciones de adición y traslado del presupuesto de ingresos y gastos – Vigencia 2024

Acto Administrativo	Fecha	Concepto	Valor
Resolución 103	26/02/2024	Traslado	365
Resolución 145	27/03/2024	Traslado	150
Resolución 333	24/06/2024	Traslado	4.730
Resolución 405	28/08/2024	Adición	5.000
Resolución 425	16/09/2024	Adición	21.647
Resolución 648	26/12/2024	Adición	1.353
Resolución 649	26/12/2024	Traslado	505

Fuente: Actos administrativos de modificación del presupuesto 2024 entregados por la ESE. Cifras en millones de pesos.

Adicionalmente, respecto de las resoluciones contenidas en la tabla que precede, se observaron discrepancias significativas entre estas y las incluidas en los informes de austeridad del gasto entregados por el área de Control Interno en el numeral 81 del requerimiento de información, los cuales exponen las siguientes:

Imagen nro.43. Actos Administrativos de modificación del presupuesto 2024 informados por Control Interno

ACTO ADMINISTRATIVO	FECHA	CONCEPTO	VALOR
Resolución No 001	1/01/2024	Liquidación	128.066.436.025,00
Resolución No 004	2/01/2024	adición	319.205.477,77
Resolución No 0024	15/01/2024	adición	No registra valor
Resolución No 0026	16/01/2024	Traslado	27.560.000,00
Resolución No 0058	21/01/2024	Traslado	9.586.097.193,00
Resolución No 0081	20/02/2024	Traslado	418.758.000,00
Resolución No 0103	26/02/2024	Traslado	364.759.716,00
Resolución No 0111	4/03/2024	Traslado	161.565.697,00
Resolución No 0144	27/03/2024	Traslado	1.486.235.414,00
Resolución No 0145	27/03/2024	Traslado	150.000.000,00
Resolución No 0226	30/04/2024	Traslado	\$ 7.203.044.734
Resolución No 0271	24/05/2024	Traslado	\$ 4.725.300.171
Resolución No 0296	6/06/2024	Traslado	\$ 4.555.134.605
Resolución No 0333	24/06/2024	Traslado	\$ 4.730.000.000
RESOLUCION No 0364	22/07/2024	Traslado	\$ 540.374.575
RESOLUCION No 388	13/08/2024	Traslado	\$ 2.342.354.083
RESOLUCION No 0421	16/09/2024	Traslado	\$ 449.936.088

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Fuente: Informes de Austeridad del Gasto del primer, segundo y tercer trimestre de 2024 entregados por la ESE. Cifras en pesos.

De acuerdo con lo anterior, los traslados en 2024 totalizaron \$36.741 millones sin considerar el último trimestre de 2024, es decir, un valor significativamente superior al certificado en los numerales 86 y 87 del requerimiento de información por \$5.750 millones. Asimismo, las adiciones identificadas por el área de Control Interno fueron de \$319 millones, esto es, una cifra inferior a lo indicado en los soportes entregados en los numerales referidos del requerimiento de información, relacionados con los mismos periodos de tiempo analizados por Control Interno.

A su vez, se observa la inclusión por parte del área de Control Interno, de doce (12) resoluciones adicionales, que no fueron entregadas al equipo auditor por parte de la administración de la ESE.

La síntesis de las adiciones y traslados expuestos en las diferentes fuentes de información se expone a continuación:

Tabla nro. 38. Valores informados de adiciones y traslados presupuestales – Vigencia 2024

Concepto	Según Actos Administrativos	Según Ejecución Presupuestal de Ingresos	Según Control Interno
Traslados	5.750	5.750	36.741
Adiciones	28.000	95.335	319

Fuente: Actos administrativos de modificación del presupuesto 2024, Ejecución Presupuestal de Ingresos e Informes de Austeridad del Gasto del primer, segundo y tercer trimestre de 2024 entregados por la ESE. Cifras en millones de pesos.

La situación expuesta, genera incertidumbre acerca de la fiabilidad de la información entregada a la Superintendencia Nacional de Salud en relación con el valor definitivo del presupuesto de la vigencia 2024, más aún cuando al contrastar los datos contenidos en las actas de junta directiva no se observaron aquellos relacionados con informes de ejecución presupuestal, que permitieran determinar con exactitud el valor del citado presupuesto.

Por lo anterior, se observan deficiencias por parte de la Junta Directiva respecto del análisis de la ejecución presupuestal de la ESE durante 2024, así como por parte de la Gerencia al no entregar la totalidad de actos administrativos que soportaran el valor certificado en la ejecución presupuestal de ingresos.

Hallazgo nro. 18

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no analizó los informes de ejecución presupuestal presentados por el Gerente ni emitió concepto sobre los mismos, toda vez que no se evidenció el registro en las actas respectivas de apartados que así lo comprobaran, vulnerando lo dispuesto en el numeral 9 del artículo 2.5.3.8.4.2.7 del Decreto 780 de 2016.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo nro. 19

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico entregó información incompleta y que carece de fiabilidad sobre adiciones y traslados presupuestales de la vigencia 2024, toda vez que: i) no se suministró la totalidad de actos administrativos que soportaran el valor de las adiciones certificadas por el gerente en el documento de ejecución presupuestal de ingresos de 2024 y ii) se observaron discrepancias en el total de actos administrativos informados por la administración de la ESE y el área de Control Interno; incumpliendo e incurriendo en la infracción administrativa descrita en los numerales 11 y 12 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

2.3.1.9.3.1 Ejecución Presupuestal

Considerando lo expuesto en el acápite anterior, el análisis presupuestal de la vigencia 2024, se realiza con base en el documento certificado por el gerente de la ESE denominado *Ejecución Presupuestal de Ingresos*, incluido en el numeral 87 del requerimiento de información.

Tabla nro. 39. Ejecución Presupuestal 2024 Vs 2023

Concepto	Vigencia 2023					Vigencia 2024				
	EJECUCIÓN DE INGRESOS									
	Ppto Definitivo	Recono cido	% Recono cido	Recaudo	% Recaudo	Ppto Definitivo	Recono cido	% Recono cido	Recaudo	% Recaudo
Disponibilidad Inicial	605	605	0,40%	605	0,65%	319	319	0,17%	319	0,29%
Ingresos Corrientes	162.314	151.801	99,21%	91.275	98,69%	222.825	182.182	99,79%	108.696	99,65%
Ingresos por VSS	123.389	114.203	74,64%	62.358	67,42%	208.818	172.221	94,34%	102.735	94,19%
Subsidiado	88.957	84.856	55,46%	49.236	53,24%	145.212	127.404	69,79%	77.854	71,38%
Contributivo	14.635	14.114	9,22%	8.476	9,16%	23.852	20.964	11,48%	11.674	10,70%
Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito	900	900	0,59%	-	0,00%	1.976	1.976	1,08%	66	0,06%
Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito	401	401	0,26%	66	0,07%	1.144	1.034	0,57%	322	0,30%
Fuerzas Militares	186	186	0,12%	23	0,02%	499	279	0,15%	28	0,03%
IPS Privadas	799	799	0,52%	71	0,08%	848	291	0,16%	-	0,00%
Población Extranjera	8.430	7.353	4,81%	1.446	1,56%	7.000	4.841	2,65%	1.470	1,35%
Cuentas por cobrar vigencias anteriores extranjeros	0	0	0,00%	0	0,00%	7.020	6.208	3,40%	6.208	5,69%
Particulares	82	82	0,05%	51	0,06%	80	77	0,04%	77	0,07%
Atención A La Población Pobre No Afiliada Al Régimen Subsidiado	2.835	2.385	1,56%	517	0,56%	4.517	2.136	1,17%	442	0,41%
Fondo Nacional De Salud De Las Personas Privadas De La Libertad	-	-	0,00%	-	0,00%	50	13	0,01%	-	0,00%
Otras Ventas De Servicios De Salud	1.338	830	0,54%	615	0,66%	7.791	679	0,37%	92	0,08%

	AUDITORÍAS				CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA				VERSIÓN	01
					FECHA	16/09/2022

Concepto	Vigencia 2023					Vigencia 2024				
	EJECUCIÓN DE INGRESOS									
	Ppto Definitivo	Reconocido	% Reconocido	Recaudo	% Recaudo	Ppto Definitivo	Reconocido	% Reconocido	Recaudo	% Recaudo
Cuentas por cobrar - Vigencias anteriores	0	0	0,00%	0	0,00%	2.779	505	0,28%	505	0,46%
Ventas Incidentales De Establecimientos No De Mercado	4.824	2.297	1,50%	1.857	2,01%	6.049	5.814	3,18%	3.998	3,67%
Transferencias Corrientes	38.925	37.598	24,57%	28.918	31,27%	14.007	9.961	5,46%	5.961	5,47%
Transferencia Del Recaudo De Estampillas	26.000	26.000	16,99%	17.320	18,73%	4.000	4.000	2,19%	-	0,00%
Cuentas por cobrar vigencias anteriores estampillas	4.389	3.062	2,00%	3.062	3,31%	10.007	5.961	3,27%	5.961	5,47%
Subvenciones - Cuentas Por Cobrar - Vigencias Anteriores	8.536	8.536	5,58%	8.536	9,23%	-	-	0,00%	-	0,00%
Recursos de Capital	929	607	0,40%	607	0,66%	257	59	0,03%	59	0,05%
Depósitos	6	1	0,00%	1	0,00%	3	2	0,00%	2	0,00%
Reintegros y Otros Recursos No Apropriados	923	606	0,40%	606	0,66%	254	56	0,03%	56	0,05%
TOTAL DE INGRESOS	163.848	153.012	100%	92.487	100%	223.401	182.559	100%	109.074	100%
Concepto	EJECUCIÓN DE GASTOS									
	Ppto Definitivo	Compromisos	% Compromisos	Pagos	% Pagos	Ppto Definitivo	Compromisos	% Compromisos	Pagos	% Pagos
Gastos de Personal	7.774	7.741	5,10%	6.735	7,28%	9.031	8.959	4,88%	8.136	7,46%
Adquisición de bienes y servicios	20.870	17.177	11,32%	10.600	11,46%	26.969	22.341	12,17%	14.530	13,33%
Transferencias Corrientes	2	2	0,00%	2	0,00%	2	2	0,00%	2	0,00%
Gasto por Tributos, tasa, contribuciones, multas, sanciones e int. de mora	212	211	0,14%	172	0,19%	386	385	0,21%	355	0,33%
Inversión	15.990	15.821	10,43%	14.664	15,86%	1.322	258	0,14%	107	0,10%
Gastos de Operación Comercial	119.000	110.732	73,00%	60.314	65,21%	185.692	151.700	82,60%	85.899	78,79%
TOTAL DE GASTOS	163.848	151.684	100%	92.487	100%	223.401	183.645	100%	109.029	100%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Ingresos 2023 y 2024 entregados por la ESE. Cifras en millones de pesos.

De acuerdo con lo expuesto en la tabla que precede, se observa una ejecución presupuestal del total de ingresos reconocidos por \$182.559 millones informando un recaudo del 59,75% del total reconocido por valor de \$109.074 millones, esto es, un porcentaje inferior de recaudo frente a 2023, vigencia en la cual el porcentaje ascendía a 60,44%.

La mayoría de sus ingresos reconocidos corresponden a los derivados de la venta de servicios de salud al régimen subsidiado (69,79%) y contributivo (11,48%), los cuales concentran el 81,27% del total.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Del reconocimiento de las estampillas de la vigencia 2024 se observó una disminución significativa del 85% frente a 2023, y no se recaudó ningún monto durante 2024. Lo anterior en razón al proceso ejecutivo de embargo de los dineros recaudados por concepto de estampilla por la demanda instaurada por Multiservicios Integral y Aseo MIA. Asimismo, se recibió el recaudo de \$5.961 millones de las estampillas reconocidas durante vigencias anteriores.

Respecto de los gastos de 2024, se observó que del total comprometido por \$183.645 millones, se pagó un valor de \$109.029 millones, esto es, el 59.37% del total de los gastos comprometidos, evidenciando un 1,6% menos de pagos realizados frente a la vigencia 2023.

Adicionalmente y con base en el análisis expuesto, el equipo auditor alerta sobre las siguientes situaciones reflejadas en el presupuesto de la vigencia 2024, las cuales generan incertidumbre acerca de la viabilidad financiera de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico:

- i. Al verificar el resultado presupuestal, se identificó la suscripción de compromisos por \$183.645 millones, mientras que los ingresos recaudados fueron de \$109.074 millones, obteniendo un déficit de \$74.571 millones, equivalente al 40,61% del total de compromisos. Al contrastar este resultado con las vigencias 2023 y 2022, se observa un incremento progresivo en el déficit presupuestal, toda vez que en dichos periodos los porcentajes fueron de 39,03% y 37,76% respectivamente.

Este hecho refleja que la ESE ha comprometido la mayoría de los gastos sin recibir la totalidad del ingreso. En consecuencia, la entidad no ha logrado mantener una operación equilibrada.

- ii. En el análisis del total de ingresos reconocidos (\$182.559 millones) respecto del total de gastos comprometidos (\$183.645 millones), se genera un saldo deficitario de \$1.086 millones, los cuales exponen las pocas posibilidades que tuvo la ESE de generar un mayor recaudo al finalizar la vigencia y cancelar así, la totalidad de los gastos comprometidos.
- iii. La ESE debe optimizar su gestión de cartera para garantizar un flujo financiero más adecuado que le permita atender sus obligaciones y compromisos, lo anterior, toda vez que el recaudo tanto en 2023 como en 2024 se mantuvo apenas en un aproximado de 60%.

Por lo anterior, y considerando entre otros, el comportamiento del pasivo durante las vigencias 2023 y 2024, el cual se incrementó al menos en 65% (\$44.418 millones – cifra que puede ser superior como se expondrá en el siguiente capítulo), es necesario evaluar si el pasivo que genera la ESE cuenta con fuentes de financiación reales que permitan cumplir con sus obligaciones.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En este sentido, se evidencia que dentro de sus mayores acreedores, se encuentran los aliados estratégicos que fueron citados en apartados anteriores del presente informe, los cuales durante 2024 concentraron el 10% del total de pagos realizados por la ESE (según lo informado en el flujo de egresos adjunto al numeral 95 del requerimiento de información) y respecto de los que la firma de interventoría O&G Negocios y Consultorías S.A.S. en sus informes de gestión de la Unión Temporal Servicios Farmacéuticos del Atlántico S & D, Unión Temporal UCI Pediátrica Neonatal del Atlántico y la Unión Temporal Sociedad de Ayudas Diagnósticas del Atlántico al corte diciembre de 2024 – enero 2025, informó faltantes en el presupuesto aprobado para dicha vigencia, tal como se observa a continuación:

Imagen nro.44. Faltantes en presupuesto alertados por la firma interventora

La unión temporal de UCI neonatal y pediátrica para la vigencia 2024 con corte al mes de realización del presente informe cuenta con una disponibilidad presupuestal de \$ 7.092.606.436, de los cuales ha ejecutado \$ 6.457.607.738, quedando un valor pendiente por ejecutar de \$ 634.998.698, lo que evidencia un faltante de \$ -365.028.579 en el presupuesto para cubrir el valor a facturar que fue avalado para el mes de agosto y el resto de la vigencia 2024.

La unión temporal de Imágenes diagnósticas para la vigencia 2024 con corte al mes de la realización del presente informe cuenta con una disponibilidad presupuestal de \$ 6.810.931.487, de los cuales ha ejecutado \$ 5.869.608.004, quedando un valor pendiente por ejecutar de \$ 541.323.483, lo que evidencia que se requiere un ajuste de \$ -483.682.022 en el presupuesto para cubrir el valor a facturar que fue avalado para el mes de agosto 2024.

La unión temporal de servicio farmacéutico para la vigencia 2024 con corte al mes de diciembre cuenta con una disponibilidad presupuestal de \$ 8.120.466.111, de los cuales ha ejecutado \$ 12.137.416.557, con base en esto se evidencia que se requiere un ajuste de \$ 4.016.950.446 en el presupuesto para cubrir lo ejecutado y lo avalado en facturación con corte a el mes de diciembre de 2024.

Fuente: Informes de gestión al corte diciembre 2024 – enero 2025 entregados por O&G Negocios y Consultorías S.A.S. Cifras en pesos.

En consecuencia, se mantiene el déficit presupuestal de la ESE que había sido notificado por esta Superintendencia en el hallazgo nro. 17 del informe de la auditoría integral llevada a cabo mediante Auto de Auditoría nro. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024, tal y como se expone en la siguiente tabla:

Tabla nro. 40. Resultado Presupuestal

Concepto	2023	2024
Ingresos Reconocidos (incluye disponibilidad inicial)	153.012	182.559
Ingresos Recaudados (incluye disponibilidad inicial)	92.487	109.074
Compromisos efectivamente obligados	151.685	183.645
Recaudo - Compromisos (Déficit Presupuestal)	- 59.198	- 74.571
Porcentaje Déficit Presupuestal	- 39,03%	- 40,61%
Equilibrio con Recaudo	0,60	0,60

Fuente: Ejecución Presupuestal de Ingresos 2023 y 2024 entregados por la ESE. Cifras en millones de pesos.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo nro. 20

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en su proceso de programación presupuestal incorporó durante la vigencia 2024, apropiaciones que superaron la expectativa real de recaudo, lo que implicó la adquisición de compromisos sin contar con una fuente cierta que respaldara su pago, generando déficit presupuestal del recaudo frente a los compromisos adquiridos del 40,61% (\$74.571 millones), comportamiento que implica un incumplimiento a lo establecido en los artículos 2, 5, 6, 7 y 21 del Decreto 115 de 1996, en concordancia con el artículo 17 de la Ley 1797 del 13 de julio de 2016.

Hallazgo nro. 21

El gerente de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no veló por la utilización eficiente de los recursos financieros de la entidad, toda vez que incluyó en el presupuesto de 2024 asignaciones destinadas al pago de los aliados estratégicos, los contratistas y otras obligaciones las cuales no fueron suficientes para cubrir el valor a facturar durante la vigencia citada, incumpliendo así con los numerales 7 y 10 del artículo 4 del Decreto 139 de 1996.

2.3.1.9.4 Análisis Estados Financieros

2.3.1.9.4.1 Cumplimiento del Principio de Negocio en Marcha

De conformidad con los continuos déficits presupuestales que indica la operación de la ESE, así como la incertidumbre en los saldos referidos en apartados previos del presente informe en los inventarios y la propiedad, planta y equipo de la ESE, los cuales representan el 53% del total del activo reportado en los estados financieros para la vigencia 2024, la posible subestimación de pasivos generada en el no reconocimiento de las obligaciones contraídas con los aliados y con el personal contratado mediante OPS, en adición a las demás situaciones expuestas con las ejecuciones de los contratos con los aliados y considerando que la revisoría fiscal, emitió su dictamen indicando una opinión desfavorable (adversa) respecto de la cual el equipo auditor de la Superintendencia Nacional de Salud ha confirmado su fiabilidad, se ha identificado que la continuidad en la operación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO podría encontrarse en riesgo, al no contar con un respaldo suficiente en sus fuentes de ingresos para cancelar sus obligaciones debido a la falta de gestión eficiente de los recursos y al no tener información financiera libre de errores materiales.

Esta situación va en contravía del principio de *negocio en marcha*, el cual se encuentra estipulado en los párrafos 41 y 42 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público.

Hallazgo nro. 22

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico al presentar situaciones que reflejan una gestión ineficiente de recursos que impactan su viabilidad financiera y al no

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

contar con información financiera libre de errores materiales, no observa el principio de contabilidad pública de negocio en marcha, vulnerando así el párrafo 41 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público.

2.3.1.9.4.2 Manual de Políticas Contables

En la revisión del Manual de Políticas Contables de la ESE, se evidenció que el mismo fue actualizado mediante la Resolución 458 del 03 de octubre de 2024, mediante la cual se modificaron las políticas asociadas con las cuentas por cobrar y las cuentas por pagar, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 1 y 2 de la Resolución 332 de 2022.

No obstante, se evidenció que la Contaduría General de la Nación expidió durante el año 2023 la Resolución No. 286 del 05 de septiembre de 2023 mediante la cual modificó la *Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos del Marco Normativo* aplicable a la ESE y la Resolución No. 413 del 04 de diciembre de 2023 por la cual incorporó la *Norma de gastos de transferencias y subvenciones en las Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos del Marco Normativo* aplicable a la ESE, normas que tenían aplicación a partir del 1º de enero de 2024, y respecto de las cuales el equipo auditor no evidenció alusión alguna en la modificación del manual aprobada mediante la citada Resolución 458 de 2024.

Entre otras, se observaron las siguientes situaciones en el Manual de Políticas Contables actualizado:

- ✓ No se evidenció un título que referenciara el apartado a partir del cual se daba inicio a la temática referente a las cuentas por cobrar. Adicionalmente, no se observó ningún acápite en el cual se hubiese modificado lo referente a la medición posterior de las cuentas por cobrar, situación que fue objeto de hallazgo en el informe de auditoría realizado en el marco del Auto nro. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024.
- ✓ Existen errores en la numeración, que dificultan la lectura y entendimiento del manual, y que denotan falencias en la elaboración del documento, tal como las expuestas a continuación:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.45. Errores en numeración del Manual de Políticas Contables

7. CONTROLES CONTABLES Los controles contables de los saldos de efectivo y equivalentes deben estar encaminados a: 8. CONTROLES CONTABLES Los controles contables de los saldos de efectivo y equivalentes deben estar encaminados a:
9. DEFINICIONES Efectivo Dinero mantenido en cajas menores, caja general, bancos y depósitos a la vista. Efectivo restringido Corresponde a dineros que posee LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO para cancelar un pasivo específico o dineros que recibe para administrar recursos de terceros destinados a la ejecución de proyectos específicos. 1. POLÍTICA CONTABLE GENERAL El área de Cartera de LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, evaluarán si existe evidencia objetiva de que una cuenta por cobrar o un grupo de ellas están

Fuente: Manual de Políticas Contables entregado por la ESE.

- ✓ La medición posterior de los inventarios no corresponde con lo indicado en el párrafo 23 del numeral 9.3 del Capítulo I de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos. En su lugar, el manual contiene el sistema de inventario que aplica y el mecanismo de cálculo del costo, es decir, una temática diferente a la indicada por la normatividad vigente.
- ✓ Respecto de la depreciación de la propiedad, planta y equipo establecida en el numeral 4.7 del manual de políticas contables se enuncia una tabla resumen incluida en el numeral 4.8.2, el cual no se encuentra incluido en el documento, y en consecuencia se desconoce a qué hace referencia.
- ✓ No son claras las situaciones específicas en las cuales la ESE emplea alguno de los dos (2) enfoques de estimación de valor de uso, toda vez que la descripción es ambigua y no refleja la adopción de la política en sus operaciones.
- ✓ El manual no incluye la descripción detallada acerca de cómo se efectúa la estimación de costos de desmantelamiento de sus activos, aun cuando alude este tema en diversas partes del documento.
- ✓ Sobre los arrendamientos financieros, el manual no es claro, toda vez que expone la definición del mismo, la cual concuerda con los marcos técnicos normativos, y a su vez

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

expone cuatro (4) características para clasificar un arrendamiento como tal. Estas características contradicen la esencia del concepto de un arrendamiento financiero.

- ✓ Respecto de las cuentas por pagar, no se observó ningún ajuste sobre el hallazgo incluido en el informe de auditoría realizado en el marco del Auto nro. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024.

De conformidad con lo expuesto, y sin perjuicio de temáticas adicionales que puedan presentar falencias e inconsistencias respecto del marco técnico normativo aplicable a la ESE en relación con el contenido de sus políticas contables, se observa que la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico mantiene su manual desactualizado y no ha contemplado las disposiciones normativas establecidas por la Contaduría General de la Nación.

Hallazgo nro. 23

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no ha efectuado la actualización de su manual de políticas contables, razón por la cual incumple con el artículo 2 de la Resolución 286 de 2023 y el artículo 3 de la Resolución 413 de 2023 expedidas por la Contaduría General de la Nación, así como con el numeral 8.1.2 del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 y modificatorios, en concordancia con las normas previstas para el Sistema de Información Contable de los prestadores de servicios de salud en el artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

2.3.1.9.5 Razonabilidad de la Información Financiera

Los prestadores de servicios de salud deben presentar de manera razonable la situación financiera, el rendimiento financiero y los flujos de efectivo de la entidad. La presentación razonable requiere la representación fiel de los efectos de las transacciones, otros sucesos y condiciones, de acuerdo con las definiciones y criterios de reconocimiento de activos, pasivos, ingresos, costos y gastos con la finalidad de que esta sea comprensible, relevante, material, fiable, íntegra, comparable y oportuna.

En la revisión de los estados financieros de la vigencia 2024, el equipo auditor evidenció lo siguiente:

- i. El Estado de Cambios en el Patrimonio no cuenta con la estructura que define el marco técnico normativo.
- ii. La certificación de los Estados Financieros no cumple con lo establecido en el artículo 37 de la Ley 222 de 1995.
- iii. El nivel de detalle de los pasivos incorpora un detalle de información que no atiende lo establecido en las revelaciones del marco contable aplicable y que denota la no selección de información que indica el marco conceptual para la preparación y

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público. Además, resta relevancia y comprensibilidad a la información financiera.

- iv. La nota 27 relacionada con el Patrimonio no expone la composición completa del mismo, y no incluye la pérdida del ejercicio, razón por la cual indica una variación de 0, hecho que no atiende a la realidad económica de la ESE.
- v. No se efectuó la declaración explícita y sin reservas del cumplimiento del Marco Normativo para Empresas que no Cotizan en el Mercado de Valores, y que no Captan ni Administran Ahorro del Público.
- vi. No se efectuó revelación sobre las limitaciones operativas y administrativas presentadas durante 2024, tales como: inconvenientes con el aplicativo Dinámica que han implicado la realización de numerosos ajustes manuales, no realización de empalme y entrega de información por parte del contador anterior, no realización de inventarios por caída del sistema de información; las cuales que tuvieron impacto en el desarrollo normal del proceso contable y en la razonabilidad de las cifras de 2024, y que fueron comentadas en la reunión sostenida con el Gerente y demás miembros del equipo directivo de la ESE el día 13 de marzo de 2025. Se precisa que esta temática hace parte de la información que debía revelar la entidad de conformidad con el marco técnico normativo que le aplica.
- vii. La ESE empleó las revelaciones de los estados financieros para exponer situaciones que generaron dudas sobre la razonabilidad de las cifras y para señalar la aplicación inapropiada de ciertas políticas, aspecto que va en contravía de lo indicado por la normatividad.
- viii. En reunión sostenida con el Gerente y todo el equipo directivo de la ESE el 13 de marzo de 2025, se comentó acerca de la falta de entendimiento y posible no razonabilidad de los saldos certificados y dictaminados para la vigencia 2023, no obstante, en los estados financieros no se evidenció la re-expresión correspondiente que confirmara este hecho.
- ix. En la reunión en comento, la ESE expuso algunos acontecimientos relacionados principalmente con mejoras en la radicación de facturación, los cuales acaecieron de manera posterior al cierre, sin embargo, no se identificó ninguna revelación que expusiera dicha situación.
- x. La Revisoría Fiscal emitió dictamen con opinión desfavorable (adversa) sobre los estados financieros al corte 31 de diciembre de 2024. El equipo auditor verificó el fundamento de dicho dictamen y constató la veracidad y razonabilidad de las afirmaciones consignadas en el documento.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo nro. 24

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no presentó los estados financieros al 31 de diciembre de 2024 aplicando los criterios establecidos en el marco normativo aplicable a las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público toda vez que: i) no elaboró el Estado de Cambios en el Patrimonio con la estructura requerida, ii) no incluyó la afirmaciones que debe contener una certificación de estados financieros, iii) presentó falencias en la revelación de los pasivos y el patrimonio, iv) no efectuó la declaración explícita y sin reservas del cumplimiento del marco normativo, v) no reveló las limitaciones operativas y administrativas presentadas durante 2024 ni los hechos ocurridos de manera posterior al cierre, vi) no re-expresó los estados financieros de 2023, a pesar de que existían condiciones que lo justificaban y vii) consignó erradamente en las revelaciones, temáticas asociadas con la aplicación inapropiada de políticas y posibles riesgos de saldos no razonables. Por lo anterior vulneró el artículo 37 de la Ley 222 de 1995, así como los párrafos 10, 12, 15, 19, 22, 33 y 124 a 127 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público y los numerales 3.6 y 6.4 del Capítulo II; 1.3.4.1, 1.3.6.2, 4.3 y 5.3 del Capítulo VI de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 e incurriendo en la infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

2.3.1.9.6 Deterioro Cuentas por Cobrar

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben estimar las pérdidas por deterioro de sus cuentas por cobrar, con el fin de reconocer fielmente el valor de sus activos, teniendo en cuenta las evidencias objetivas que la entidad considere evaluar de conformidad con su política contable, tales como el incumplimiento de los pagos a cargo del deudor o el desmejoramiento de las condiciones crediticias de estos.

Al respecto el equipo auditor evidenció que durante 2024 no se reconocieron pérdidas por deterioro, y en consecuencia el deterioro acumulado de las cuentas por cobrar no presentó variación entre 2023 y 2024, registrando un valor de \$156 millones, hecho contraviene los marcos técnicos normativos y sus políticas internas, toda vez que de conformidad con lo estipulado en el Manual de Políticas Contables actualizado mediante Resolución 458 del 03 de octubre de 2024 y en el Manual de Cartera de fecha 30 de diciembre de 2023, la ESE indica que la cartera mayor a 360 días será deteriorada.

En este sentido, se observa que la no estimación del deterioro en el año 2024 generó un impacto directo en la disminución de la pérdida del ejercicio y en la sobreestimación del valor de las cuentas por cobrar, y en consecuencia del activo.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo nro. 25

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no realizó la debida estimación y reconocimiento del deterioro de las cuentas por cobrar para la vigencia 2024, ni reveló si la estimación se realizó de manera individual o colectiva; incumpliendo el numeral 2.4 del Capítulo I de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014, así como el numeral 1.2. de la sección de Cuentas por Cobrar del Manual de Políticas Contables y el artículo 17 del Manual de Cartera e incurriendo en la infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

2.3.1.9.7 Costos por Prestación de Servicios de Salud

De acuerdo con lo establecido en el artículo 185 de la ley 100 de 1993 que refiere: “*Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos*” y en consonancia con la información entregada por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO en respuesta al plan de mejora propuesto sobre la identificación y registro de los costos de sus servicios, el equipo auditor solicitó en el numeral 176 del requerimiento de información un documento explicativo acerca de la estructura de costos de la entidad.

Sobre el particular, el departamento de costos del vigilado aportó un documento denominado “*Estructura y/o Metodología de Costos*”, el cual no contiene evidencia de aprobación por parte del máximo órgano legal de la ESE ni fecha de elaboración. Este documento, difiere de la documentación suministrada el 17 de febrero de 2025, como respuesta al plan de mejora propuesto.

El documento contiene una extensa lista de los centros de costos que se encuentran en el software Dinámica, incluyendo un total de doscientos treinta y ocho (238), situación que claramente impide una identificación y seguimiento claros acerca de las unidades funcionales con las que opera la ESE. Adicionalmente, la información suministrada no permite referenciar la existencia de utilidades o pérdidas por área funcional, hecho que hace parte de la esencia misma de la implementación de un sistema de costos.

Asimismo, en la reunión llevada a cabo con el gerente y demás equipo administrativo de la ESE el pasado 13 de marzo de 2025, se ratificó que a la fecha la ESE no ha implementado un sistema de costos, tal y como se había indicado en el informe de la auditoría realizada en 2024 en el marco del Auto nro. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024.

Hallazgo nro. 26

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no cuenta con la información de costos distribuida en sus unidades funcionales que le permita determinar el valor de los servicios ofrecidos y que le sirva de herramienta gerencial para la contratación y toma de decisiones con las entidades responsables de pago, incumpliendo el artículo 185 de la Ley

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

100 de 1993.

2.3.1.10 VERIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.3.1.10.1 OFERTA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los prestadores de servicios de salud de conformidad con el Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019, deben prestar los servicios de salud que cuenten con habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS una vez surtido el trámite ante las entidades territoriales departamentales o distritales, garantizando la congruencia entre lo ofertado, prestado y habilitado.

Sedes

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, registra en REPS un total de cinco (5) sedes, de las cuales tres (3) se encuentran ubicadas en la zona urbana de la ciudad de Barranquilla, la sede principal ubicada en la Calle 57 No.23-100 y dos sedes ubicadas en las direcciones Cra 24 No.53D-80 y Cra 75 No.79B - 50. Además de una (1) sede ubicada en el municipio de Soledad y una (1) en Sabanalarga.

Es pertinente informar que el recorrido realizado por el equipo auditor fue ejecutado en la totalidad de las sedes. Se resalta que la sede de Soledad no registra directamente en REPS como sede de la ESE sino como una sede del CACR Sabanalarga; lo anterior, constituye una inconsistencia de inscripción en el REPS.

Imagen nro.46. Sedes de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO

AL CONSULTAR EN REPS CON NIT

Departamento	Municipio	Código	Nombre del Prestador	Dirección	Teléfono
Atlántico	BARRANQUILLA	0800105146	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	CALLE 57 No.23-100	6053850777
Atlántico	SABANALARGA	0863802452	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	CALLE 25 # 8 - 25	6053309000

SEDES BARRANQUILLA

Departamento	Municipio	Código Prestador	Nombre Prestador	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Zona
Atlántico	BARRANQUILLA	0800105146	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	0800105146	01	CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	URBANA
Atlántico	BARRANQUILLA	0800105146	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	0800105146	02	CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	URBANA
Atlántico	BARRANQUILLA	0800105146	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	0800105146	03	CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIATRICO CACE PEDIATRICO	URBANA

SEDE SABANALARGA

Departamento	Municipio	Código Prestador	Nombre Prestador	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Zona	Dirección	Teléfono
Atlántico	SABANALARGA	0863802452	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	0863802452	01	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	URBANA	CALLE 25 # 8 - 25	6053319538
Atlántico	SOLEDAD	0863802452	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	0875802452	02	CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	URBANA	Calle 65#Cra 6-241	6053319538

Fuente: consulta REPS 11/03/2025

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Ahora bien, la sede del municipio de Soledad, es una edificación nueva, por tanto, el nombre que aparece registrado en el REPS como Centro de Atención Complementaria Regional CACR Soledad. La señalización de esta sede no corresponde con la denominación descrita en REPS, puesto que aparece como UNA – Nuevo Hospital Juan Domínguez Romero, así:

Imagen nro.47. Nombre actual sede del municipio de Soledad - Atlántico



Fuente: Archivo fotográfico, tomado el día 11/03/2024- ubicado en la dirección calle 65 carrera 6 -241 del Municipio Soledad (Atlántico).

2.3.1.10.1.1 Servicios habilitados en REPS.

La ESE Universitaria del Atlántico en las sedes ubicadas en el Distrito de barranquilla, registra un total de 124 servicios habilitados en REPS, distribuidos así:

- **Centro De Atención Complementaria Especializado Alta Complejidad Adultos - CACE Alta Complejidad Adultos:** en REPS registra treinta y seis (36) servicios habilitados, distribuidos así: Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica (16,7%), Atención Inmediata (8,3%) Consulta externa (44,4%), Internación (16,7%) y Quirúrgicos (13,9%).
- **Centro De Atención Complementaria Especializada Mental CACE Mental:** Registra siete (7) servicios así: Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica (28,6%), Atención inmediata (14,3%), Consulta externa (28,6%) e Internación (28,6%).
- **Centro De Atención Complementaria Especializado Pediátrico CACE Pediátrico:** registra veintiséis (26) servicios, distribuidos así: Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica (23,1%), Atención inmediata (3,8%), Consulta externa (46,2%), Internación (15,4%) y Quirúrgicos (11,5%).

De lo anterior se identifica que el grupo de consulta externa e internación son los que reportan el mayor porcentaje de servicios habilitados en REPS.

Ahora bien, con relación a los servicios habilitados en las sedes CARC Sabanalarga y CARC Soledad, presenta la siguiente distribución de servicios.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- **Centro De Atención Complementaria Regional Sabanalarga CACR Sabanalarga:** registra veintisiete (27) servicios así: Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica (25,9%), Atención inmediata (14,8%), Consulta externa (37%), Internación (7,4%) y Quirúrgicos (14,8%).
- **Centro De Atención Complementaria Regional CACR Soledad:** registra veintiocho (28) servicios distribuidos en los grupos de atención así: Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica (25%), Atención inmediata (14,3%), Consulta externa (35,7%), Internación (14,3%) y Quirúrgicos (10,7%).

2.3.1.10.1.2 Capacidad Instalada

Los prestadores de servicios de salud deben garantizar la prestación directa de los servicios declarada y/o la capacidad instalada habilitada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Con relación a la capacidad instalada de las sedes de Barranquilla, Sabanalarga y Soledad de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, se llevó a cabo una validación comparativa entre lo reportado y lo realmente prestado durante los recorridos realizados por las sedes auditadas. Como resultado de esta revisión, se identificaron discrepancias en cuanto al número de la capacidad instalada declarada versus lo observado en campo. Estas diferencias se detallarán a continuación:

Tabla nro.41. Capacidad Instalada declarada vs. Revisión en campo

Sede	Grupo	Nombre	Cantidad declarada	Revisión en campo	Diferencia
CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	0	-1
	CAMAS	Adultos	115	114	-1
	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	7	7	0
	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	21	21	0
	CAMAS	Incubadora Intermedia Neonatal	5	5	0
	CAMAS	Incubadora Intensiva Neonatal	10	10	0
	CAMAS	Incubadora Básico Neonatal	5	5	0
	CAMAS	Cuna Intermedia Neonatal	5	5	0
	CAMAS	Cuna Intensiva Neonatal	5	5	0
	CONSULTORIOS	Consulta Externa	5	4	-1
	SALAS	Procedimientos	1	1	0
CACE MENTAL	CAMAS	Salud Mental Adulto	105	90	-15
	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	3	4	1
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	3	4	1

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Sede	Grupo	Nombre	Cantidad declarada	Revisión en campo	Diferencia
	CONSULTORIOS	Urgencias	1	1	0
	CONSULTORIOS	Consulta Externa	3	2	-1
	SALAS	Procedimientos	1	1	0
CACE PEDIATRICO	CAMAS	Pediátrica	52	49	-3
	CAMAS	Salud Mental Pediátrico	16	15	-1
	CAMAS	Intermedia Pediátrica	5	5	0
	CAMAS	Intensiva Pediátrica	9	8	-1
	CAMILLAS	Observación Pediátrica	15	15	0
	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	3	3	0
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	4	4	0
	CONSULTORIOS	Urgencias	2	2	0
	CONSULTORIOS	Consulta Externa	4	4	0
	SALAS	Procedimientos	1	1	0
	SILLAS	Ambiente transición urgencias	0	3	3
CACR SABANALARGA	AMBULANCIAS	Básica	1	1	0
	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	1	0
	CAMAS	Pediátrica	18	18	0
	CAMAS	Adultos	54	54	0
	CAMILLAS	Observación Pediátrica	7	7	0
	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	4	4	0
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	18	18	0
	CONSULTORIOS	Urgencias	4	4	0
	CONSULTORIOS	Consulta Externa	7	5	-2
	SILLAS	Ambiente transición urgencias	0	3	3
CACR SOLEDAD	AMBULANCIAS	Básica	1	0	-1
	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	1	0
	CAMAS	Pediátrica	21	19	-2
	CAMAS	Adultos	50	50	0
	CAMAS	Intermedia Adultos	2	2	0
	CAMAS	Intensiva Adultos	12	12	0
	CAMILLAS	Observación Pediátrica	8	8	0
	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	6	6	0
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	10	10	0
	CONSULTORIOS	Urgencias	2	2	0
	CONSULTORIOS	Consulta Externa	4	4	0

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Sede	Grupo	Nombre	Cantidad declarada	Revisión en campo	Diferencia
	SALAS	Procedimientos	1	1	0

Fuente: Elaboración propia del Equipo Auditor de la SNS a partir de la información reportada y recolectada durante los recorridos por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico

Al respecto se precisa que la sede CACE Mental presenta diferencias en el número de camas declaradas (-15), igual situación se presenta en el CACE pediátrico (-3). En cuanto a los consultorios de consulta externa en el CACR de Sabanalarga (-2), CACE Mental y CACE Alta Complejidad Adultos (-1) cada uno.

En la sede CACR Soledad la ambulancia para transporte asistencial básico- TAB (placas OCM-095) no se encontró en operación. Finalmente, se encontró sillas reclinables no declaradas para las sedes CACE Pediátrico y CACR Sabanalarga.

2.3.1.10.1.3 Prestación de servicios y/o Capacidad Instalada habilitada

Los prestadores de servicios de salud deben prestar directamente los servicios y/o capacidad instalada que tienen habilitadas en el REPS.

Durante la auditoría, se identificó que la ESE Universitaria del Atlántico no está prestando algunos servicios a pesar de tenerlos habilitados en el REPS, mientras que otros se encuentran operativos al 100%. A continuación, se presenta el análisis detallado:

Grupo Consulta Externa

CACE Alta Complejidad Adultos

De los 16 servicios habilitados no se prestan los siguientes: 344-Psicología, 332-Neurología, 411-Cirugía Maxilofacial, 387-Neurocirugía, 369-Cirugía Plástica y Estética, 335-Oftalmología, 355-Urología, 330-Nefrología, 329-Medicina Interna, 316-Gastroenterología, 356-Otras consultas de especialidad, 301-Anestesia.

CACE Pediátrico

De los 12 servicios habilitados no se prestan los siguientes: 369- Cirugía Plástica y Estética, 354-Toxicología.

CACE Mental

De los 2 servicios habilitados no se presta el servicio de 344-Psicología.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

CACR Soledad

De los 10 servicios habilitados no se presta: 301-Anestesia, 306-Cirugía Pediátrica Y 345-Psiquiatría.

Grupo de Servicios Quirúrgicos

CACE Alta Complejidad Adultos

- De los 5 servicios quirúrgicos habilitados, no se presta el 212-Cirugía Pediátrica.

CACE Pediátrico

- De los 3 servicios quirúrgicos habilitados, no se presta 213-Cirugía plástica y Estética.

2.3.1.10.1.4 Prestación de servicios y/o Capacidad Instalada NO habilitada

En la verificación realizada se observó que, frente a la capacidad instalada, la ESE Universitaria del Atlántico, presenta diferencias en lo reportado Vs lo evidenciado en campo:

Tabla nro.42. Servicios No Habilitados Prestados por Grupo de Atención

Grupo de Atención	Centro de Atención	Servicios No Habilitados Prestados
Consulta Externa	CACE Alta Complejidad Adultos	342-Pediatría
Servicios Quirúrgicos	CACE Alta Complejidad Adultos	245-Neurocirugía, 411-Cirugía 213-Maxilofacial, Cirugía Plástica y Estética

Fuente: consulta REPS 11/03/2025 y verificación in situ durante el desarrollo de la auditoría.

Dado lo anterior, se concluye que la ESE Universitaria del Atlántico no realiza sus responsabilidades frente a los reportes de novedades de servicios y/o capacidad instalada ante la entidad territorial.

Por otro lado, los servicios no prestados pero habilitados constituyen una barrera de acceso a la población. Adicionalmente, los servicios prestados, pero no habilitados y capacidad instalada no declarada, se consideran un riesgo teniendo en cuenta que no se cumplen con las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para prestar servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia descripción del mismo incumplimiento relacionado con el no reporte de novedades de servicios y capacidad instalada ante la entidad territorial, permaneciendo en el tiempo.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo nro. 27

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, NO garantiza el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la inscripción y habilitación de servicios ante la entidad territorial en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, toda vez que: 1) NO presta servicios y/o capacidad instalada a pesar de tenerlos habilitados en el REPS; 2) Presta servicios y/o capacidad instalada que NO están habilitadas en el REPS; incurriendo en el incumplimiento del artículo 5 capítulo I, artículo 9, numeral 12,3 del artículo 12 del capítulo III de la Resolución 3100 del 2019 este último modificado por el artículo 5 de la resolución 544 de 2023; artículos 2.5.1.3.1.1, 2.5.1.3.2.6, parágrafo 2 del artículo 2.5.1.3.2.7 y el artículo 2.5.1.3.2.9 del Decreto 780 de 2016, numeral 8 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de Ley 1949 de 2019. (Hallazgo para traslado a Entidad Territorial).

2.3.1.10.2 SERVICIO DE URGENCIAS

Los prestadores de servicios de salud de conformidad con el Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019, Resolución 5596 de 2015 y la Circular Externa nro. 035 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, deben brindar la atención de urgencias de manera integral, continua y oportuna garantizando la seguridad del usuario.

La Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y la Protección Social, por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", dispone en su artículo nro. 1 "Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", para ser aplicado en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".

La Circular Externa nro. 035 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, estableció las directrices para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, con el fin de garantizar continuidad e integralidad en la prestación de los servicios de salud, definiendo en su numeral 4 las responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre otras.

Todo prestador de servicios de salud debe tener en cuenta en sus procesos de atención los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, establecidos en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

El Artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, define las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En la apertura de la auditoria en el formato ATFT06 de la Superintendencia Nacional de Salud, en el requerimiento nro. 35 fue solicitado el protocolo de clasificación triage que incluyera los criterios de atención preferencial a las gestantes con enfoque diferencial, para lo cual la ESE entrega los siguientes documentos:

- ❖ “*PROCEDIMIENTO DE ATENCION DE URGENCIAS*” código PT-PS-750 VIGENCIA: diciembre 2022. Versión 4. Este procedimiento incluye el paso a paso de la atención de urgencias generales, que expone los lineamientos normativos en materia del servicio de urgencias, pero no presenta actividades para la atención preferencial a las gestantes.
- ❖ “*ANEXO 1. PT-PS-750 PRIORIZACIÓN TRIAGE OBSTETRICO*” Anexo en pdf que lista los criterios de clasificación del triage obstétrico.

Por lo anterior, al no tener parámetros estandarizados en la atención de urgencias para gestantes con enfoque diferencial se puede incurrir en fallas en el proceso de atención en salud.

2.3.1.10.2.1 Oportunidad tiempos de atención pacientes clasificados en Triage I y II.

Las Instituciones prestadores de servicios de salud deben dar cumplimiento al marco normativo estipulado en el artículo 5 “*Categorías del "Triage"*” y artículo 6 “*Responsabilidades de la Institución Prestadora de Servicios de Salud*” de la Resolución 5596 de 2015.

Frente a lo anterior, el equipo auditor verificó en campo el cumplimiento de lo establecido en el anterior marco normativo, identificando que el procedimiento de urgencias la ESE tiene definidos los tiempos y priorización de triage.

En el requerimiento nro. 37 del archivo ATFT06 fue solicitado “*Listado de usuarios clasificados con triage I y II de los últimos tres meses y hasta el momento de la auditoría, en los que sea posible identificar a niños menores de 5 años con Desnutrición, gestantes, población indígena, usuarios con problemas o trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, salud mental y violencias de género (violencia sexual, violencia intrafamiliar, víctimas del conflicto armado) debe incluir como mínimo hora de ingreso, hora de clasificación, hora de atención por medicina*”.

La ESE suministra base de datos en Excel donde se registran variables relacionadas con: identificación del paciente, edad, motivo de consulta, fecha y hora de triage, clasificación triage, EPS, sede, tipo de ingreso (hospitalario – ambulatorio), fecha de ingreso, fecha y hora de atención médica, diagnóstico, piso de egreso y fecha de egreso; en esta, no queda registrada la primera actividad del protocolo “*Ingreso del paciente al CACE/ CACR*”, situación que también se evidenció en campo. No se está validando esta variable, así mismo no queda registrado los datos de población diferencial como fue requerido.

De lo anterior, se observa que, durante los meses de enero, febrero y lo corrido de marzo de 2025 se han atendido 1754 pacientes clasificados con triage I y II en la ESE, de la clasificación restante no se evidencia registro.

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

En este sentido se observa lo siguiente:

Tabla nro.43. Registro de usuarios clasificados en triage I de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO durante el periodo de enero a marzo de 2025

Nr.	Documento	Edad	Sede	Oportunidad 1 (h:mm:ss)	Oportunidad 2 (h:mm:ss)	"DXFOLIO"	"DIAGNÓSTICO"	"PISO_EGRESO"
1	030220255	86	CACR SABANALA RGA	1:24:43	6:18:15	S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	Sin dato	CACE ALTA - HOSP ADULTO - PISO 6 B
2	1140895392	27	CACR SOLEDAD	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
3	1129535204	36	CACR SABANALA RGA	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
4	22437445	69	CACR SOLEDAD	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
5	1002073645	22	CACR SABANALA RGA	0:52:24	58:04:19	T902-SECUELAS DE FRACTURA DEL CRANEO Y DE HUESOS FACIALES	Sin dato	CACE ALTA UCI ADULTOS INTENSIVOS
6	1043594016	25	CACR SABANALA RGA	0:06:18	Sin dato	Sin dato	Sin dato	AMBULATORIO
7	1043586134	19	CACR SABANALA RGA	0:04:43	Sin dato	Sin dato	Sin dato	AMBULATORIO
8	1002071750	27	CACR SABANALA RGA	0:10:04	1:08:53	S097-TRAUMATISMOS MÚLTIPLES DE LA CABEZA	Sin dato	CACE ALTA - HOSP ADULTO - PISO 6 A
9	22530084	73	CACR SABANALA RGA	0:02:43	Sin dato	Sin dato	Sin dato	AMBULATORIO
10	3756041	79	CACR SABANALA RGA	0:09:18	1:45:28	I219-INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	Sin dato	AMBULATORIO
11	1005550510	35	CACR SABANALA RGA	0:03:16	1:52:13	J459-ASMA, NO ESPECIFICADO	J459-ASMA, NO ESPECIFICADO	AMBULATORIO
12	1052946418	20	CACR SABANALA RGA	0:10:26	5:55:35	W348-DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS, OTRO LUGAR ESPECIFICADO	W348-DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS, OTRO LUGAR ESPECIFICADO	MEDICINA INTERNA HOSPITALIZACIÓN CACR SABANALARGA

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Nr.	Documento	Edad	Sede	Oportunidad 1 (h:mm:ss)	Oportunidad 2 (h:mm:ss)	"DXFOLIO"	"DIAGNÓSTICO"	"PISO_EGRESO"
13	8644322	46	CACR SABANALA RGA	0:05:04	Sin dato	Sin dato	R570-CHOQUE CARDIOGENICO	AMBULATORIO
14	1128164400	26	CACR SABANALA RGA	0:05:11	0:32:53	S118-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL CUELLO	S118-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL CUELLO	AMBULATORIO
15	32764571	451	CACE MENTAL	0:08:09	Sin dato	Sin dato	F231-TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO, CON SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA	OBSERVACION ADULTO SEDE MENTAL
16	1041890114	35	CACR SABANALA RGA	0:03:16	1:14:32	S311-HERIDA DE LA PARED ABDOMINAL	Y838-OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	CACE ALTA - HOSP ADULTO - MEDICINA INTERNA PISO 3
17	1001933596	24	CACR SABANALA RGA	0:16:53	1:34:42	S217-HERIDA MULTIPLE DE LA PARED TORACICA	S311-HERIDA DE LA PARED ABDOMINAL	MEDICINA INTERNA HOSPITALIZACION CACR SABANALARGA
18	1043003731	34	CACR SABANALA RGA	0:12:34	3:54:52	S411-HERIDA DEL BRAZO	S411-HERIDA DEL BRAZO	AMBULATORIO
19	870014	65	CACE PEDIATRIC O	0:08:22	2:25:29	J189-NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	I500-INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	CACE ALTA SOTANO UCIA
20	1042970888	36	CACR SABANALA RGA	0:03:21	2:02:23	S202-CONTUSION DEL TORAX	S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	AMBULATORIO
21	1129535930	36	CACR SABANALA RGA	0:00:11	4:14:24	S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	CACE ALTA - HOSP ADULTO - PISO 6 B
22	1007972220	27	CACR SABANALA RGA	0:13:19	6:02:26	S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	S018-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	MEDICINA INTERNA HOSPITALIZACION CACR SABANALARGA
23	8633279	63	CACR SABANALA RGA	0:08:22	Sin dato	Sin dato	W320-DISPARO DE ARMA CORTA, VIVIENDA	AMBULATORIO
24	1002073509	26	CACR SABANALA RGA	0:15:10	2:47:36	S081-AMPUTACION TRAUMATICA DE LA OREJA	S088-AMPUTACION TRAUMATICA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	CACE ALTA - HOSP ADULTO - PISO 6 B
25	1193039104	25	CACR SABANALA RGA	0:16:27	15:14:08	S015-HERIDA DEL LABIO Y DE LA CAVIDAD BUCAL	S219-HERIDA DEL TORAX, PARTE NO ESPECIFICADA	CACE ALTA - HOSP ADULTO - MEDICINA INTERNA PISO 3
26	5005262	20	CACR SABANALA RGA	0:01:55	16:17:36	S272-HEMONEUM OTORAX TRAUMATICO	X990-AGRESION CON OBJETO CORTANTE, VIVIENDA	QUIRURGICA HOSPITALIZACION CACR SABANALARGA
27	VEN31425497	19	CACE PEDIATRIC O	0:00:59	0:32:12	S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA	S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA	HOSPITALIZACION ADULTO-CACE ACA
28	5394911	30	CACE PEDIATRIC O	0:00:52	1:12:45	S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DANO DE LA(S) UNA(S)	S611-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DANO DE LA(S) UNA(S)	CACE ALTA - HOSP ADULTO - PISO 6 B
29	1194985379	2	CACE PEDIATRIC O	0:02:56	2:36:50	Y071-OTROS MALTRATOS	Y071-OTROS MALTRATOS POR PADRE O MADRE	HOSPITALIZACION B - PEDIATRIA -

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Nr.	Documento	Edad	Sede	Oportunidad 1 (h:mm:ss)	Oportunidad 2 (h:mm:ss)	"DXFOLIO"	"DIAGNÓSTICO"	"PISO_EGRESO"
						POR PADRE O MADRE		CACE PEDIATRICO
30	1158464663	10	CACE PEDIATRICO	0:02:46	2:52:16	Y071-OTROS MALTRATOS POR PADRE O MADRE	Y071-OTROS MALTRATOS POR PADRE O MADRE	HOSPITALIZACION B - PEDIATRIA - CACE PEDIATRICO
31	1043002562	17	CACR SABANALARGA	0:20:02	3:26:29	S517-HERIDAS MULTIPLES DEL ANTEBRAZO	S517-HERIDAS MULTIPLES DEL ANTEBRAZO	QUIRURGICA HOSPITALIZACION CACR SABANALARGA
32	1247208105	17	CACR SABANALARGA	0:07:19	0:55:07	S211-HERIDA DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX	S272-HEMONEUMOTORAX TRAUMATICO	CACE ALTA SOTANO UCIA

Fuente. Elaboración propia en atención a la auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025. Carpeta nro. 37.

Para el triage I se observan 32 registros, de los cuales no se pudo calcular por la incompletitud de la base de datos:

- Oportunidad 1 (diferencia entre el ingreso y la realización del triage) de la atención en 3 usuarios.
- Oportunidad 2 (diferencia entre la atención médica y la realización del triage) en 9 usuarios.

En cuanto a la clasificación de triage II, se identifican 327 usuarios de los cuales:

- 37 usuarios presentaron atención superior a 30 minutos, con tiempos que oscilan entre las 32 horas y 3 horas 15 minutos.
- La mayor demanda ha estado dada por condiciones traumáticas, seguidas de infecciones y dengue.
- Cabe aclarar que de esta clasificación de triage II, 90 registros se encuentran sin datos completos para validación de atenciones efectivas.

De la anterior tabla se observan casos de pacientes que superan los 10 minutos de ingreso para la atención, una vez realizado el triage, la mayoría de los usuarios presentan además una atención médica tardía (cálculo de oportunidad 2) que va desde una (1) hora hasta 58 (58) horas, lo que representa un riesgo de vida para los usuarios.

Así mismo, durante el recorrido por cada una de las sedes que tiene habilitado el servicio de urgencias, se encuentra que las dos sedes de mayor afluencia de pacientes son CACR de Sabanalarga y CACR de Soledad. Frente a lo anterior se encontró lo siguiente:

Centro de Atención Complementaria Regional CACR-Soledad

En el servicio de urgencias el día 11/03/2025 acudieron un total de 76 pacientes registrados desde las 3 y 35 AM hasta las 12 y 46 PM, de los cuales:

- ✓ Ninguno contaba con fecha de ingreso y hora.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- ✓ El 75% (57 pacientes) no presentaron registros de la fecha de atención por medico general y su respectivo diagnóstico.
- ✓ Diez (10) usuarios no registraron hora de egreso.

Imagen nro.48. Urgencias CACR Soledad



Fuente: Archivo fotográfico, tomado durante el recorrido servicio de urgencias - auditoria del 11 al 14 marzo de 2025.

Centro de Atención Complementaria Regional CACR Sabanalarga

De conformidad con el procedimiento presentado y el recorrido realizado, se observó que el paciente al ingresar es direccionado por el vigilante hacia la auxiliar de enfermería quien diligencia un listado (que no se encuentra sistematizado) y posteriormente, es llamado por la jefe de enfermería del consultorio de triage.

En base de datos nominal de atención de urgencias entregada por el CACR Sabanalarga descargada del sistema de información de la ESE, se evidencia:

- ✓ 1105 usuarios ingresados desde el 1 de enero hasta el 13 de marzo de 2025.
- ✓ Ninguno contaba con fecha de ingreso y hora.
- ✓ 20 usuarios tuvieron clasificación triage I.
- ✓ 1085 tuvieron clasificación triage II.
 - 104 usuarios superaron los 30 minutos de atención con un tiempo que oscila entre 31 minutos y 11 horas 48 minutos.

En este sentido, se identifica riesgos relacionados con la oportunidad en la atención y riesgos de vida, con tiempos que superan las disposiciones normativas, así como lo definido en el procedimiento de urgencias de la ESE.

Posteriormente, para validar el proceso de atención en salud se solicitaron historias clínicas aleatorias con sus anexos, con base en el censo de pacientes aportados por el CACR en

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

requerimiento nro. 130 “2.censo urgencias hospitalización” de los usuarios identificados con los documentos nro. 844191, 37892998 y 1043593338, en estas se señala lo siguiente:

1. Historia Clínica nro. 844191:

- Fecha y hora de clasificación de triage: 12/03/2025 09:15
- Clasificación triage: **sin registro en historia clínica**, no obstante, al revisar la base de datos nominal se evidencia que para este paciente la clasificación fue triage II (correspondiente a 30 minutos para la atención). Lo anterior, representa una inconsistencia en la información.
- Fecha y hora de ingreso: 12/03/2025 09:28.
- Edad: 91 años.
- Motivo de consulta: “Remisión de Campo de la Cruz por obstrucción intestinal”.
- Diagnóstico de ingreso: R101 – Dolor abdominal localizado en parte superior
- Diagnóstico de egreso: K590 – Constipación.

Análisis:

De acuerdo a los registros en la historia clínica se encuentra que el paciente fue valorado en urgencias y se realizó manejo inicial con LEV y manejo analgésico. Posteriormente, realizaron toma de paraclínicos e imágenes diagnósticas (Rx Abdomen) y se solicitó interconsulta por cirugía general la cual fue realizada hasta las 3:22 pm (aproximadamente 6 horas después del ingreso) para definición de conducta.

Historia clínica 37892998

- Fecha y hora de clasificación de triage: 12/03/2025 7:52 a.m.
- Clasificación triage: sin registro en historia clínica. En base de datos nominal (requerimiento 181) no aparece este registro.
- Fecha y hora de ingreso: 12/03/2025 8:00 a.m.
- Edad: 65 años.
- Motivo de consulta: “ME DUELE EL ABDOMEN, LA CABEZA, TENGO MAREO”
- Diagnóstico de ingreso: R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Análisis:

Paciente de 65 años quien ingreso al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal, cefalea y mareo, para lo cual fue valorado y se inició manejo con LEV, analgesia, antiácido y se solicitaron paraclínicos e imágenes diagnósticas.

2. Historia clínica 1043593338

- Fecha y hora de clasificación de triage: 12/03/2025 8:10 a.m.
- Clasificación triage: 2.
- Fecha y hora de ingreso: 12/03/2025 8:16 a.m.
- Edad: 16 años

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Motivo de consulta: “SE DESMAYO EN EL COLEGIO”
- Diagnóstico de ingreso: R-42X - MAREO Y DESVANECIMIENTO

Análisis:

Paciente de 16 años que ingreso a urgencias por lipotimia en el colegio, pero en la evaluación se evidenció que la menor presento cutting autoinfligido con ideas de tristeza e ideación suicida, para lo cual se inicia manejo con LEV y analgesia, se solicitaron paraclínicos, EKG, e interconsulta con trabajo social y psicología. Posterior a las interconsultas realizan remisión al CACE Pediátrico para valoración por Psiquiatría infantil. Identificando que pasaron más de 15 horas desde la remisión para ser trasladada a otra sede de la ESE (CACE Pediátrico).

Por otro lado, frente al manejo en urgencias se identifica múltiples fallas en la atención:

- No activación de la ruta de salud mental con enfoque diferencial y protección especial.
- No se realizó notificación a SIVIGILA de la ficha 356.
- No se registra diagnóstico de intento de suicidio.

Centro de Atención Complementaria Especializado Pediátrico CACE Pediátrico

Durante el recorrido realizado el 13 de marzo por el CACE de pediátrico, este se encontraba sin pacientes, se validó el proceso de triage y se encontró que el registro del ingreso a los pacientes es realizado en físico por auxiliar de enfermería. Al respecto, se encontraron varias fallas:

- No se observa registro de triage de pacientes que estuvieran con clasificación III y IV, razón por la cual las bases de datos presentadas no incluyen este nivel de atención.
- Se solicita el Triage e historia clínica de la paciente identificada con documento 1231341185 y al realizar la búsqueda en el sistema se evidencia que la menor no cuenta con esta información, se indaga la razón por la cual sucede esta situación y no hubo respuesta.

De lo anterior se concluye que la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico frente a la atención inicial en urgencias:

- No registra la información de los pacientes con clasificación de triage III, IV y V.
- Las bases de datos presentadas no cumplen con condiciones de confiabilidad y completitud por lo cual no se puede establecer el tiempo real de la oportunidad.
- En la clasificación de triage II, los tiempos de atención superan ampliamente los máximos establecidos en la normativa.
- Existen fallas en el registro de la historia clínica, debido a que no se evidencia registro de clasificación triage. NO se realiza el proceso de apertura de historia clínica a usuarios que asisten por urgencias.
- No hay activación de rutas de salud mental ni enfoque diferencial ni de protección especial en urgencias.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Por lo anterior, se identifican riesgos relacionados con la inoportunidad en la atención lo que conlleva a riesgo de vida de los pacientes.

2.3.1.10.2.2 Porcentaje Ocupacional Servicio de Urgencias

La Resolución 3100 de 2019 dentro del grupo de atención inmediata, relaciona el servicio de urgencias como el *“responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la prestación inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras”*. El cual debe ser prestado *“las 24 horas del día”*. Así mismo, el servicio de hospitalización *“es el servicio que presta atención en salud a pacientes que por su condición de salud requieren estancia hospitalaria mayor a 24 horas para monitorización o realización de procedimientos”*.

La ESE entrega documento denominado *“PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA ATENCIÓN DE ALTA DEMANDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS” CODIGO: PN-UR-001. Vigencia: Enero 2025. Versión 1. En este se presentan acciones tales como “Habilitación de áreas adicionales del servicio de urgencias”* con la capacidad de expansión por cada una de las sedes, la redistribución de personal, el aumento de camas, optimización de camas, adquisición de equipos y establecimiento de protocolos.

Como se mencionó en acápite anteriores las sedes que cuentan con capacidad instalada declarada para el servicio de urgencias son: Centro de Atención Complementaria Especializada Mental CACE Mental, Centro de Atención Complementaria Especializado Pediátrico CACE Pediátrico, el Centro de Atención Complementaria Regional – CACR Soledad y CACR Sabanalarga.

Durante el recorrido realizado se observó, frente a la ocupación lo siguiente:

Centro de Atención Complementaria Regional – CACR Soledad

Durante la visita realizada el 11 de marzo de 2025 al servicio de urgencias, se evidenció la presencia de 53 pacientes en espera de definición de conducta médica. Esta situación podría estar asociada a que el profesional a cargo del servicio se encuentra simultáneamente apoyando otras áreas asistenciales, como hospitalización, lo que podría estar generando demoras en la toma de decisiones clínicas y, en consecuencia, estancias prolongadas e injustificadas en urgencias.

Adicionalmente, el 12 de marzo de 2025, durante el recorrido por el servicio de hospitalización de adultos, se constató la disponibilidad de camas libres. No obstante, en el servicio de urgencias se observó que varios pacientes debieron pernoctar en silleterías y pasillos, pese a contar con orden de hospitalización.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Como medida inmediata adoptada en el marco de la auditoría, la Gestora de Seguridad del Paciente coordinó la asignación y el traslado de los usuarios que requerían hospitalización, con el fin de garantizar condiciones adecuadas de atención y mitigar los riesgos asociados a la permanencia prolongada en el servicio de urgencias.

CACR Sabanalarga, CACE Mental, CACE Pediátrico

Las IPS en la sala de observación de urgencias debe contar con camillas rodantes con freno y barandas. Además, debe garantizar un espacio mínimo de 6 m² por camilla (Resolución 3100 de 2019), fortaleciendo la seguridad del usuario.

Durante el recorrido realizado al servicio de urgencias en las diferentes sedes, se observó:

- Alta demanda de pacientes (CACE-Sabanalarga), los cuales estaban ubicados en diferentes áreas o cubículos de observación (diferentes a las camillas habilitadas). (imagen x)
- En el CACE-Mental se encontró paciente en camilla ubicado en el pasillo contiguo a depósito; espacio no adecuado, poniendo en riesgo la seguridad del usuario teniendo en cuenta la magnitud y severidad de los casos recepcionados en esta sede.
- En el área de observación (CACE-Sabanalarga), no se evidencia barreras físicas móviles o fijas entre camillas que garantice la privacidad de la atención y seguridad de los menores.
- En la sede CACR-Sabanalarga se ubican menores en áreas no adaptadas, como la sala de pequeñas cirugías. Lo cual, aumenta el riesgo de eventos adversos en los pacientes, dada la falta de supervisión constante del personal asistencial y monitoreo continuo. Además, interfiere en la oportunidad de atención de paciente que requieren procedimientos quirúrgicos menores.
- En la sede CACR-Sabanalarga, se evidenció que en el área de sala de pequeñas cirugías algunos menores no contaban con el registro de identificación en el tablero. Esta omisión representa un riesgo elevado de eventos adversos, como la suplantación, fuga o incluso el robo del menor. Se resalta que la adecuada identificación del paciente constituye una práctica obligatoria dentro de los lineamientos de seguridad del paciente.
- En la sala ERA de la sede CACR-Sabanalarga, se identificó la presencia de pacientes con diagnósticos no relacionados con patologías respiratorias, tales como dolor abdominal, herida en pierna y hernia inguinal. Esta situación reduce la oportunidad de atención oportuna para pacientes que sí requieren manejo por enfermedades respiratorias.
- En la sala ERA del CACE Pediátrico se observó la atención simultánea de adultos y menores, lo cual incrementa el riesgo de contaminación cruzada y la ocurrencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.493. Otras áreas de contingencia y de transición para la atención de observación CACR Sabanalarga.



Fuente. Registro fotográfico a partir de lo evidenciado durante la Auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

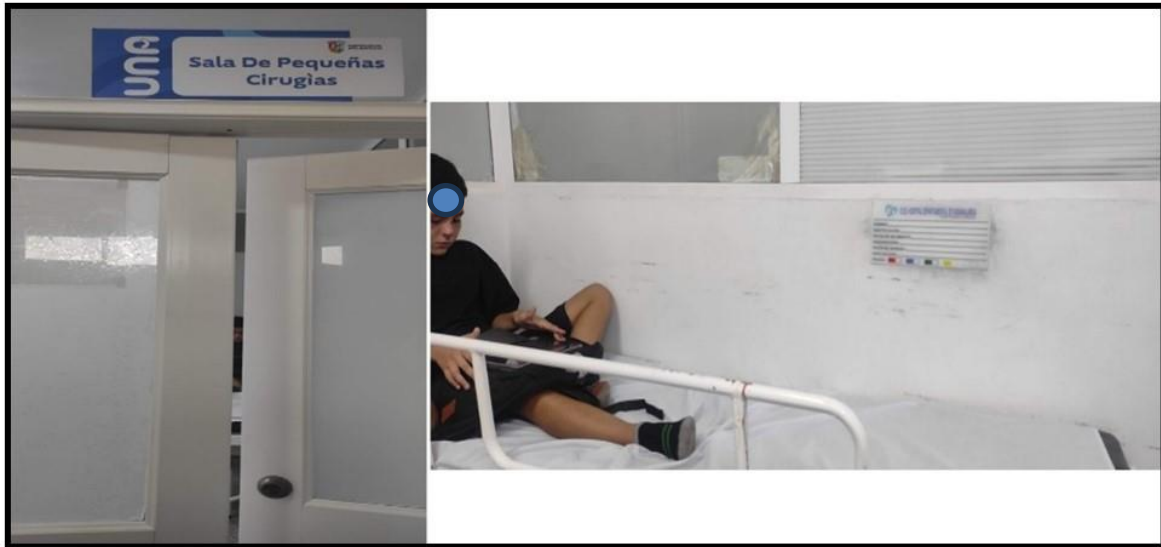
Imagen nro.50. Observación CACR Sabanalarga – CACE Mental



Fuente. Registro fotográfico a partir de lo evidenciado durante la Auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.51. Sala de pequeñas cirugías CACR Sabanalarga



Fuente. Registro fotográfico a partir de lo evidenciado durante la Auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

En conclusión, se observa que la ESE:

- No garantiza el espacio mínimo de 6 m² por camilla, poniendo en riesgo la seguridad del usuario.
- No garantiza la libre circulación, limitando el flujo y desplazamiento expedito del personal y usuarios; disminuyendo la oportunidad de atención inmediata.
- Ubica usuarios en áreas que no cumplen con los espacios mínimos requeridos establecidos en la normativa vigente.
- Ubica pacientes menores de edad en áreas no habilitadas y que no cumplen con monitoreo continuo de personal asistencial, aumentando el riesgo de eventos adversos, como la suplantación, fuga y en casos extremos, hasta el robo del menor.
- No se asegura la existencia de barreras físicas que garantice la privacidad y seguridad los pacientes; aumentando el riesgo de infecciones cruzadas, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) debido a que se ubican pacientes con diagnósticos y edades diferentes en la misma área.
- No se asegura la libre circulación, limitando el flujo y desplazamiento expedito del personal y usuarios; lo que disminuye la oportunidad de la atención inmediata.
- Sala ERA utilizada para fines o diagnósticos diferentes a lo suscrito del área; contribuyendo a disminuir la oportunidad de la atención de pacientes que puedan llegar a requerir este espacio.
- No existe sistema de llamado de enfermería en ninguna de las sedes.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Lo anterior, no se correlaciona con las disposiciones de expansión del documento “*PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA ATENCIÓN DE ALTA DEMANDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS*” CODIGO: PN-UR-001”.

Hallazgo nro. 28

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, No garantiza la atención de urgencias de manera integral, continua y oportuna que conlleve a la seguridad del usuario, toda vez que: i) No garantiza la atención oportuna en el servicio de urgencias ya que se evidencio usuarios clasificados triage II con tiempo de espera mayor a 30 minutos, ii) no garantiza el registro de la información del "triage" de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, iii) no activación de la ruta de salud mental con enfoque diferencial y protección especial, iv) la Sala de observación pediátrica y adultos no cumple con los espacios establecidos de 6 m² por camilla, ni presenta barreras físicas móvil o fija entre camillas, ni cuenta con sistema de llamado de enfermería, v) no se garantiza una atención con calidad, resolutivez del problema y definición de conductas tendientes a disminuir el riesgo para el usuario, de acuerdo con su proceso de salud – enfermedad, vi) no prestación de los servicios de salud con accesibilidad, seguridad, continuidad y oportunidad incumpliendo el Numeral 5.2 del artículo 5 y artículo 10 de la Resolución 5596 de 2015, artículo 14 de la Ley 1616 del 2013; numerales 18.15 y 18.16 del numeral 18 del Estándar de infraestructura del numeral 11.6 GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA 11.6.1 SERVICIO DE URGENCIAS del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, instrucción segunda y tercera de la Circular 013 de 2016, numerales 4.1 y 4.4 del numeral 4 de la Circular 035 del 2018.

2.3.1.10.2.3 Atención de urgencias ginecobstetricias

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben fortalecer el acceso efectivo a la atención integral en salud de las gestantes y los recién nacidos, con el fin de contribuir a la reducción de la mortalidad materna. Para ello, es necesario ajustar tanto los procesos asistenciales como administrativos en los diferentes servicios de atención dirigidos a la población materno perinatal.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Circular Externa 047 de 2022, impartió instrucciones específicas en el numeral 4, dirigidas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Frente a lo anterior, la ESE anexó en la carpeta No. 35 el documento denominado “ANEXO 1. PT-PS-750 Priorización Triage Obstétrico”. Tras la revisión del mismo, se evidenció que la clasificación presentada es de carácter genérico y no incluye la ruta de acceso específica para gestantes con acceso preferencial, ni la descripción de signos y síntomas particulares para cada uno de los niveles de triage (I, II, III, IV y V), lo cual limita una valoración más precisa y oportuna de esta población. Lo anterior, es una barrera para la atención oportuna

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

con acceso y calidad, contribuyendo potencialmente al aumento de la morbilidad materno perinatal.

Por otro lado, se observó que la priorización de las gestantes se realiza en la sala de espera de los servicios de urgencias.

Frente a lo anterior, se presenta lo evidenciado en las siguientes sedes:

Centro de Atención Complementaria Regional - CACR Soledad

El día 11/03/2025, se observa que para la realización del triage a gestantes no cuenta con un área física y señalizada para la valoración, identificando cuatro (4) mujeres en estado de embarazo ubicadas en el servicio, así:

Tabla nro.44. Censo de pacientes

ID PACIENTE	EDAD	FEHA INGRESO PACIENTE	FECHA TRIAGE	CAMA	FECHA ATENCION MEDICO	DIAGNÓSTICO	PISO_EGRESO	FECHA_EGRESO
CC 55228764	45	Sin dato	3/11/2025 11:13	Sin dato	11/03/2025	N390-INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	AMBULATORIO	11/03/2025
CC 44154297	43	Sin dato	3/11/2025 9:20	Sin dato	11/03/2025	R102-DOLOR PELVICO Y PERINEAL	AMBULATORIO	11/03/2025
CC 1151478122	35	Sin dato	3/11/2025 9:37	Sin dato	11/03/2025	N390-INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	AMBULATORIO	11/03/2025
CC 1140895392	27	Sin dato	11/03/2025 15:24:22	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato

Fuente: Tomado del censo de pacientes de urgencias del 11/03/2025.

De los anterior se identifica que:

- No registran la ubicación del paciente según la cama, ni la identificación de ser mujeres gestantes, ni la clasificación del Triage.
- No es posible evaluar los tiempos de espera (hora/minutos) comprendidos desde el ingreso del paciente hasta la atención por medico general.
- Usuaría identificada con historia Nro. 1140895392, corresponde a una primigestante de 39 semanas la cual no presento ningún registro en el censo de pacientes, por tanto, se solicitó la historia clínica, evidenciando que no especifica en datos de ingreso ni fecha y hora, ni clasificación triage, ni diagnósticos completos. Por tanto, se evidencia incumplimiento de los mínimos establecidos en el diligenciamiento de la historia clínica.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Centro de Atención Complementaria Regional - CACR Sabanalarga

El día 11/03/2025, se identifican en el censo tres (3) mujeres en estado de embarazo ubicadas en el servicio, así:

Tabla nro.45. Censo de Urgencias Ginecológicas del CACR Sabanalarga – 11 y 12 de marzo de 2025

Fecha Censo	Cama	Documento	Edad	Plan_Benef	Fecha ingreso	Fecha hosp. Cama actual	Diagnóstico
11/03/25	05-UG-OB02	1143228851	19 años	ESS207-RS	10/03/2025 11:12 p.m.	11/03/2025	Dolor pélvico y perineal
11/03/25	05-UG-OB03	1075222677	38 años	EPSS41-RS	11/03/2025 7:06:39 a.m.	11/03/2025 3:30 p.m.	Hemorragia vaginal y uterina anormal. No especificado
11/03/25	05-UG-OB04	1043018935	30 años	EPSS10-RS	10/03/2025 6:54:37 p.m.	11/03/2025 3:30 p.m.	Aborto retenido
12/03/25	05-UG-OB03	7124477	22 años	EPSS41-RS	11/03/2025 10:26 p.m.	12/03/2025 4:48 a.m.	Infección no especificada de las vías urinarias del embarazo
12/03/25	05-UG-OB04	1043004152	17 años	EPS010-RC	12/03/2025 12:29 a.m.	12/03/2025 4:49 a.m.	Otros dolores abdominales y los no especificados
12/03/25	05-UG-OB06	1045168916	21 años	ESS207-RS	10/03/2025 12:07 p.m.	11/03/2025 5:45 p.m.	Sin diagnóstico

Fuente: Elaboración propia a partir de lo evidenciado durante la Auditoría ordenada mediante Auto No. 2025410030000321-7 del 10 de marzo de 2025. Requerimiento No. 130 – Censo de pacientes.

Del censo anterior se observa que:

- No registran la ubicación del paciente según la cama, ni la identificación de ser mujeres gestantes, ni la clasificación del Triage, solo se registra a las que se les ha asignado cama (caso de la usuaria nro. 1045168916 (ingreso 10/03/25 y no aparecía registrada en el censo del 11/03/25).

Para validación de la aplicación del triage en mujeres gestantes y la oportunidad de la atención, se solicitaron las siguientes historias clínicas: CC. 6696791, 1045167309 y 1007128333, a continuación, se señalan las diferentes particularidades:

1. Usuaria con historia clínica nro. 1045167309, gestante de 18 años con 40 semanas de gestación, quien ingresa el 03/03/2025 por presentar edema en miembros inferiores, cefalea y picos febriles. En el registro de urgencias, se evidencia lo siguiente:
 - Registro inadecuado del triage (Clasificado en III) cuando la paciente presentaba signos y síntomas compatibles con una preeclampsia.
 - No hay registro de signos vitales, antecedentes personales y ginecobstetricos en el triage.
 - Desde la hora registrada de triage en el sistema (12:00) hasta la atención (13:01) paso una (1) hora, lo cual sumado a la inadecuada clasificación pudo desencadenar una posible mortalidad materno o neonatal.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- La hora de triage es inferior a la hora de ingreso y existen dos horas y fechas de atención inicial (13:01 y 12:49)
 - La edad de la paciente, en sistema (18 años), no coincide con la descrita en la historia clínica (28 años).
2. Usuaría con historia clínica nro. 6696791, gestante adolescente de 16 años con 29,3 semanas de gestación, quien ingresa el 25/02/2025 por presentar cefalea 8/10, dolor pélvico irradiado a región lumbar, tinitus, parestesias en manos, mareo. En el registro de urgencias, se evidencia lo siguiente:
- Registro inadecuado del triage (Clasificado en III) cuando la paciente presentaba signos y síntomas compatibles con una preeclampsia y posible infección de vías urinarias, que asociado a su edad aumenta el riesgo de complicaciones para la paciente y el feto.
 - No hay registro de signos vitales, antecedentes personales y ginecobstétricos en el triage.
 - Desde la hora registrada de triage en el sistema (3:47) hasta la atención (4:15) paso 27 minutos; sin embargo, en el contexto de una la inadecuada clasificación pudo desencadenar una posible mortalidad materno o neonatal.
 - La hora de triage es inferior a la hora de ingreso y existen dos horas y fechas de atención inicial (3:47 y 3:50).
 - La paciente tiene documento de permiso de protección temporal, lo cual presume que la paciente es migrante, adolescente gestante. Quien debe tener, en su contexto de vulnerabilidad, atención preferencial.
3. Usuaría gestante con historia clínica nro. 1007128333 de 22 años con 38 semanas de gestación quien es remitida a la institución por presentar cuadro de tres días de evolución de fiebre cuantificada, disuria y dolor lumbar con puño percusión positiva. En el registro de urgencias, se evidencia lo siguiente:
- No hay registro de signos vitales, antecedentes personales y ginecobstétricos en el triage.
 - Desde la hora registrada de triage en el sistema (19:30) hasta la atención (19:57) paso 27 minutos;
 - La hora de triage es inferior a la hora de ingreso y existen dos horas y fechas de atención inicial (19:57 y 19:45).
 - La edad de la paciente, en sistema (22 años), no coincide con la descrita en la historia clínica (15 años). Lo anterior, en caso de error, cambiaría el enfoque de priorización por ser sujeto de especial protección (adolescente gestante).

De acuerdo con lo anterior, se concluye que la ESE:

- No realiza la clasificación adecuada de triage obstétrico, a pesar de que las pacientes presentaban signos y síntomas compatibles con condiciones clínicas de alto riesgo, como preeclampsia o infección del tracto urinario en el contexto del embarazo. Esta clasificación errónea pudo haber retrasado la atención y aumentado el riesgo de complicaciones maternas y neonatales, incluyendo mortalidad.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Ausencia de registro clínico completo en el triage: se identificó la omisión sistemática del registro de signos vitales, antecedentes personales y ginecoobstétricos en la valoración inicial de triage. Esta falencia limita la adecuada evaluación de riesgo clínico y la priorización oportuna de la atención.
- Inconsistencias en los registros de ingreso y atención. Se encontraron discrepancias entre las horas de ingreso, triage y atención inicial en las historias clínicas analizadas, lo cual genera dudas sobre la trazabilidad de la atención y la veracidad de los registros. En algunos casos, la hora de triage registrada es anterior a la de ingreso, y existen múltiples registros con fechas y horas distintas para la atención médica inicial.
- Errores en la identificación de las pacientes. En dos de los casos revisados, se evidenciaron inconsistencias en la edad registrada en el sistema frente a la documentada en la historia clínica. Esta situación es especialmente crítica cuando se trata de adolescentes gestantes, quienes son consideradas población con enfoque de especial protección y, por tanto, deben recibir atención prioritaria.
- No se evidencian acciones específicas en la atención que reflejen la aplicación del enfoque diferencial para adolescentes gestantes o mujeres migrantes, pese a que algunas de las pacientes presentan condiciones de alta vulnerabilidad. Esta omisión contraviene los lineamientos establecidos para la atención integral con enfoque de derechos y equidad.

Contenido kit de Emergencia Obstétrica

Las IPS deben dar estricto cumplimiento al Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal nro. III y anexos contenidos en la Resolución 3280 de 2018. En concordancia, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Circular Externa 047 de 2022, emitió instrucciones en el literal a y g del numeral 4 dirigidas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

En relación con lo expuesto, el equipo auditor verificó en el campo el cumplimiento de lo establecido en el marco normativo descrito. Durante esta revisión, se identificó que la Empresa Social del Estado Universitario del Atlántico no dispone de un kit de emergencias obstétricas completo en los servicios de urgencias y sala de cirugía. Se observó que presentan los siguientes faltantes:

[illegible]

Con el soporte fotográfico anterior y lo evidenciado en la totalidad de las sedes se listan los siguientes faltantes:

- En este contexto, se identificó que la institución no cumple con sus responsabilidades al no tener completo los kits de emergencias obstétricas; afectando la atención segura de las pacientes gestantes que ingresan a la ESE y aumentando el riesgo de mortalidad materna, toda vez que no cumple con las mínimas existencias y presenta ausencia de dispositivos médicos en el kit.

Página 156 de 321

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

de reducir la mortalidad materna, definió en el literal en el literal a, d y g del numeral 4 lo siguiente:

(...)” a. Cumplir con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la entrega efectiva y oportuna de las atenciones definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno — Perinatal”(…)

(...)”d. Ajustar los procesos administrativos para que se garantice el acceso efectivo y oportuno a la atención, tales como, disponibilidad de agenda para la atención del cuidado prenatal, **atención preferencial a las gestantes y recién nacidos**, oferta de modalidades de prestación de servicios de salud acordes a características y requerimientos de las gestantes, modificaciones o ajustes consensuados para la atención de las gestantes y recién nacidos con pertinencia cultural”(…).

(...)”g. Disponer del talento humano, tecnologías e insumos necesarios para la atención de las mujeres durante la gestación, parto y postparto, así como la atención a sus complicaciones y emergencias obstétricas, por ejemplo, el kit para manejo de la emergencia obstétrica, entre otros, según los servicios habilitados”.

Hallazgo nro. 29

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, i) No garantiza el acceso efectivo y oportuno a la población gestante, ii) no garantiza la completitud de los kits de emergencia obstétrica lo establecido en los numerales 4.7.6, 4.8.5 y 4.9.5 del Lineamiento Técnico y operativo nro. III y el anexo 7 contenidos en la Resolución 3280 de 2018, y el literal a, d y g del numeral 4 de la Circular Externa 047 de 2022 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3.1.10.2.4 Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE

La sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional de Colombia introdujo cambios relacionados con la despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación, manteniendo las tres (3) causales de la Sentencia C-355 de 2006: “Cuando el embarazo es resultado de una violación”, “inseminación no consentida o incesto, si existe un riesgo para la vida o la salud física o mental de la mujer”, “cuando se diagnostican malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina”, así mismo busca garantizar la protección de la libertad de conciencia y la eliminación de barreras para el acceso a servicios de aborto seguro.

La Resolución 3280 de 2018, establece en la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal, las directrices para su operación de la interrupción voluntaria del embarazo, durante la consulta se debe “*debe informar en todo momento sobre su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y especificar las causales que ha establecido la sentencia C355- 2006. La información se debe suministrar de acuerdo con las características y particularidades de cada mujer*”

De lo anterior durante la apertura de la auditoría se solicitaron los siguientes documentos:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Requerimiento nro. 62. “1. Protocolo y guías para Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE y 2. Soportes de capacitación al talento humano y medición de la apropiación conceptual”. La ESE anexó pagina 252 a la 263 de la Resolución 3280 de 2025, por lo que se presume que no se cuenta con protocolo o guías para la IVE.
- Soporte de capacitación del 7 de mayo, 21 de mayo, 18 de junio de 2024 que incluye ente otros la “Res 2380 (Anticoncepción)”, del 25 de junio y 17 de julio de 2024, que incluye temática específica de historia clínica ginecológica dirigida a personal del CACR de Soledad de la CACR de Soledad.
- Soporte de capacitación del 25 de junio, 15 de agosto, 27 de noviembre y 5 de diciembre de 2024, que incluye temática específica de interrupción voluntaria del embarazo dirigida a personal del CACR de Soledad
- Soporte de capacitación febrero 5 de 2025 en sede ACA con especificación de conexión virtual de las otras sedes de la ESE, en temática de planificación familiar y anticoncepción Resolución 3280. Para esta sesión se adjuntan dos (2) archivos en Excel con soporte de encuesta pre-test y post-test, sin análisis de resultado cuantitativo.

De los soportes de capacitación presentados que es la sede CACR Soledad la única sede que ha venido realizando de manera sistemática acciones de capacitación y sensibilización continua sobre la interrupción voluntaria del embarazo durante la vigencia 2024 y lo corrido del 2025.

Requerimiento nro. 63: “Historia clínica completa que incluya todas la atenciones recibidas en las sedes de la institución en relación a la IVE según selección de la cohorte” al respecto la ESE adjuntó nueve (9) soportes de unidad de análisis, que no responden al requerimiento efectuado.

En contexto de lo anterior, de las historias clínicas del acápite de triage obstétrico no se evidenció que se informe sobre la sentencia, o si hay aplicabilidad de la misma teniendo en cuenta la edad gestacional, así mismo y con los soportes entregados no se logra evidenciar que la ESE presente procedimientos que permita generar acciones que respondan a las disposiciones legales ya mencionadas que garanticen la consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer, que incluye la valoración de la salud mental, del estado emocional, así como de las condiciones sociales asociadas al embarazo y su salud, orientación y asesoría para la toma de decisiones frente a las causales previstas por la sentencia C-55 de 2022, pacientes con interrupción del embarazo farmacológica y no farmacológica, asesoría y provisión anticonceptiva y consulta de seguimiento.

2.3.1.10.2.5 Gestión del proceso de Referencia y contrarreferencia

El decreto 780 de 2016 define la referencia y contrarreferencia como “el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permite prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando los principios de la calidad, continuidad e integralidad de los servicios en función de la organización de las

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud definidas por la entidad responsable de pago.

De conformidad con las normas referentes al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, y la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estipulado en la ley 10 de 1993, ley 715 de 2001, ley 1438 de 2011, Resolución 4331 de 2012 y el Decreto 780 de 2016; A los entes territoriales del sector salud, les compete organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de servicios de salud pública y privada en el departamento, además se le asigna la función de diseñar, implementar, controlar y evaluar el régimen

Los prestadores de servicios de salud deben garantizar la prestación de los servicios de salud con oportunidad y continuidad, servicios dentro de los cuales está el traslado asistencial de usuarios en cuyo desarrollo el prestador debe articularse con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE y con las Entidades Responsables de Pago - ERP, de tal manera que no se presenten retrasos que pongan en riesgo la integridad y seguridad de los usuarios.

Frente al requerimiento nro. 40. *“Protocolo, proceso y/o procedimiento de referencia y contrarreferencia de pacientes, la ESE entrega documento denominado “MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA” CODIGO: ML-IN-50, VIGENCIA: Agosto 2023, VERSION: 03, en este se resalta lo siguiente:*

“una estructura en red, la cual permite transformar el sistema de atención individual por un sistema de atención en redes organizado por grados de complejidad y cumpliendo con las normas técnicas establecidas por el Ministerio De la Protección Social”. (...)

“se dan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

✓ Remisión. Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado de este.” (...)

“Traslados internos: Es el traslado de pacientes entre las distintas sedes de la ESE por necesidades específicas del paciente”.

En los lineamientos generales numeral 8.2 se expone que:

“Las entidades aseguradoras de los pacientes serán las responsables, de establecer donde se continuará la atención en forma integral según afiliación al SGSSS y disponibilidad de camas u otros recursos requeridos. En caso de que dentro de las seis (6) primeras horas, no sea posible su ubicación, se procederá a notificar al CRUE, con el fin de definir el destino del paciente, para que reciba la atención necesaria para su estado de salud”.

Cuando un paciente hospitalizado o en urgencias, en las sedes fuera de Barranquilla, requiere de acuerdo a su patología y según criterio del médico tratante, un servicio de mayor complejidad o un servicio no habilitado, se inicia la activación con la CRUNA (Centro Regulador de la ESE) quienes posterior a recibir la solicitud, valoran la disponibilidad de especialistas y camas en las sedes y aceptan o no el usuario.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Ahora bien, en cuanto al requerimiento nro. 41. *“Indicadores de referencia y contrarreferencia con análisis de tendencias, acciones de mejoramiento o desviaciones negativas y soportes de su ejecución”*. La ESE entrega dos bases de datos, la primera del año 2024 y la segunda, del año 2025; estas bases contienen las siguientes variables: total de aceptaciones, total de negaciones, ingresos por municipios, referencia por especialidades y solicitud por EPS.

Al respecto, se evidencia que la ESE:

- No entrego la información solicitada de indicadores de referencia y contrarreferencia, que permitan orientar la toma de decisiones de manera permanente frente a la ocupación, el traslado y las necesidades de mejora continua.

Aunado a lo anterior, para el requerimiento nro. 42. *“Base de pacientes en gestión de referencia y contrarreferencia al momento de la auditoría”*. La ESE suministra un listado de 16 usuarios, con el servicio requerido: plan crónico, gastroenterología, “PAD”, pan angiografía, cx de mano, coloproctología, cardiología, cx tórax, cx mano, cardiología, cx vascular y fibronoscopia; sin embargo, no se detalla información adicional de fecha de la orden, fecha de solicitud del servicio y el desagregado de la solicitud por sedes.

Adicionalmente, la ESE aporta base datos denominada *“SEGUIMIENTO DE ACEPTACIONES Y NEGACIONES DE 2024 y 2025”* en archivo Excel con información mensual del año 2024 y del año 2025. Las variables que contiene son: número de caso, fecha de solicitud, hora de notificación, hora de respuesta, tipo de documento, número de documento, edad, unidad de medida, nombres y apellidos, sexo, diagnóstico principal, institución emisora y receptora, departamento y municipio, cobertura de salud, especialidad, estado del caso(aceptado/negado), comentarios y observaciones. Estas variables tampoco permiten realizar seguimiento a la oportunidad del proceso de referencia de la ESE.

De esta base de datos se observa que, durante el 2025 el CACE de Alta Complejidad en el mes de enero solamente remitió dos pacientes a su sede (CACE mental) por diagnósticos asociados a la salud mental.

La totalidad de las remisiones del CACR de Sabanalarga de enero (n=146), febrero (n=135) y marzo (n=58) estuvieron dadas a la misma red de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, con especialidades que la sede ya tiene como es: cirugía general, pediatría, cirugía pediátrica, ortopedia, ginecología y psiquiatría (resaltados a continuación).

A su vez las remisiones del CACR de Soledad de enero (n=140), febrero (n=112) y marzo (n=50) estuvieron dadas a la misma red de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, con especialidades que la sede ya tiene como es: cirugía general, pediatría, ortopedia, ginecología y psiquiatría.

En conclusión, la ESE:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- No realiza seguimiento al proceso de referencia y contrarreferencia con indicadores de eficacia y efectividad, no realiza análisis de tendencias, que permitan orientar la toma de decisiones de manera permanente frente a la ocupación, el traslado y las necesidades de mejora continua.
- Los Centros de Atención Complementarias remiten a la Centro de Alta Complejidad pacientes que requieren especialidades que tienen habilitadas y que se están prestando.

Se identifico paciente con con CC 1043587525, con tramite de remisión a la CRUNA para la sede CACE mental (Diagnostico de intento suicida), el 13 de marzo de 2025 a las 10:24. El mismo día a las 10:46 fue aceptado en la sede y fue aceptado a las 10:46 (hora solicitud remisión 10:24). No obstante, transcurrió aproximadamente 15 horas para que fuera efectivo el traslado, debido a dificultades en la operación del proceso en el horario de la noche.

2.3.1.10.3 SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Las instituciones prestadoras de servicios de salud garantizarán las condiciones de accesibilidad, oportunidad y continuidad en los procesos para la programación quirúrgica, cumpliendo con lo establecido en el artículo 6 “*Elementos y principios del derecho fundamental a la salud*”, y articulo 10 “*Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud*” de la Ley estatutaria 1751 de 2015, y lo contenido en el Artículo 2.5.1.2.1 Características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Decreto 780 de 2016.

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico tiene declarado en el registro especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS para área de cirugía las siguientes especialidades:

Tabla nro.46. Servicios quirúrgicos

SEDE	AREA	CODIGO	SERVICIO
CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	Quirúrgicos	203	CIRUGÍA GENERAL
CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	Quirúrgicos	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA
CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	Quirúrgicos	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	Quirúrgicos	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA
CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	Quirúrgicos	215	CIRUGÍA UROLÓGICA
CACE PEDIATRICO	Quirúrgicos	217	OTRAS CIRUGÍAS
CACE PEDIATRICO	Quirúrgicos	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
CACE PEDIATRICO	Quirúrgicos	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
CACR SABANALARGA	Quirúrgicos	203	CIRUGÍA GENERAL

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

CACR SABANALARGA	Quirúrgicos	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA
CACR SABANALARGA	Quirúrgicos	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA
CACR SABANALARGA	Quirúrgicos	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
CACR SOLEDAD	Quirúrgicos	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA
CACR SOLEDAD	Quirúrgicos	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA
CACR SOLEDAD	Quirúrgicos	203	CIRUGÍA GENERAL

Fuente: Elaboración propia del Equipo Auditor de la SNS a partir de la información reportada en REPS.

Fue indagado en el servicio por el listado de pacientes pendiente para programación de procedimientos quirúrgicos y fue evidenciado que la entidad no presenta pendientes de pacientes por programar en servicio de ambulatorio, toda vez que la demanda de consulta por las especialidades quirúrgicas en el servicio ambulatorio es baja, la mayor parte de cirugías se concentra en los pacientes que están hospitalizados y los que ingresan por el servicio de urgencias, no evidenciando inoportunidad toda vez que son cirugías de indicación de atención inmediata.

La ESE tiene declarada las siguientes salas de cirugía en el REPS, para cada una de sus sedes:

Tabla nro.47. Cantidad de salas de cirugía Declaradas por sede

SEDE	GRUPO	AREA	CANTIDAD
CACR SABANALARGA	SALAS	Sala de Cirugía	2
CACR SOLEDAD	SALAS	Sala de Cirugía	2
CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	SALAS	Sala de Cirugía	2
CACE PEDIATRICO	SALAS	Sala de Cirugía	1

Fuente: Elaboración propia del Equipo Auditor de la SNS a partir de la información reportada en REPS.

Al realizar la revisión en campo se identifica que el Centro de Atención Complementaria Regional – CACR Soledad cuenta con dos (2) quirófanos; de los cuales solo uno (1) está en operación para la atención de las especialidades de Cirugía ortopédica, ginecológica y general; dado que el otro quirófano No.3 está adaptado para la atención del parto, indicando ausencia de una sala para cirugía en general, como se aprecia a continuación:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.53. Sala de Cirugía – CACR Soledad



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Es referido que la programación de cirugía se realiza registro en base denominada “PROGRAMACIÓN” hora, quirófano asignado, nombre, identificación, edad, servicio, diagnóstico de procedimiento, procedimiento, cirujano, anestesiólogo, ubicación, entidad.

Las salas de cirugía actualmente se encuentran con la programación respectiva, se realiza la verificación de esta así:

Tabla nro.48. Verificación profesionales Salas de Cirugía.

SEDE	Cód.	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL MEDICO	DIAS					OBSERVACION
				L	M	M	J	V	
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIATRICO CACE PEDIATRICO	217	OTRAS CIRUGÍAS							
	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA							
	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	No se presta el servicio						
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	203	CIRUGÍA GENERAL	NAYIB HAY	X					24 horas disponibilidad
			TOMAS CABALLERO		X				24 horas disponibilidad
			OMAR HERRERA			X			24 horas disponibilidad
			JAIME MERLANO				X		24 horas disponibilidad
	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	ALVARO LOPEZ				X	X	24 horas disponibilidad
			DIEGO BLANCO						Rotativo
			NORMA CONTRERAS						Rotativo
			EDUARDO OTERO	x					
			SALOMON CHARANEK						
			ALBERTO DONADO		X				
			RAFAEL MARTINEZ			X			

	AUDITORÍAS				CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA				VERSIÓN	01
					FECHA	16/09/2022

SEDE	Cód.	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL MEDICO	DÍAS					OBSERVACION
				L	M	M	J	V	
			DUBAN ARRIETA					X	
	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	No se presta el servicio						
	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	JOSE MONTERO		X		X	X	ROTATIVO VIERNES Y SABADO
			EDGAR POLO	X		X		X	ROTATIVO VIERNES Y SABADO
	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	ROSANGEL DELGADO			x			ROTATIVO
	245	NEURO CIRUGÍA	DOUGLAS ALMIDA						ROTATIVO
			CARLOS BARTEL						ROTATIVO
	411	CIRUGÍA MAXILO FACIAL	JOSE QUIÑONES						ROTATIVO
	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	JULIETH CARRILLO						ROTATIVO
			JOSE FLOREZ					x	ROTATIVO
CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	203	CIRUGÍA GENERAL	FERNÁN PIÑERES		X				
			MIGUEL NAVARRO			X		X	
			RAFAEL VARGAS	X					
			YESID VIZCAÍNO				X		
	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	ALBERTO DONADO	X					
			ARIEL FLOREZ		X				
			SAMUEL CARBONELL			X	X		
			DIAMIELA ALEMAN			X			
			ANDRES MOLINA					X	
	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	FERNANDO BELTRÁN	X					
			ENRIQUE LLINÁS		X	X			
			CARLOS CARRILLO				X	X	
	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	BELISARIO FABREGA					X	
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	JAIRO ENRIQUE PALENCIA VILLAFañE						No aportaron información turnos.
	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	VIZCAINO GUERRERO CARLOS MARIO						No aportaron información turnos.
	203	CIRUGÍA GENERAL	OCHOA HURTADO LACIDES						No aportaron información turnos.

Fuente: Información verificada en campo durante auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

De lo anterior se evidencia que:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

*La sede CACE PEDIATRICO no presta el servicio de 213-CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA a pesar de estar habilitado.

* En la sede CACR SOLEDAD, no se contó con programación de cirugías para el mes de marzo 2025

*La sede CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS presta los servicios de 245-NEURO CIRUGÍA, 411-CIRUGÍA MAXILO FACIAL y 213-CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA sin estar declarados en esta sede.

* En la sede CACR SABANALARGA solo se realiza cirugías de urgencias.

*La sede CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS no presta el servicio de 212-CIRUGÍA PEDIÁTRICA a pesar de estar habilitado.

Una vez realizada la revisión de las salas se evidenció que:

- El inmobiliario presenta oxido, en desuso y en condiciones de limpieza y desinfección inadecuadas.
- La infraestructura se encuentra en inadecuadas condiciones de mantenimiento tales como: paredes desquebrajadas, los pisos presentan dilataciones y juntas, que no están selladas y no ofrecen continuidad de la superficie.
- Contaminación cruzada, toda vez que el ambiente de vestier para el personal asistencial de esta área, no funciona como filtro; el personal se cambia en el mismo espacio tanto para entrar como para salir.
- Reúso de dispositivos médicos que no permiten este.
- Las paredes o muros no ser impermeables, presentando deterioros que generan partículas que aumentan el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud como las de sitio operatorio – ISO.
- Inadecuadas condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección que no responden a un proceso dinámico de acuerdo con el servicio prestado.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.54. Salas de Cirugía



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Igualmente, al realizar revisión de la sala de parto, se observa mobiliario con presencia de oxido, equipos biomédicos fuera de servicio sin reporte ante el área de mantenimiento para lo correspondiente, las paredes presentan deterioros que generan partículas que aumentan el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud como las de sitio operatorio – ISO (Cesáreas).

Imagen nro. 55. Sala de Parto



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Dispone de salas de recuperación así:

- **CACE Alta Complejidad:** Cuenta con con cuatro (4) camillas para las salas y dos (2) camas en postparto.
- **CACE Pediátrico:** Cuenta con diez (10) camillas, lo que lama la atención toda vez que esta sede solo cuenta con un (1) quirófano declarado.
- **CACR Soledad:** Cuenta con con cuatro (4) camillas.
- **CACR Sabanalarga:** Cuenta con con cuatro (4) camillas.

No cuenta con la dotación completa como por ejemplo bombas de infusión.

Imagen nro.56. Área de Recuperación



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Hallazgo nro. 30

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, NO garantiza el cumplimiento de las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los servicios de salud especialmente en salas de cirugía, toda vez que: 1) infraestructura se encuentra en inadecuadas condiciones de mantenimiento; 2) las salas no cuentan con adecuada limpieza y desinfección; 3) paredes o muros no son impermeables, presentando deterioros que generan partículas que aumentan el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud como las de sitio operatorio – ISO; 4) Inmobiliario con presencia de óxido incurriendo en el

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

incumplimiento del numeral 11.1.2. ""estándar de infraestructura del numeral 11.1. ""estándares y criterios aplicables a todos los servicios"" numeral 11.5.1 "servicio de cirugía" del numeral 11.5 "grupo quirúrgico" del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.2.1 y 2.5.3.8.1.7 del Decreto 780 de 2016.

2.3.1.10.3.1 Proceso de Esterilización

Los PSS de conformidad con las Resoluciones 3100 de 2019 y 2183 de 2004, deben prestar los servicios en condiciones de seguridad, para lo cual están obligadas a contar con los ambientes o áreas requeridas en los procesos de esterilización, proveer material estéril a los servicios que lo requieran y en caso de reusar dispositivos médicos seguir las recomendaciones y autorizaciones de los fabricantes.

Debido a que es el servicio destinado a la limpieza, preparación, desinfección, almacenamiento, control, distribución de ropas, instrumental y material médico quirúrgico que requiere desinfección o esterilización. Se relaciona fundamentalmente con todos los servicios administrativos y asistenciales de la institución.

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, suministra documento denominado, "MANUAL DE PROCESOS CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN", código PM-ML-PS-850, versión 2, de fecha diciembre de 2022, con el objetivo de, "Garantizar un óptimo servicio de esterilización de equipos, materiales e insumos para proveer los diferentes servicios y dar cumplimiento a las cirugías y procedimientos quirúrgicos programados y eventos de urgencias de la E.S.E."

En el numeral 4.2.1. Infraestructura de la Central de Esterilización describe, "(...) La Central de Esterilización de las Unidades Básicas cuenta con un área física exclusiva y de circulación restringida ubicada de manera estratégica para atender los diferentes servicios de la institución. Está diseñada para facilitar la efectividad y la eficacia del procesamiento, minimizando la contaminación ambiental y evitando la contaminación de elementos, suministros e instrumentos limpios o esterilizados.

Los pisos son sólidos, resistentes, impermeables y de fácil limpieza; Los techos son de un material resistente, no combustible, impermeable y de fácil lavado. Cuenta con un sistema de ventilación diseñado de manera que el aire fluya de las áreas limpias a las sucias (..)"

Igualmente, el numeral 7.1. Almacenamiento indica que los encargados de la central de esterilización deberán velar por el cumplimiento de las siguientes condiciones, específicamente en el cuarto estéril para asegurar el almacenamiento de los materiales:

"(...) Debe ser un lugar exclusivo, libre de polvo, insectos y roedores. Contar con superficies lisas y lavables que permitan la limpieza y desinfección rutinaria y el aseo terminal (semanal). Ser de fácil acceso para Cirugía y servicios hospitalarios externos.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tener rótulos de identificación en los estantes y cajas que faciliten la identificación de los materiales (...).

De lo anterior, no se cumple en la entidad toda vez que al realizar recorrido por esta área se evidenció:

*Techos y paredes que no son de un material resistente, ni impermeable, ni de fácil lavado, pintura desquebrajada generando partículas que contaminan el material estéril.

*Los techos presentan ángulos expuestos que no evitan la condensación de humedad, polvos y partículas que son posibles causas de contaminación.

El manual de buenas prácticas de esterilización para los prestadores de servicios de salud adoptado por la Resolución 2183 de 2004 establece que el material estéril debe ser almacenado en condiciones que aseguren su esterilidad. La vida útil de un producto estéril va a depender directamente de los siguientes aspectos fundamentales: manipulación, transporte, almacenamiento y uso correcto, independientemente del método utilizado para su esterilización.

En cuanto a la esterilización para implantes (MAOS), en el numeral 9.1. IBIDEM Recibido de Material Quirúrgico Externo (OSTEOSINTESIS O ESPECIALIZADO) menciona que, en caso de recibir material externo de casa comercial, tales como osteosíntesis o equipo biomédico especializado para pacientes que serán intervenidos con uso de estos, se debe tener en cuenta las siguientes actividades y barreras de seguridad:

“(...) Área de programación informa sobre el tipo de material y casa comercial que despachara.

Instrumentador de central de esterilización recibe el material y realiza chequeo cruzado con lo informado por área de programación y la remisión que entrega la casa comercial, esta actividad se realiza en conjunto con el representante de la casa comercial que está entregando el material.

Siempre se debe recibir dos remisiones, una que es entregada a representante de casa comercial y otra que queda en la institución con el material.

Las cantidades descritas en la remisión deben ser iguales a lo que está en física, de lo contrario se debe registrar en ambas remisiones la nota aclaratoria. Ante faltante de insumos se debe informar enseguida a jefe del servicio, quien en conjunto con instrumentador de central deben consultar con casa comercial hora de la entrega de los mismos.

En caso de que la hora de entrega afecte el inicio de la cirugía según hora de programación (incluyendo tiempos de esterilización), se debe informar inmediatamente a médico especialista, para que defina hora de reprogramación en el mismo día.

En cuanto se cuente con el material se debe informar vía telefónica al médico especialista lo recibido y evitar posibles cancelaciones, incidentes o eventos adversos.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Antes de inicio de cirugía instrumentadora de quirófano en conjunto con representante de la casa comercial deben realizar que el material este completo y confirmar con especialista el material, este se dará antes de inducción de anestesia y se confirma al momento de la primera pausa de la lista de chequeo.

Una vez realizado el procedimiento, instrumentadora de la sala valida con soporte del gasto y registra en la hoja de gasto de material de osteosíntesis, la cual se adjunta al kit de farmacia a devolver, realiza registros en historia clínica en plantilla correspondiente.

El material (bandejas) queda en custodia en el área de central de esterilización, el cual será recogido por representante de la casa comercial, de igual manera se realiza chequeo cruzado y se confirma la devolución del contenido de las bandejas, se firma por ambas partes en ambas remisiones, quedando copia en la ESE de la misma (...)

El documento no contiene el método de esterilización utilizado en la entidad, para el material de osteosíntesis, se efectúa descripción del paso a paso del chequeo cruzado que se debe realizar. Durante el recorrido se indaga como se ejecuta la recepción técnica del MAOS y se identificó falta de esta, así como de formato de la misma, evidenciando ausencia de trazabilidad de los dispositivos médicos.

Al respecto se cita el contenido del numeral 1.6.2 del manual de buenas prácticas de esterilización para los prestadores de servicios de salud adoptado por la Resolución 2183 de 2004 que indica:
 “(...) **Esterilización de insumos y artículos especiales**

*b) **Implantes** Se entiende por implante cualquier cuerpo extraño que debe introducirse al organismo a través de una intervención quirúrgica y dejarlo instalado, temporal o permanentemente para restituir, mejorar o reemplazar una función, como: prótesis óseas o articulares, válvulas cardíacas y de hidrocefalia y marcapasos.*

Estos elementos deben tener garantías adicionales en cuanto a esterilidad y funcionalidad, debido a que estarán en contacto prolongado con partes estériles del organismo y las complicaciones derivadas de contaminación o fallas en el material que pueden producir efectos muy severos al paciente.

Una gran proporción de implantes son estériles de fábrica. En caso de que no sea así, se deben seguir estrictamente las recomendaciones del fabricante para su esterilización y no usarlos hasta obtener el resultado apropiado de los controles biológicos (...)

En relación con la bioseguridad, la entidad debe como parte fundamental de su organización y política de funcionamiento, involucrar objetivos y normas definidas que logren un ambiente de trabajo ordenado y seguro, para lo cual debe contar con normas generales de bioseguridad, dentro de las cuales incluya mantener el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene y aseo, aspecto que no se cumple en la institución.

La garantía de calidad es el conjunto de medidas adoptadas con el fin de asegurar que los productos esterilizados sean de la calidad necesaria para el uso al que están destinados,

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

no sólo está orientada a la obtención de material estéril de acuerdo con unas especificaciones dadas, sino también a la selección de insumos y equipos, a la eficiencia en el manejo de los recursos, entre otros, aspecto que no se cumple en la entidad.

Ambientes o áreas

Los PSS deben garantizar que el servicio donde se realiza el proceso de esterilización cuenta con los siguientes ambientes o áreas: recibo de material contaminado, lavado, secado, empaque, esterilización, almacenamiento de material estéril y, mesón de trabajo con poceta.

En cuanto a las instalaciones, la Central de Esterilización debe tener un área física exclusiva y de circulación restringida y debe estar ubicada de manera estratégica para atender los diferentes servicios de la institución, especialmente quirófanos.

En el área limpia de la central de esterilización debe existir entre otros, lo siguiente:

Preparación y empaque: En este sitio los instrumentos y elementos descontaminados y lavados son inspeccionados, preparados y empacados para el respectivo proceso de esterilización.

Preparación de paquetes de ropa y material: área donde la ropa limpia es inspeccionada en busca de defectos y materiales extraños, es arreglada en paquetes o almacenada.

Esterilización: En este sitio se ubican los equipos de esterilización. Espacios disponibles en la entidad.

Además, debe tener: **Zona de apoyo:** Es un área provista para instalaciones de baño, Vestier, sala para el personal y sala administrativa (la ESE cuenta con esta área).

Área para elementos de aseo: área en donde se lavan y mantienen los elementos de aseo de la central. Espacio no disponible en la entidad.

Almacenamiento de producto no estéril y material médico quirúrgico: Espacio en donde se almacenan elementos no estériles e insumos propios de la Central de Esterilización. La institución cuenta con esta zona.

Con respecto a los Equipos de esterilización deben estar instalados en ambientes suficientemente amplios de manera que: a) Pueda ser limpiado y sanitizado con facilidad cuando así se requiera; b) No dificulte la limpieza del ambiente (por ejemplo pisos, paredes), ni las tareas de mantenimiento; c) Permita el desplazamiento de personas y el movimiento de materiales; d) Permita cumplir con fluidez las etapas del proceso de esterilización minimizando el riesgo de confusión o de omisión de alguna de las etapas; e) Mientras se halle en funcionamiento no corra riesgo con la seguridad de las personas asignadas a su atención. La ESE no cumple con lo descrito anteriormente.

En cuanto al proceso de esterilización se evidenció:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

La infraestructura del servicio se puede decir que se encuentra en condiciones deficientes de mantenimiento, en el área NO se pueden identificar los ambientes y áreas señalizadas **unidireccionales de circulación restringida**, de esta manera se identifica que, a pesar de contar con diferentes ambientes a fin de garantizar presuntamente el proceso de esterilización, estos no cumplen porque:

Ambiente limpio: en el área de ubicación de los equipos de esterilización se observan autoclaves en un ambiente que no permite la limpieza y sanitización, realización de limpieza de pisos, paredes, en general las etapas del proceso, no cuenta con las zonas de apoyo como área para elementos de aseo.

Ambiente de almacenamiento se evidencia estantería con presencia de oxido para el almacenamiento de materiales o dispositivos estériles, el área NO cuenta con los protocolos de cada una de las etapas del proceso de esterilización, adicionalmente existe solo un espacio para ingreso y salida del personal lo que llevaría a contaminar el material “estéril”, aunado a lo anterior, en la parte superior del área el techo presenta resquebrajamiento generando partículas que contaminan el material estéril, de igual manera, vale la pena indicar que el empaque del material “estéril” no guarda las condiciones técnicas de calidad, lo que genera duda en el estado de esterilidad de los paquetes que salen de esta área.

No se observa mesa de transporte de equipos dentro de la central de esterilización, ni carros de transporte de equipos estériles y contaminados, debidamente marcados para el traslado seguro de los equipos fuera de la central de esterilización y las uniones entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, no cuentan media caña que evite la formación de aristas o de esquinas, tal como lo establece el Manual de Buenas prácticas de Esterilización y la Resolución 3100 de 2019.

La institución no asegura la socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central en servicios como urgencias, salas de cirugía, hospitalización, etc.

Imagen nro.574. Área de Esterilización

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

En conclusión:

- La infraestructura se encuentra en condiciones deficientes de mantenimiento, en el área NO se pueden identificar los ambientes y áreas señalizadas unidireccionales de circulación restringida.
- La institución no asegura el cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central en servicios como urgencias, salas de cirugía, hospitalización, etc.
- Incumplimiento al Manual de Buenas Prácticas de Esterilización
- No seguimiento y trazabilidad de los artículos que ofrece después de ser despachados.
- La garantía de calidad no se cumple, toda vez que no asegura que los productos esterilizados sean de la calidad necesaria para el uso al que están destinados.

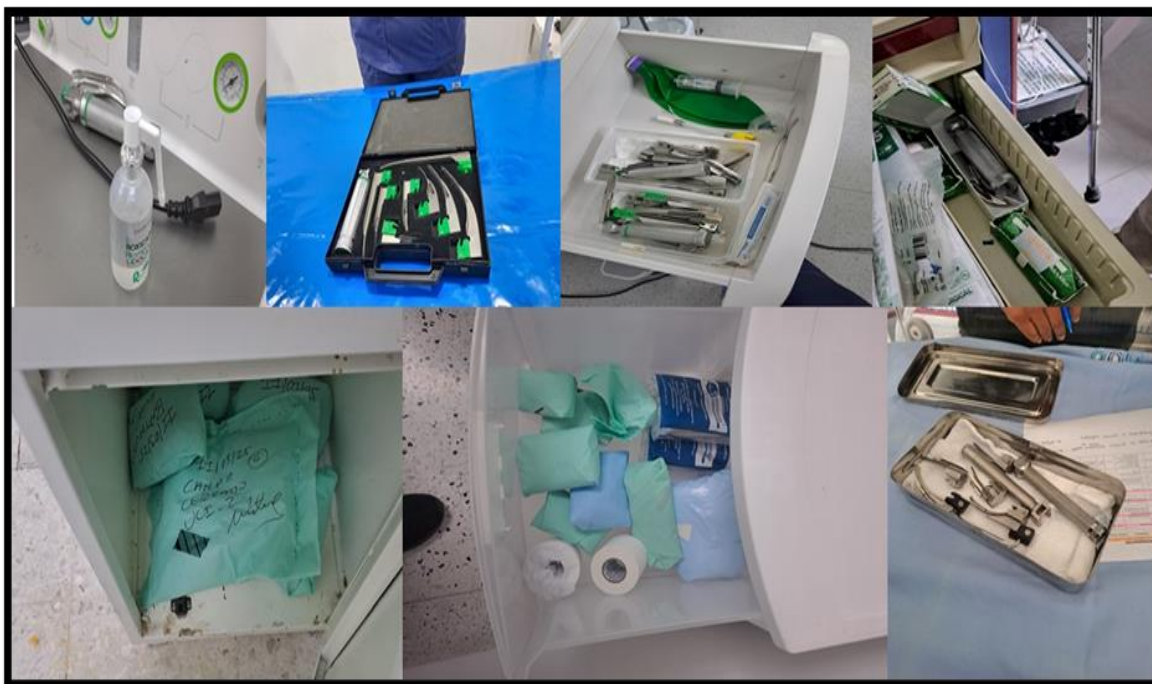
Dispositivos estériles

Las IPS deben verificar la integridad de los dispositivos estériles, identificando cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Respecto del proceso de esterilización de los dispositivos estériles se evidencia que presentan fallas en la marcación de estos, toda vez que algunos productos presuntamente estériles que se encontraban en el servicio no contaban con ningún tipo de rotulo, lo que presume no socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central. Además, las hojas de laringoscopio se encontraron en condiciones que no garantizan la desinfección que estas requieren.

Imagen nro.58. Dispositivos “Estériles” Observados



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Es importante recordar lo establecido en el manual de conductas Básicas de Bioseguridad del Ministerio de la Protección Social en el Capítulo II Numeral 2.4.2, que define como elementos semicríticos aquellos artículos que entran en contacto con mucosas; por ejemplo, equipos de terapia respiratoria, y anestesia, endoscopios de fibra óptica no invasivos, flexibles o rígidos, tales como broncoscopios y cistoscopios o el instrumental de odontología, entre otros. Las membranas mucosas intactas por lo general son resistentes a las infecciones, pero pueden no representar una protección adecuada contra organismos tales como el bacilo de la tuberculosis y los virus, por lo que requieren de una desinfección de alto nivel como la pasteurización o con productos químicos de alto nivel como el glutaraldehído al 2%, el peróxido de hidrógeno estabilizado o los compuestos del cloro.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Para ello, deben ser enjuagados completamente con agua estéril, luego de la desinfección. Después del enjuague, si los implementos no van a ser utilizados de inmediato, deben secarse muy bien y mantener las precauciones necesarias para evitar una descontaminación, observaciones que la ESE no aplica en su proceso de esterilización de las hojas de laringoscopia.

Reúso de los dispositivos médicos

Las IPS deben garantizar la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado, número límite de reúsos, nuevo etiquetado, registros y validación de los dispositivos médicos.

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, cuenta con resolución nro.0264 del 20 de mayo del 2022 por medio de la cual se aprueba *“la Política de NO REUSO DE DISPOSITIVOS de un solo USO”*

Igualmente, contiene en su artículo primero, *“Aprobar la POLITICA DE NO REUSO DE DISPOSITIVOS DE UN SOLO USO”*, la ESE, velando siempre por minimiza los riesgos de infecciones define la política institucional de NO REUSO de insumos, dispositivos y material quirúrgico de un solo uso, esta se basa en los principios de calidad, integralidad y eficiencia y aplica a todas las sedes de la entidad.

Durante el recorrido se evidenció dispositivos médicos en reuso que según su fabricante son de un solo uso como máscaras de anestesia, y cánulas de Guedel lo que indica que la entidad frente al proceso de esterilización No garantiza que el reúso de los dispositivos médicos cumpla los requisitos de

- *Limpieza:
- *Desinfección
- *Empaque
- *Reesterilización con el método indicado
- *Número límite de reúsos
- *Nuevo etiquetado
- *Registros
- *Validación

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.59. Dispositivos en Reúso



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Generando incertidumbre de la efectividad de la esterilización del material utilizado en los procedimientos realizados a los pacientes.

El Capítulo II del Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud. **Garantía de la calidad del proceso de esterilización** es un concepto que abarca todos los aspectos que influyen en la calidad del producto. Es el conjunto de medidas adoptadas con el fin de asegurar que los productos esterilizados sean de la calidad necesaria para el uso al que están destinados.

En su numeral 11. Seguimiento y trazabilidad, establece, “La trazabilidad es *“la capacidad para rastrear o localizar un producto por medio de identificaciones registradas, después de ser despachado”*. Por lo tanto, la central de esterilización debe establecer un método que asegure el proceso de trazabilidad de los artículos que ofrece, mediante los siguientes objetivos:

- Conocer la localización exacta de cada uno de los artículos distribuidos.
- Poder identificar cada uno de estos artículos en caso de obtener un resultado positivo en un control biológico.
- Conocer el tipo de artículos y el volumen en que se despachan a cada unidad.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

d) Tener control sobre los tiempos de caducidad de cada uno de los artículos.

La institución no realiza seguimiento ni trazabilidad de los productos después de ser despachados, esto incluye el material de osteosíntesis.

Hallazgo nro. 31

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, NO garantiza la seguridad del paciente con relación a la implementación de los procesos de esterilización, toda vez que:

a) NO cuenta con los ambientes y áreas señalizadas unidireccionales de circulación restringida; b) autoclaves en un ambiente que no permite la limpieza y sanitización; c) no cuenta con las zonas de apoyo como área para elementos de aseo; d) existe solo un espacio para ingreso y salida del personal lo que llevaría a contaminar el material “estéril”; e) techo presenta resquebrajamiento generando partículas que contaminan el material estéril; f) No cuentan con mesa de transporte de equipos dentro de la central de esterilización, ni carros de transporte de equipos estériles y contaminados; g) las uniones entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, no cuentan media caña que evite la formación de aristas o de esquinas, h) no socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central, i) Presenta fallas en la marcación de los dispositivos estériles, toda vez que algunos productos presuntamente estériles que se encontraban en el servicio no contaban con ningún tipo de rotulo, j) No se garantiza la integridad de los dispositivos estériles, no se identifica cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad; k) no garantiza la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado, número límite de reúsos, nuevo etiquetado, registros y validación de los dispositivos médicos en reuso; l) no realiza seguimiento ni trazabilidad de los productos después de ser despachados; incurre en el incumplimiento de los numerales 25, 27, de las generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus características, numeral 41, 47, de las generalidades de las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección, numeral 2 del numeral 11.1.2. Estándar de infraestructura del numeral 11.1. Estándares y criterios aplicables a todos los servicios, numeral 13.1.9. del numeral 11.1.5. Estándar de procesos prioritarios, numeral 11 del numeral 11.1.6. Estándar de Historia Clínica y Registros, numeral 8 del estándar de infraestructura del numeral del 11.5.1 Servicio de Cirugía del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado por la resolución 3100 de 2019, literal b del numeral 1.6.2 Esterilización de insumos y artículos especiales; numeral 2.4.4 Bioseguridad y numeral 2.4.5 Normas generales de bioseguridad; literales c, d y e del numeral 3.2 Áreas de la Central de Esterilización, literal h del numeral 4. Equipos de esterilización y (ambientes suficientemente amplios); 5.2 Rótulos para empaque, numeral 11. Seguimiento y trazabilidad, capítulo II del manual de buenas prácticas de esterilización para los prestadores de servicios de salud adoptado por la Resolución 2183 de 2004.

2.3.1.10.3.2 Control DM Implantables

Para los dispositivos médicos implantables, los PSS deben diligenciar y mantener una copia en la historia clínica de la tarjeta de implante, una vez se haya realizado el procedimiento,

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

la cual debe indicar como mínimo, lo siguiente: nombre y modelo del producto, número de lote o número de serie, nombre y dirección del fabricante, nombre de la institución donde se realizó la implantación y fecha de esta e identificación del usuario.

Se solicita información de los siguientes usuarios 23193341, 23132450, 22986258 y VEN26174978 quienes requirieron material de osteosíntesis, de los cuales no se pudo establecer lo siguiente:

Formato Acta de Recepción técnico-administrativa de dispositivos médicos.

Formato que registre el MAOS para ser esterilizado y distribuido a cirugía.

Formato tarjeta de implante por triplicado con los siguientes datos:

- Nombre institución
- Nombre del paciente
- Identificación del paciente
- Nombre del fabricante
- Dirección del fabricante
- Nombre del producto
- Referencia del producto
- Numero de lote/serie
- Cantidad
- Firma del responsable

De acuerdo con lo anterior el equipo de la Superintendencia Nacional de Salud concluye que la entidad:

No realiza tarjetas de implante triplicado que incluya información como registros sanitarios de fabricantes

MAOS implantado al paciente sin la recepción técnica de la ESE.

No formato de recepción técnica.

No realizan trazabilidad de los dispositivos médicos.

Hallazgo nro. 32

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, incumple las responsabilidades relacionadas con los dispositivos médicos implantables, toda vez que: i) NO realiza diligenciamiento de la tarjeta de implante por triplicado, ii) No realizan trazabilidad de los dispositivos médicos, iii) NO cumple con la responsabilidad que tiene frente a la información veraz y completa de los dispositivos médicos utilizados en la ESE que garanticen el cumplimiento de las normas sanitarias; incurriendo en el incumplimiento de los artículos 40 y 64 del Decreto 4725 de 2005; artículo 31 de la Resolución 4816 de 2008.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

2.3.1.10.4 SERVICIOS AMBULATORIOS

Las instituciones prestadoras de servicios de salud garantizarán las condiciones de accesibilidad, oportunidad y continuidad en los procesos para la asignación de consulta externa para medicina general y especializada, como también para el apoyo diagnóstico y complementación terapéutica ambulatoriamente, cumpliendo con lo establecido en el artículo 6 “*Elementos y principios del derecho fundamental a la salud*”, y artículo 10 “*Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud*” de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, y lo contenido en el Artículo 2.5.1.2.1 Características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Decreto 780 de 2016.

Oportunidad en la Asignación de Citas por Consulta Externa y Especializada

Durante la visita realizada, el equipo auditor verifica el proceso de administración de las agendas, para asignación de citas la ESE cuenta con tres líneas telefónicas PBX (605) 3850777 Ext:3131-3146, CACE Pediátrico: 3008437953, CACR Sabanalarga Ext 5103 y 3147226894. También existe un formulario disponible en la web, igualmente las personas pueden acudir de manera presencial la sede central en un horario de 7:00 am a 5:00 pm jornada continua en donde cuentan con 2 auxiliares administrativos quienes también reciben las llamadas y la línea de WhatsApp (Propio de funcionario).

Las agendas se programan de acuerdo con la información entregada por los especialistas antes del 15 de cada mes, en el software DINAMICA GERENCIAL módulo de citas, se identifica que existen 5 consultorios, los cuales se distribuyen (oferta) de acuerdo con la disponibilidad de cada uno de ellos, se observan agendas programadas cada 20 minutos independientemente de la especialidad. Además, es referido que después del 20 de cada mes se aperturan las agendas, convirtiéndose en barrera de acceso para los usuarios que requieren el servicio.

Se solicita la programación de agendas y refieren que se realiza de acuerdo con la programación de turnos, una vez verificado en campo la oportunidad de las diferentes especialidades (13/03/2025), se identifica que:

Tabla nro.4941. Oportunidad de los Servicios Consulta Externa

SEDE	Cód.	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL MEDICO	OPORTUNIDAD/DIAS
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIATRICO CACE PEDIATRICO	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA		NO SE PRESTA
	409	ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	JOSE ANGEL MONTERO	3
	386	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	IVAN STAND NIÑO	4
	384	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	FREDY RAFAEL NEIRA DONADO	4

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

SEDE	Cód.	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL MEDICO	OPORTUNIDAD/DIAS
	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	LUPO RAMON MENDEZ DURAN	5
	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD: Psiquiatría infantil	CARLOS ENRIQUE HERNANDEZ LEMBER (	NO HAY AGENDA
			CLAUDIA CAROLINA VELASQUEZ RIOS	NO HAY AGENDA
	354	TOXICOLOGÍA		
	344	PSICOLOGÍA	DANIELA MAURY JIMENEZ (I-V)	1
	342	PEDIATRÍA	VICTO JULIO JOSE ORTIZ	3
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		NO SE PRESTA
	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA		NO SE PRESTA
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	301	ANESTESIA		NO SE PRESTA
	344	PSICOLOGÍA		NO SE PRESTA
	332	NEUROLOGÍA		NO SE PRESTA
	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL		NO SE PRESTA
	387	NEUROCIRUGÍA		NO SE PRESTA
	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA		NO SE PRESTA
	335	OFTALMOLOGÍA		NO SE PRESTA
	355	UROLOGÍA		NO SE PRESTA
	330	NEFROLOGÍA		NO SE PRESTA
	329	MEDICINA INTERNA		NO SE PRESTA
	316	GASTROENTEROLOGÍA		NO SE PRESTA
	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	JOSE ANTEL MONTERO	3
			EDGARDO ENRIQUE POLO	4
	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD		NO SE PRESTA
	420	VACUNACIÓN		SOLO PARA HOSPITALIZACIÓN
	320	GINECOBSTERICIA	NORMA CONTRERAS	2
			EDUARDO ENRIQUE OTERO MELO	4
			SALOMON CHARANEK DASUKI	5
	304	CIRUGÍA GENERAL	TOMAS CABALLERO	SD*
			HAY NAYIB	2
			JAIME JACON MERLANO MARTINEZ	5
			OMAR JOSUE HERRERA VASQUEZ	4
	301	ANESTESIA		NO SE PRESTA
		PEDIATRÍA	GISET OSPINO CURE	SD*
			SILVANA THOWINSSON	5
			LISESETH PAOLA ALCALRENIZ	4
			JOANHESI MERIÑO	SD*

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

SEDE	Cód.	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL MEDICO	OPORTUNIDAD/DIAS
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	345	PSIQUIATRÍA	JUAN CARLOS MONTES MARTINEZ	1
			RAINER RAFAEL AMOR PEREZ	3
			JENNIFER DEL CARMEN CABRERA GUZMAN	3
			HERNAN HENRIQUE TAPIA GARCIA	5
	344	PSICOLOGÍA		NO SE PRESTA
CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	301	ANESTESIA	JUAN ALBERTO RAAB PEÑA	5
	304	CIRUGÍA GENERAL	MIGUEL NAVARRO TOVAR	1
			YESID ALFONSO VIZCAINO	2
			FERNAN PIÑERES	3
	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	BELISARIO FABREGAS MENDOZA	6
	320	GINECOBSTETRICIA	ANDRES MOLINA TRES PALACIOS	1
			ALBERTO ANTONIO DONADO	2
			ARIEL FLOREZ	3
			SAMUEL CARBONEL	4
			DANIELA ALEMAN GARCIA	4
	329	MEDICINA INTERNA	RAFAEL ANTONIO BIRGES SALAZAR	1
			JESUS DAVID IGLESIAS FANDIÑO	2
			JORGE CLEMENTE BORGE SALAZAR	3
			UBALDO CHARRIS	3
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	MARILILYN JOSE ZARATE OROZCO	2
	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	CARLOS DANIEL CARRILLO MEJIA	1
			FERNANDO BELTRAN HERNADEZ	2
			ENRIQUE ANTONIO LLINAS ALVAREZ	3
	342	PEDIATRÍA	LUIS ALBERTO VEGA RODRIGUEZ	1
			AQUILEORAFEL MANOTAS VIZCAINO	2
			CLEMENTE BORGES SALAZAR	4
			DOLLY ESTHER SALCEDO MOLINA	5
	344	PSICOLOGÍA	DENIS DEL CARMEN TERAN PACHECO	1
	345	PSIQUIATRÍA	ELIECER HERERA HERNADEZ	3
CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	301	ANESTESIA		NO SE PRESTA
	304	CIRUGÍA GENERAL	MIGUEL NAVARRO TOVAR	SD*
	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA		NO SE PRESTA
	320	GINECOBSTETRICIA	ALVARO LOPEZ VARGAS	2
	329	MEDICINA INTERNA	JESUS DAVID FANDIÑO	5
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		SD*

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

SEDE	Cód.	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL MEDICO	OPORTUNIDAD/DIAS
	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	JAIR ENRIQUE PALENCIA	2
	342	PEDIATRÍA		SD*
	344	PSICOLOGÍA		SD*

Fuente: Información verificada en campo durante auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

CACE Alta Complejidad Adultos

En la sede CACE Alta Complejidad Adultos, se evidencian 16 servicios habilitados, de los cuales únicamente se prestan 4, lo que representa un cumplimiento del 25%. De los 16 servicios habilitados no se prestan los siguientes: 344-Psicología, 332-Neurología, 411-Cirugía Maxilofacial, 387-Neurocirugía, 369-Cirugía Plástica y Estética, 335-Oftalmología, 355-Urología, 330-Nefrología, 329-Medicina Interna, 316-Gastroenterología, 356-Otras consultas de especialidad, 301-Anestesia.

Aunque hay cinco consultorios disponibles, se encuentra una subutilización significativa de la infraestructura y del recurso humano. Además, se identificó que el servicio de Pediatría está siendo prestado sin estar habilitado, lo cual representa un incumplimiento normativo.

En cuanto a los tiempos de asignación, aunque la oportunidad promedio declarada es de 3,6 días hábiles, la información real muestra que especialidades como Cirugía General y Ortopedia presentan demoras de hasta 11,5 y 10 días hábiles respectivamente, lo cual excede considerablemente los estándares institucionales.

CACE Pediátrico

Por su parte, en la sede CACE Pediátrico hay 12 servicios habilitados y 7 en funcionamiento, con una cobertura del 58,3%. De los 12 servicios habilitados **no se prestan** los siguientes: 369- Cirugía Plástica y Estética, 354-Toxicología.

La oportunidad declarada es de 3,3 días hábiles, sin embargo, especialidades como Pediatría presentan tiempos reales de hasta 6,5 días hábiles. Asimismo, se observa que Psiquiatría Infantil solo se ofrece dos veces al mes, lo cual limita la atención oportuna y continua para la población infantil con necesidades en salud mental.

CACE Mental

La sede CACE Mental cuenta con 2 servicios habilitados, pero solo presta uno (Psiquiatría), lo que refleja un incumplimiento. Aunque hay tres consultorios disponibles, uno de ellos permanece cerrado desde hace ocho meses por razones logísticas, lo cual limita la capacidad instalada. La oportunidad promedio declarada es de 3 días hábiles, pero se observa una oferta limitada de atención, sin servicios complementarios que permitan un abordaje integral en salud mental.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

De los 2 servicios habilitados no se presta el servicio de 344-Psicología.

CACR Soledad

De los 10 servicios habilitados no se presta: 301-Anestesia, 306-Cirugía Pediátrica. Dispone de cuatro consultorios, pero muestra una baja utilización. Aunque se reporta una oportunidad promedio de 3 días hábiles (enero y febrero 2025), los datos reales muestran que especialidades como Cirugía General y Ortopedia alcanzan demoras de hasta 11,5 y 10 días hábiles respectivamente, mientras que Medicina Interna presenta 4,5 días. Esto refleja limitaciones en la capacidad de respuesta a la demanda.

Sin embargo, durante la auditoría del 11 al 14 de marzo no se evidencio agendamiento para dichas especialidades.

CACR Sabanalarga

En contraste, la sede CACR Sabanalarga representa el mejor desempeño institucional, con el 100% de los 10 servicios habilitados funcionando efectivamente. Dispone de cinco (aunque están habilitados siete*) consultorios y presenta una oportunidad promedio de 2,6 días hábiles, cumpliendo con los estándares esperados.

Con respeto a los consultorios de consulta externa, se observó:

Imagen nro.60. Consultorios de Consulta Externa



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

De lo anterior, se precisa que:

- Existen consultorios que no están siendo utilizados para su finalidad asistencial, ya que han sido destinados al almacenamiento de equipos y dotación, máquinas de ejercicio, como oficina para uso estudiantil. Esto representa una subutilización de la infraestructura disponible para la atención en salud.
- Se identificaron muebles de madera, no aptos para el entorno clínico, los cuales no permiten realizar un adecuado proceso de limpieza y desinfección, incumpliendo las normas de bioseguridad.
- Conos de otoscopio en reúso en estado inadecuado de almacenamiento y limpieza.
- Ventiladores en consultorios sin adecuado proceso de limpieza y desinfección (exceso de polvo). Lo anterior compromete las condiciones higiénicas del entorno de atención afectando la seguridad del paciente.

Demanda insatisfecha

No hay un mecanismo estructurado para definir y calcular la demanda insatisfecha de los pacientes; no obstante, en CACE Alta se identificó 11 usuarios para la asignación de citas de Psiquiatría Infantil.

En conclusión, las sedes de la ESE presentan una marcada brecha entre la oferta habilitada y la atención efectiva, así como demoras relevantes en la asignación de citas para especialidades críticas. Se observa una subutilización de la infraestructura, con servicios clave que no se encuentran activos o presentan frecuencia limitada.

Por tanto, no garantiza la prestación de servicios ambulatorios especializados, toda vez que no cuenta con el número suficiente de médicos especialistas que suplan las necesidades de horas inscritas en el REPS; afectando directamente las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), dadas por la inoportunidad, inaccesibilidad y no continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Hallazgo nro. 33

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza el cumplimiento de sus responsabilidades frente a los principios del derecho fundamental a la salud, definidos en el c, d y e “principios” del artículo 6, literal a y p del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, numerales 1, 2 y 5 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016.

2.3.1.10.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los prestadores de servicios de salud están obligados adoptar y realizar las 11 prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud y así mismo debe contar con información

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

documentada para su implementación de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 4 del numeral 11.1.5 estándar de procesos prioritarios del numeral 11.1 "Estándares y Criterios aplicables a todos los servicios" del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la resolución 3100 de 2019 modificada por la resolución 544 de 2023.

Prácticas Seguras

Las IPS de conformidad con la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente del Sistema Único de Habilitación -SUH, la Resolución 256 de 2016 y la Ley 1949 de 2019, deben garantizar la plataforma estratégica de seguridad del paciente, tener al personal capacitado y analizar y gestionar los eventos adversos y los riesgos asociados a la atención en salud.

Las IPS deben garantizar a los usuarios la prestación de los servicios de salud con seguridad, para lo cual están obligadas a detectar, analizar y gestionar los eventos adversos que se presentan durante la atención en salud, con el fin de generar barreras de seguridad que prevengan la ocurrencia de nuevos eventos.

Frente a Seguridad del Paciente, la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, obrando en carpeta nro.68 aportó la *"Política de Seguridad del Paciente"*, aprobada mediante Resolución No.0033 del 21 de enero de 2022, que el resuelve describe: *"(...) brindar servicios de salud seguros a sus usuarios, mediante la implementación de acciones que garanticen su seguridad, articulado con el Sistema Obligatorio de Garantía de la atención en salud, gestión ambiental y Salud Seguridad del Trabajo; en el que el personal de salud, usuarios, cuidadores y proveedores interactúen en la prevención de los eventos adversos durante el proceso de atención, para minimizar los riesgos que sean evitables en los procesos estratégicos, misionales y de apoyo"*.

Dentro de las estrategias que define la ESE para dar cumplimiento a la Política de Seguridad del Paciente, están:

- ✓ Implementar el Programa de Seguridad del Paciente
- ✓ Tener en cuenta Manual de Buenas Prácticas del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Procesos institucionales seguros
- ✓ Procesos asistenciales seguros
- ✓ Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales
- ✓ Involucrar al paciente y sus familias
- ✓ Análisis y gestión de eventos adversos

Respecto a los procesos asistenciales seguros, la institución cuenta con una lista de chequeo de rondas de seguridad del paciente, cuyos criterios corresponden a:

- ✓ Identificación del paciente

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- ✓ Nutrición
- ✓ Ambiente físico
- ✓ Servicio
- ✓ Medicamentos y soluciones
- ✓ Talento humano
- ✓ Procesos prioritarios
- ✓ Historia clínica

Ahora bien, para corroborar lo anteriormente descrito, una vez realizado el recorrido por cada uno de los servicios de las sedes de la ESE, se identificaron las siguientes prácticas inseguras:

Tabla nro.5042. Prácticas inseguras sedes ESE Universitaria del Atlántico del 11 al 14 marzo 2025

CACR SOLEDAD		
Descripción de las Practicas inseguras	Servicio	Fecha ocurrencia
Tableros sin datos de identificación, no legibles y tachados (ver imagen A)	Sala de Observación obstétrica – Urgencias	11/03/2025
Pacientes ubicados en silleterías sin contar con información. (ver imagen B)	Urgencias	11/03/2025
Datos de un menor sin registro peso, ocurrido habitación nro.01 (ver imagen C)	Hospitalización Pediátrica	12/03/2025
Habitación sin timbre de llamado, en habitación nro.02 (ver imagen D).	Hospitalización Pediátrica	12/03/2025
Menor ubicado en hospitalización sin cuidador solo, con baranda abajo, y servicio de stand de enfermería sin personal. (ver imagen E)	Hospitalización Pediátrica	12/03/2025 Hora: 4:00 PM.
Paciente con CC 1007236038 hizo alergia con Cefalotina 1 gr/ampolla.	Ginecología	11/03/2025
No cuentan con dispensador de papel y jabón líquido (ver imagen F).	Urgencias, Hospitalización pediátrica.	11/03/2025
Ubicación de mujeres en Sala de Observación adultos hombres. (ver imagen G)	Sala observación Hombres- Urgencias.	11/03/2025
Kit Obstétrico sin los siguientes medicamentos: Hidralazina ampolla 20mgr; metilergonovina y Aminofilina. (ver imagen H)	Sala de Cirugía- adaptada para atención del parto.	12/03/2025
CACR SABANALARGA		
Tableros sin datos de identificación de paciente (ver imagen I)	Sala de Observación – Urgencias	13/03/2025
Pacientes ubicados en silleterías sin contar con información (ver imagen J)	Sala de Observación – Urgencias	11 al 13 de marzo 2025.
Suministro de insumos (algodón, alcohol, jabón) sin rotulación y sin el adecuado almacenamiento. (ver imagen K)	Consulta externa	12/03/2025
Inadecuados procesos y áreas que no garantizan procesos de aseo, limpieza y desinfección.	Todos los servicios	11 al 13 de marzo 2025.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Seguridad en la utilización de medicamentos, los registros de eventos e incidentes en su mayoría están dados por aplicación de medicamentos en paciente alérgico, aplicación tardía de medicamentos.	Hospitalización	Primer trimestre 2025.
Techos con moho y humedad (ver imagen L)	Hospitalización	11 al 13 de marzo 2025.
Guardian sin cambio con fecha expiración 08/08/2023 (ver imagen M)	Consulta Externa	11 al 13 de marzo 2025.
Mesa de Mayo con oxido (ver imagen N)	Consulta Externa	11 al 13 de marzo 2025.
Camilla y escalerilla de 2 pasos con oxido y en regular estado (ver imagen O)	Consulta Externa	11 al 13 de marzo 2025.
Inadecuado almacenamiento de elementos en desuso e inutilidad, para dar de baja. (ver imagen P).	Consulta Externa	11 al 13 de marzo 2025.
CACR MENTAL		
Descripción de las Practicas inseguras	Servicio	Fecha ocurrencia
Barandas de las camillas en mal estado (ver imagen Q)	Hospitalización agudos hombres	13/03/2025
Los circuitos cerrados (cámaras seguridad) de hospitalización "recuperados hombres" no funciona desde junio del 2024, pese a haber sido reportado (ver imagen R)	Hospitalización recuperados hombres	13/03/2025
Los circuitos cerrados (cámaras seguridad) de hospitalización "recuperados hombres" no funciona desde diciembre del 2024 (imagen S)	Hospitalización recuperados mujeres	13/03/2025
Techos deteriorados en las áreas de hospitalización (ver imagen T)	Hospitalización	13/03/2025
Pacientes expuestos a altas temperaturas	Sala de recuperación hombres.	13/03/2025
CAC ALTA Y CAC PEDIATRICA		
Descripción de las Practicas inseguras	Servicio	Fecha ocurrencia
Superficies con inadecuadas condiciones de aseo y desinfección (ver imagen U)	Todos los servicios ambas sedes.	11 al 13 marzo 2025
No prestación de servicios habilitados: - Sede CAC Alta:Psicología, neurología, cx maxilofacial, neurocirugía,cx plastica y estética, oftalmología, urología, nefrología, medicina interna, gastroenterologia. - Sede CAC Pediatrica:Toxicología, Nutrición y dietética, cx pediatrica, anestesia.	Consulta Externa	11 al 13 marzo 2025
No mantenimiento elementos y equipo biomedico, toda vez que algunos presentan oxido (ver imagen V)	Todos los servicios ambas sedes.	11 al 13 marzo 2025
Medicamentos con fecha de vencimiento expirada y otros almacenados inadecuadamente. (ver imagen W)	Urgencias, Hospitalización, UCI ambas sedes.	11 al 13 marzo 2025
Neveras para almacenamiento de medicamentos con presencia de oxido. (ver imagen X)	Hospitalización, UCI ambas sedes.	11 al 13 marzo 2025
No trazabilidad de los equipos biomédicos.	Todos los servicios	11 al 13 marzo 2025
Estancias prolongadas debido a la no disponibilidad de medicamentos generando <u>la no prestación de los servicios de salud con accesibilidad, seguridad, pertinencia y oportunidad.</u>	Hospitalización ambas sedes.	11 al 13 marzo 2025
No adherencia al manual de bioseguridad.	Todos los servicios en ambas sedes.	11 al 13 marzo 2025

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

No cumplimiento de los estándares de habilitación. (ver imagen Y)	Todos los servicios en ambas sedes.	11 al 13 marzo 2025
Jeringas prellenadas no se puede establecer que contenían en su interior, líquidos sin rotular.	Hospitalización ambas sedes	11 al 13 marzo 2025
Medicamentos preparados sin ser utilizados.	Hospitalización ambas sedes.	11 al 13 marzo 2025
Reenvase de medicamento como alcohol al realizar dicha actividad se pierde las características originales de este.	Hospitalización y consulta externa ambas sedes.	11 al 13 marzo 2025
Retorno sanguíneo por el equipo de venoclisis debido a un inadecuado control de los líquidos.	Observación Pediátrica-CACE PEDIATRICO.	11 al 13 marzo 2025
Subregistro de eventos adversos.	Hospitalización ambas sedes	11 al 13 marzo 2025
Reuso de dispositivos médicos de un solo uso. (ver imagen z)	Hospitalización	11 al 13 marzo 2025
Prestación de servicios no habilitados: - Sede CACE Alta: Neurocirugía, cirugía maxilofacial y cx plastica y estética.	Sala de Cirugía	11 al 13 marzo 2025
Hojas de laringoscopia expuestas totalmente al aire proceso no correcto teniendo en cuenta que es un elemento semicrítico (ver imagen AA)	Sala de Cirugía	11 al 13 marzo 2025
Manejo de material de osteosíntesis inadecuado debido a que no se cuenta con la respectiva trazabilidad de este. (ver imagen BB)	Sala de Cirugía	11 al 13 marzo 2025

Fuente: Información verificada en campo durante auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Así las cosas, respecto a lo antes descrito a continuación se muestran lo evidenciado durante el recorrido por los servicios y sedes.

Imagen nro.61. Evidencias practicas inseguras en las sedes – ESE Universitaria del Atlántico, marzo 2025

CACR SOLEDAD		
		
CACR SABANALARGA		

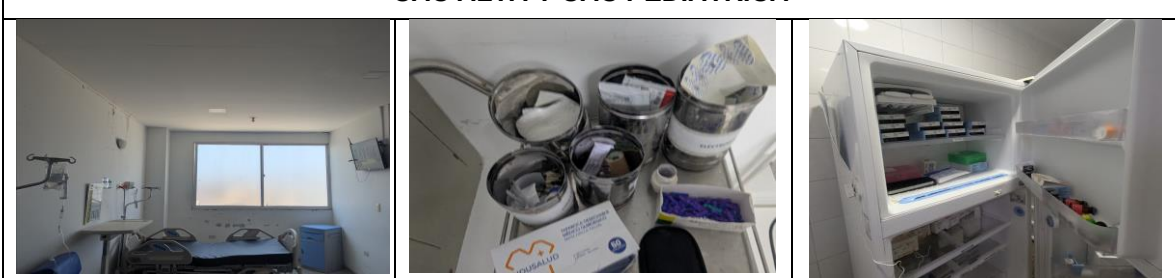
	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022



CACR MENTAL



CAC ALTA Y CAC PEDIATRICA



Fuente: Archivo fotográfico tomado durante el recorrido por los servicios de las sedes CAC Alta, CACR Sabanalarga, CAC Mental y CACR Soledad.

A continuación, se relacionan más situaciones identificadas:

No se evidencia una adecuada comunicación entre los profesionales, pacientes, familiares y cuidadores teniendo en cuenta el enfoque diferencial, toda vez que no se observa instrumentos de comunicación para las personas en condiciones de discapacidad sordomudas e invidentes, ni cuentan con traductores en caso de atención a población indígena.

La seguridad en los procesos quirúrgicos se ve afectada porque la sala de cirugía NO cumple con la infraestructura, presenta mobiliario con oxido y en condiciones de limpieza y desinfección inadecuadas, las paredes presentan deterioros que generan partículas que aumentan el riesgo de infecciones de sitio operatorio – ISO e Infecciones Asociadas al proceso de atención en salud IASS.

La seguridad en la utilización de medicamentos, No se cumple toda vez que el servicio farmacéutico presenta falencias, entre otras como: no existencias mínimas requeridas para la prestación de servicios de salud que tiene habilitados, no adecuado almacenamiento, control de fechas de vencimiento y conservación de los medicamentos, dispositivos

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

médicos e insumos, no controla las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, no genera acciones de mejoramiento que impacten de manera definitiva la disponibilidad de tecnologías necesarias, no garantiza la completitud en la dotación de carros de paro.

En cuanto a la prevención y reducción de la frecuencia de caídas en Excel suministrado por la entidad en PQR se identificó paciente identificado con RC 1143174513 quien presentó caída de cama hospitalaria en el servicio de Hospitalización Pediátrica de la sede CAC Pediátrica el 21/06/2024, donde la abuela reportó el caso, para lo cual no se hizo la trazabilidad de las acciones o intervenciones para contrarrestar dicha situación, no se dio gestión de análisis y seguimiento a este caso.

Con respecto a prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, no se garantiza el consentimiento informado con datos veraces.

En el área de observación se identificó pacientes hospitalizados sin distanciamiento entre las camillas y en la misma área pacientes con patologías infecciosas y no infecciosas, toda vez que no cuentan con áreas de aislamiento, así como paciente con heridas acostado en camilla con presencia de oxido, lo que genera alto riesgo de adquirir posibles infecciones asociadas a la atención en salud.

No señalización de aislamiento en observación, además en hospitalización cuarto de aislamiento se encontraba con puerta abierta y los profesionales ingresan y salen son las correspondientes medidas de bioseguridad, situación que genera riesgo para los usuarios.

En el contexto anterior, se observa que la ESE Universitaria del Atlántico, con sus sedes CACR Soledad, CACR Sabanalarga, CAC Alta, CACR Mental, no garantizan prácticas seguras en los procesos y procedimientos institucionales que contribuyan a la Seguridad del Paciente; así como, no implementa y realiza la adopción de protocolos de limpieza y desinfección en todas las áreas de la institución.

2.3.1.10.5.1 Detección, análisis y gestión de los eventos adversos

Las IPS deben garantizar a los pacientes la prestación de los servicios de salud con seguridad, para lo cual están obligadas a detectar, analizar y gestionar los eventos adversos que se presentan durante la atención en salud, con el fin de generar barreras de seguridad que prevengan la ocurrencia de nuevos, acorde con lo descrito en numeral 11.1.5. del numeral 11.1 del numeral 11 del manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 del 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023.

La ESE Universitaria del Atlántico, para la detección, análisis y gestión de incidentes y eventos adversos, cuenta con el Manual Integrado de Seguridad del Paciente, código ML-SP-001 vigencia noviembre de 2021.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Dentro de los métodos utilizados para el análisis de los eventos adversos describe el “Protocolo de Londres”; como instancia para analizar situaciones adversas cuenta con el comité de seguridad del paciente.

Asimismo, dicho manual registra que la monitorización al Programa se hace con el seguimiento a los indicadores de:

- ✓ Adherencia a guías de práctica clínica
- ✓ Adherencia a Manual de Bioseguridad Adherencia al Lavado de manos
- ✓ Proporción de Gestión de los eventos adversos reportados
- ✓ Tasa de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)
- ✓ Porcentaje de errores en la medicación
- ✓ Proporción de caídas del paciente
- ✓ Proporción de úlceras de presión
- ✓ Proporción de intento de suicidio del paciente
- ✓ Proporción de agresión entre pacientes
- ✓ Proporción de evasión de pacientes
- ✓ Proporción de consumo de sustancias psicoactivas en la institución.

Adicionalmente, el hospital referencia el Manual del Sistema de Reporte y Gestión de eventos ML-SP-004 V4, cuyo contenido ante la ocurrencia de un evento, menciona que se debe consignar lo siguiente:

- ✓ Que se debe reportar
- ✓ Quién debe reportar
- ✓ Cuando debe reportar
- ✓ Cómo reportar
- ✓ A quién reportar
- ✓ Como asegurar la confidencialidad del reporte
- ✓ Qué hacer con los reportes recibidos
- ✓ Como se analiza el evento
- ✓ Que información para hacer el análisis
- ✓ Quien analiza el evento
- ✓ Cuáles son los roles y responsabilidades del equipo de unidad de análisis de eventos relacionados con la atención en salud.
- ✓ Elaborar un plan de mejoramiento.

En este sentido, durante el recorrido por los servicios y sedes de la ESE, se identificaron los siguientes casos de eventos adversos o incidentes:

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Tabla nro.5143. Relación eventos adversos o incidentes - sedes de la ESE Universitaria Del Atlántico, mayo 2024; enero y febrero de 2025

No.	ID paciente	Fecha reporte	Sede	Descripción evento adverso o incidente	Clasificación	Acción de mejora	Seguimiento
1	CC 1042420293	17/05/2024	CAC MENTAL	Episodio convulsivo, crisis oculogiras en hemicara izquierda y cuello, perdida de conciencia, descompensación traslado UCI. Fue administrado posteriormente, Clonazepam 1 mg.	Evento no prevenible	Al revisar acta 02/06/2024, no describe en el comité de seguridad de los eventos presentados en mayo 2024 este caso, ni las medidas adoptadas para evitar su ocurrencia.	No realiza seguimiento al caso.
2	CC 1044391359	23/05/2024	CAC SABANALARGA	Paciente Femenina, ubicada en la sala de Hospitalización adulto, un familiar comunica que no le fue suministrado el antibiótico Meropene, ordenado en turno de la noche.	Incidente	Anexan plan de mejora, identifica causa falta proceso de comunicación terapéutica	Junio de 2024, capacitación sobre medición adherencia al proceso de administración segura.
3	CC 32788459	10/02/2025	CAC SOLEDAD	Paciente de 50 años, en ronda de enfermería se reporta flebitis mecánica.	Evento prevenible	Anexan plan de mejora, cuya causa obedece a manipulación excesiva del sitio de punción, monitoreo inadecuado del sitio de punción. Adjuntan fotos de capacitación personal auxiliar y enfermería sobre flebitis.	No se registra seguimiento posterior.
4	CC 57457156	10/02/2025	CAC SOLEDAD	Paciente de 39 años, en unidad de cuidado intensivo, con úlceras por presión en talones.	Evento prevenible	Anexa plan de mejora, causa falta motivación paciente y familia para el cuidado, inmovilidad prolongada. Sin embargo, al evaluar el archivo fotográfico no	No se hace seguimiento.

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

No.	ID paciente	Fecha reporte	Sede	Descripción evento adverso o incidente	Clasificación	Acción de mejora	Seguimiento
						corresponde con la situación descrita, las acciones no contrarrestan las causas.	
5	CC 1044395251	12/03/2025	CAC ALTA	Paciente con 34 semanas amenaza parto pretérmino, indicación antibioticoterapia con Ceftriaxona, no está disponible en la institución.	Incidente	Anexa correo del 13/03/2025, con el reporte a la Dirección Farmacéutica ESE UNA por la falta de disponibilidad del medicamento.	No se evidencia seguimiento al caso
6	CC 10072366038	11/03/2025	CAC SOLEDAD	Paciente de 22 años, con embarazo de 22,3 semanas, presentó alergia a la Cefalotina.	Evento prevenible	Anexan plan de mejora, causa falta de comunicación sobre alergia, administración incorrecta de cefalotina.	No registra seguimiento posterior.

Fuente: información suministrada por el Gestor de Seguridad del Paciente de las sedes de la ESE durante la auditoria del 11 al 14 marzo de 2025.

De acuerdo con lo anterior, se observa que, para CAC Mental y CAC Alta ante la ocurrencia de los eventos o incidentes, no anexaron el respectivo plan de mejoramiento como tampoco su seguimiento o monitoreo que permitan demostrar el avance en el cumplimiento.

En CAC Soledad, se observa que la descripción de los hechos no establece el servicio donde ocurrió el incidente o evento, el plan de mejora que se adjunta no contiene las respectivas acciones que permitan contrarrestar las causas, para el caso CC 57457156 ubicado en unidad de cuidado intensivo, debido a una ulcera por presión, no es admisible la acción de mejora a los familiares o cuidadores, dado que es un paciente que está a cargo del personal de salud de la institución.

Caso de evento adverso- CAC Alta:

En la sede ocurrió evento adverso identificado con el caso CC 1044395251 el día 12/03/2025 según registro consignado en el formato de análisis de eventos adversos o incidentes, en mujer de 25 años, así:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.62. Soporte registro evento adverso caso CC 1044395251- Fecha reporte 12/03/2025

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO CENTRO DE ATENCION COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULT HISTORIA CLINICA EVOLUCIÓN				SOPORTES DE GESTION DE INCIDENTE																																																					
DATOS DEL PACIENTE <table border="1"> <tr><td>Paciente</td><td>YULIETH DANIELA RAMOS SIERRA</td><td>Identificación</td><td>1044395251</td></tr> <tr><td>Fecha nacimiento</td><td>10/01/2000 17:02</td><td>Tipo identificación</td><td>Cédula Ciudadanía</td></tr> <tr><td>Edad</td><td>25 Años / 2 Meses / 1 Día</td><td>Género</td><td>Femenino</td></tr> <tr><td>Telefono Domicilio</td><td></td><td>Telefono Celular</td><td>3043657387-3022812918</td></tr> <tr><td>Servicio que Admite</td><td>Urgencias</td><td>Contrato ERP</td><td>CAJACOI EPS S.A.S. SUBSIDIADO</td></tr> <tr><td>Nro de Atencion</td><td>44</td><td>Nro de ingreso</td><td>256348</td></tr> <tr><td>Fecha hora Triaje</td><td></td><td>Código Admisión</td><td>44</td></tr> <tr><td>Fecha hora Atencion</td><td>13/03/2025 00:43</td><td>Autorización</td><td></td></tr> <tr><td>Pertenencia Etnia</td><td></td><td>Nivel Educativo</td><td></td></tr> <tr><td>Credo religioso</td><td></td><td>Grupo poblacional</td><td></td></tr> <tr><td>Cama</td><td>03-GO-407B</td><td>Numero de folio</td><td>44</td></tr> <tr><td>Resp. y/o Acudiente</td><td>Viky</td><td>Tel. Resp y/o Acud.</td><td>3043657387</td></tr> <tr><td>Acompañante</td><td>PAOLA</td><td>Tel. Acompañante</td><td></td></tr> </table>				Paciente	YULIETH DANIELA RAMOS SIERRA	Identificación	1044395251	Fecha nacimiento	10/01/2000 17:02	Tipo identificación	Cédula Ciudadanía	Edad	25 Años / 2 Meses / 1 Día	Género	Femenino	Telefono Domicilio		Telefono Celular	3043657387-3022812918	Servicio que Admite	Urgencias	Contrato ERP	CAJACOI EPS S.A.S. SUBSIDIADO	Nro de Atencion	44	Nro de ingreso	256348	Fecha hora Triaje		Código Admisión	44	Fecha hora Atencion	13/03/2025 00:43	Autorización		Pertenencia Etnia		Nivel Educativo		Credo religioso		Grupo poblacional		Cama	03-GO-407B	Numero de folio	44	Resp. y/o Acudiente	Viky	Tel. Resp y/o Acud.	3043657387	Acompañante	PAOLA	Tel. Acompañante		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO Nit: 901536799 Fecha Actual: jueves, 13 marzo 2025 1/2	
Paciente	YULIETH DANIELA RAMOS SIERRA	Identificación	1044395251																																																						
Fecha nacimiento	10/01/2000 17:02	Tipo identificación	Cédula Ciudadanía																																																						
Edad	25 Años / 2 Meses / 1 Día	Género	Femenino																																																						
Telefono Domicilio		Telefono Celular	3043657387-3022812918																																																						
Servicio que Admite	Urgencias	Contrato ERP	CAJACOI EPS S.A.S. SUBSIDIADO																																																						
Nro de Atencion	44	Nro de ingreso	256348																																																						
Fecha hora Triaje		Código Admisión	44																																																						
Fecha hora Atencion	13/03/2025 00:43	Autorización																																																							
Pertenencia Etnia		Nivel Educativo																																																							
Credo religioso		Grupo poblacional																																																							
Cama	03-GO-407B	Numero de folio	44																																																						
Resp. y/o Acudiente	Viky	Tel. Resp y/o Acud.	3043657387																																																						
Acompañante	PAOLA	Tel. Acompañante																																																							
ANÁLISIS PACIENTE DE 25 AÑOS, GUBIATIVOS (OAI CON EMBAZARDO DE 34 SEMANAS POR ECO PRIMER TRIMESTRE 21/09/2024 9.4 SEMANAS) QUIEN SE ENCUENTRA EN ESTADO DE ALTA COMPLEJIDAD POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS. SE VALORA EN RONDA MÉDICA CONSCIENTE, ALERTA, TRANQUILA, HÍDRATADA, AFEBRIL, TOLERANDO OXÍGENO AMBIENTE, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, AL EXAMEN FÍSICO CON FETOCARDIA PRESENTE, CON DINÁMICA UTERINA IRREGULAR, FLUJO VAGINAL ESCASO, AL TACTO VAGINAL DILATACIÓN DE 4 CM CON BORRAMIENTO DEL 60%, PACIENTE QUIEN REFIERE DOLOR POR LO QUE SE INDICA ANALGESIA, DOSIS DE MADURACIÓN PULMONAR, DOSIS ÚNICA DE UTEROINHIBICIÓN, SE ROTA ANTIBIOTICOTERAPIA POR NO DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTO EN LA INSTITUCIÓN, SE INDICA CONTINUAR EVOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE SU TRABAJO DE PARTO, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR, QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.				REPORTO DE INCIDENTES O ACCIDENTES SIATDYA DIAZ ESTEICY N°:1784 Fecha y Hora: 12/03/2025 11:36:45 p.m. Ingreso: 256348 ESTADO: Registrado Cama: 03-GO-407B Paciente: RAMOS SIERRA YULIETH DANIELA Edad: 25 Años / 2 Meses / 1 Día H.C.: 1044395251																																																					
PLAN PLAN DE MANEJO: ESTANCIA EN HOSPITALIZACIÓN EN SALA GINECOLÓGICA DIETA HIPOGLUCÉMICA SSN 0.0% PASAR A 40 CC HORA ACETAMINOFEN TAB 1 GR VO CADA 8 HORAS INSULINA GLARGINA APLICAR 32 UI EN LA NOCHE "MODIFICADO POR PERINATOLOGÍA" INSULINA GLULISIN APLICAR 12 UI 10 MIN ANTES DE CADA COMIDA "MODIFICADO POR PERINATOLOGÍA" CEFTRIAXONA "NO DISPONIBILIDAD EN INSTITUCIÓN" CEFALOTINA AMP 1 GR IV CADA 6 HORAS "NUEVO" BETAMETASONA AMP 12 MG IM DOSIS ÚNICA "NUEVO" NIFEDIPINO TAB 30 MG VO DOSIS ÚNICA "NUEVO" DICLOFENACO AMP 75 MG IV DOSIS ÚNICA "NUEVO" GLUCOMETRÍA EN AYUNAS Y 1 HORA DESPUÉS DE CADA COMIDA SEGUIMIENTO POR PERINATOLOGÍA MONITOREO FETAL POR TURNO VIGILAR DINÁMICA UTERINA Y FETOCARDIA POR HORARIO CUIDADOS PROPIOS DE ENFERMERÍA CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS CONTROL TENSION ARTERIAL CADA 4 HORAS				1. INFORME INICIAL: PACIENTE CON INDICACION DE ANTIBIOTICOTERAPIA POR INFECCION DE VIAS URINARIAS, CEFTRIAXONA, LA CUAL NO SE ENCUENTRA DISPONIBILIDAD EN INSTITUCION Asignar de enfermería asignado al paciente:																																																					
3. TIPO DE INCIDENTE/ACCIDENTE: ☐ Administrativos ☐ Ciudadanos Básicos ☒ Administrativos Medicamentos ☐ S.N. Enteral ☐ S.N. Parenteral ☐ Sangre o Derivados ☐ Otros				4. CAUSA DEL INCIDENTE/ACCIDENTE: PACIENTE CON INDICACION DE ANTIBIOTICOTERAPIA POR INFECCION DE VIAS URINARIAS, CEFTRIAXONA, LA CUAL NO SE ENCUENTRA DISPONIBILIDAD EN INSTITUCION																																																					
5. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA POST INCIDENTE/ACCIDENTE: ☐ Valoración del paciente				6. EVENTOS ADVERSOS:																																																					

Fuente: Tomado de la Historia clínica CC1044395251, aportado en la carpeta nro. 71. Eventos adversos durante la auditoria del 11 al 14 marzo de 2025.

Los datos del evento registran acción insegura por no disponibilidad de medicamento “Ceftriaxona”, indicado para iniciar antibioterapia por infección de vías urinarias a paciente gestante de 34 semanas con amenaza de parto pretérmino.

En el contexto anterior, se concluye que la ESE, no garantiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente a través de la implementación y estandarización de la cultura en la adopción y apropiación de las prácticas seguras de obligatorio cumplimiento, ni hace seguimiento y monitoreo para evaluar el avance y cumplimiento:

- “(…) 4.1. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación)
- 4.2. Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.
- 4.3. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol).
- 4.4. Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.
- 4.5. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
- 4.6. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, en los servicios donde aplique.
- 4.7. Prevenir y reducir la frecuencia de caídas, en los servicios donde aplique.
- 4.8. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido, en los servicios donde aplique.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

4.9. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, en los servicios donde aplique.

4.10. Prevenir úlceras por presión, en los servicios donde aplique.

4.11. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, en los servicios donde aplique (...).

Hallazgo nro. 344

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no implementa las practicas seguras obligatorias según su complejidad, incurriendo en el incumplimiento de los numerales 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6,4.7;4.8; 4,9; 4.10 y 4,11 del numeral 11.1.5 estándar de procesos prioritarios del numeral 11.1 "Estándares y Criterios aplicables a todos los servicios" del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019.

2.3.1.10.5.2 Manual de Bioseguridad.

Las IPS deben contar e implementar las normas de bioseguridad con especificaciones de elementos y barreras de protección según cada servicio y riesgo identificado.

Durante la auditoría frente a las normas de bioseguridad la ESE aporta el documento denominado "*Manual de Bioseguridad*", código ML-GH-200, vigente junio 2023, versión: 02, cuyo objetivo general es "*Establecer una herramienta de trabajo institucional destinada a proteger, reducir y controlar las infecciones asociadas a la atención en salud mediante la promoción, prevención y la protección de los profesionales en salud, de sus colaboradores asistenciales y de apoyo, de los pacientes y otros usuarios frente al riesgo..*", en la revisión adelantada al documento aportado por la entidad se encontró que va dirigido al talento humano adscrito en la E.S.E., en todos los servicios prestados y todas sus sedes, siendo de obligatorio cumplimiento sin discriminación alguna.

En el numeral 7.5.4 describe "*PRECAUCIONES ESPECIFICAS POR AREAS CLINICAS AREA PRECAUCIONES*", indica entre otros:

➤ **Laboratorio clínico.**

La aplicación de las normas de precaución universal con todos los pacientes elimina la necesidad de etiquetas especiales sobre algunas muestras, ya que todas las sangres y líquidos orgánicos de todos los pacientes deben considerarse como potencialmente infecciosas. De igual manera la bioseguridad debe hacer parte de la rutina del laboratorio y no de situaciones especiales.

➤ **Quirófanos.**

Los equipos y maquinarias que deban usarse dentro de los quirófanos deben estar revestidos por superficies lavables y que faciliten la desinfección frecuente.

El deterioro del instrumental altera el riesgo de infección del paciente, puesto que puede ser la causa de prolongaciones innecesarias del acto quirúrgico y al mismo tiempo puede

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

causar mayor trauma local. Por otra parte, algunas formas de deterioro como la oxidación, salpicaduras, melladuras favorecen el acúmulo de microorganismos y dificultan el proceso de esterilización.

➤ **Urgencias.**

Es importante tener en cuenta que las basuras son recogidas en muchos casos por personal no profesional y manipuladas al salir de la ESE por las personas que viven del reciclaje. Los equipos de ventilación, BBM, cánulas, tubos endotraqueales y en general, el material, deben estar siempre disponibles.

En todo caso en que se requiera, se deben aplicar las normas de aislamiento hospitalario establecidas en el protocolo del Hospital.

➤ **Internación.**

Tanto las agujas como los restos de las ampollas o viales de vidrio deben descartarse en el guardián respectivo: la aguja en el de riesgo biológico y la ampolleta o vial en el de riesgo químico.

➤ **Consulta externa.**

Durante la organización y limpieza de las áreas de procedimientos se deben observar todas las medidas de protección requeridas, con el fin de proteger con la misma eficiencia al personal auxiliar y de servicios generales.

El material y los equipos de trabajo debe limpiarse y desinfectarse después de cada procedimiento.

De acuerdo con lo anterior, el personal de la institución no presenta adherencia al Manual de Bioseguridad, ya que durante los recorridos realizados el equipo auditor evidencia varias acciones que faltan a la Bioseguridad como lo es que:

- ❖ Algunos de los equipos de los quirófanos no presentan superficies lavables y que faciliten la desinfección.
- ❖ Algunos equipos presentan oxidación aumentando el riesgo de IAAS.
- ❖ En las áreas de aislamiento no se aplican las normas establecidas por el hospital.
- ❖ Los restos de las ampollas o viales de vidrio NO se descartan en el guardián respectivo.
- ❖ Existe una inadecuada desinfección de algunas áreas y equipos biomédicos.
- ❖ No hay cultura en el adecuado uso de elementos de protección personal.
- ❖ Algún personal deambula con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- ❖ El personal lleva accesorios como cadenas anillos y pulseras y en diferentes servicios.
- ❖ Manejo inadecuado de residuos en general.
- ❖ El personal reenfunda las agujas una vez utilizadas.
- ❖ Equipos fuera de servicio que aún se encontraban en el área de cirugía.
- ❖ Ausencia de jabón para el lavado de manos, toallas de papel para el secado de manos, alcohol glicerinado.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En conclusión, la ESE cuenta con un Manual de bioseguridad actualizado, pero no lo implementa, queriendo decir que no hay adherencia a este; se sugiere a la institución fortalecer o resocializar el manual, teniendo en cuenta las faltas a la bioseguridad observadas.

Imagen nro.63. Deficiencias en Bioseguridad



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

Condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección

En el numeral 9.4.1.1 del Manual de Bioseguridad de la ESE define “**LIMPIEZA**”, es el proceso previo mediante el cual se elimina la suciedad más evidente a través de métodos mecánicos o manuales, usualmente antes de realizar los procesos de desinfección y esterilización. Esto último se logra al disminuir la biocarga, la cual está definida en términos de cantidad y nivel de resistencia de los microorganismos presentes en un objeto, en un momento determinado. Se ha establecido que no son necesarios intentos extraordinarios para desinfectar paredes, pisos y otras superficies ambientales de trabajo. Sin embargo, estas superficies sí deben someterse a procesos cuidadosos de limpieza en forma rutinaria. La limpieza manual consiste en el empleo de fricción con los elementos de limpieza apropiados y un jabón soluble.

El numeral 9.4.1.2 IBIDEM precisa, “**DESINFECCION**”, proceso físico o químico que extermina o destruye la mayoría de los microorganismos patógenos y no patógenos, pero

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

rara vez elimina las esporas. Por esto los objetos que se van a desinfectar, se les debe evaluar previamente el nivel de desinfección que requieren para lograr destruir los microorganismos que contaminan los elementos. Según el nivel de actividad antimicrobiana se puede clasificar en desinfección de alto nivel, desinfección de nivel intermedio y desinfección de bajo nivel.

Igualmente, el numeral 9.4.1.4 del Manual de Bioseguridad describe, “*LIMPIEZA DE EQUIPOS, INSTRUMENTOS Y SUPERFICIES*”, contiene el paso a paso del procedimiento e indica que el personal de Servicios Generales debe entender la importancia del aseo para prevenir la dispersión potencial de microorganismos infecciosos, y presenta las instrucciones para la adecuada limpieza y desinfección de las diferentes áreas de consulta externa como: tipos de limpieza, técnica y etapas del proceso, así como para transporte asistencial, antes, durante y después

A pesar de estar documentado el proceso, se evidencia falta de adherencia al mismo.

Durante los recorridos realizados por el equipo auditor se observó que las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección no son evidentes ni responden a un proceso dinámico de algunas áreas y equipos; además, los pisos, paredes y techos no son resistentes a factores ambientales, no son continuos, antideslizantes, impermeables, lavables, sólidos, ni resistentes a procesos de lavado y desinfección, presentan dilataciones y juntas, que no ofrecen continuidad de la superficie.

Imagen nro.64. Condiciones de limpieza y desinfección inadecuadas



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

En conclusión, la ESE cuenta con un Manual de bioseguridad actualizado, protocolos de limpieza y desinfección de áreas y equipos, pero estos no se implementan, queriendo decir que no hay adherencia a estos.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo nro. 35

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, No garantiza atención de pacientes en cumplimiento de las normas de bioseguridad, toda vez que: No implementa el manual de bioseguridad, ni el manual de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias y de equipo biomédicos, incurriendo en el incumplimiento del Numeral 12.5 del numeral 12 del numeral 11.1.5 "estándar de procesos prioritarios" y Numerales 41 y 42 Generalidades de las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección del numeral 11.1.2. "Estándar de infraestructura" del numeral 11.1 "estándares y criterios aplicables a todos los servicios", del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios desalud adoptado por la Resolución 3100 de 2019.

2.3.1.10.6 SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD – INDICADORES RESOLUCIÓN 256 DE 2016.

Los prestadores de servicios de salud, conforme a lo previsto en la Resolución 256 de 2016 modificada por la Resolución 3539 del 2019 deben analizar semestralmente los indicadores de calidad y de acuerdo con los resultados obtenidos desarrollar acciones de mejoramiento.

Por otra parte, las IPS deben realizar un análisis semestral de los indicadores de calidad, en pro de optimizar los resultados y buscar estrategias de mejoramiento que impacten favorablemente la gestión institucional, así como la contribución al logro de los resultados en salud del país.

En la solicitud de documentos del numeral 65 se requirió – Herramienta de medición, monitoreo y seguimiento indicadores de calidad y análisis de desviaciones. Para lo cual, la entidad suministró:

- Archivo Excel denominado "RS 0256 ÑO 2024" el cual contiene información, por trimestre, de cada uno de los trimestres de la vigencia 2024.
- Documento en pdf "INFORME DE INIDCADORES 0256 IV TRIMESTRE 2024 ESE UNA", que incluye informe la descripción o el seguimiento de los indicadores 0256 del IV Trimestre del 2024.
- Documento en pdf "EVIDENCIA CARGUES 256 TRIMESTRAL 2024" con información de pantallazos.

Ahora bien, al descargar la información de los indicadores de calidad de los dominios de experiencia en la atención y efectividad reportados para la ESE, en la plataforma MOCA - SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, relacionados con las atenciones en el año 2024, teniendo presente los servicios habilitados para la ESE en REPS, encontró lo siguiente:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Reporte de los indicadores de Calidad – Plataforma MOCA – SISPRO

Las IPS deben reportar trimestralmente estos indicadores a la plataforma MOCA-SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social. Al consultar la plataforma SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, acerca de los indicadores Moca sobre experiencia en la atención, se observó para medicina general lo siguiente:

Imagen nro.655. Tiempo promedio espera para asignación de cita medicina general vigencia

Indicadores Monitoreo de la Calidad de la Atención - IPS - Experiencia de la atención												
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	087580014701 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL JUAN DOMINGUEZ ROMERO E.S.E SOLEDAD - ATLANTICO	1	Días	202303	202306	202309	202312	202403	202406	202409	202412	

Fuente: Consulta realizada el 25/03/2025, en la página: <https://rsvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/>

La institución, para este indicador no reportó información durante los cuatro trimestres de las vigencias 2023 y 2024.

Una vez revisada la información suministrada por la ESE, en el marco de la auditoria, respecto del cargue de los indicadores, se identifica en el documento pdf soporte de pantallazos donde la entidad carga presuntamente los archivos. No obstante, para los siguientes indicadores de experiencia de la atención:

- P.3.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
- P.3.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna
- P.3.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría
- P.3.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología
- P.3.7 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General

No se evidenció ningún reporte por parte del prestador.

Ahora bien, del archivo Excel entregado se observa varios indicadores con numerador, pero sin valor en el denominador afectando el cálculo total. Además, durante el primer trimestre de 2024, la sede CACE Alta Complejidad reportó un total de 52 indicadores, de los cuales 27 fueron informados con valor cero, lo que equivale al 52% del total. Este porcentaje representa una gran proporción de indicadores sin resultados, lo que afecta el seguimiento y evaluación del desempeño en salud.

 Supersalud	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.66. Indicadores de Calidad suministrados por la ESE

				PEDIATRICO			SOLEDAD			SABANALARGA			TOTAL IV TRIMESTRE						
2	▼	CODIGO	▼	NOMBRE DEL INDICADOR	▼	T	▼	N	▼	D	▼	T	▼	N	▼	D	▼	T	▼
3	EFECTIVIDAD	P11		Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0	
4		P12		Proporción de gestantes con valoración por odontología		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0	
7		P15		Relacion Morbilidad Materna Extrema (MME)/Muerte Materna Temprana (MM)		# DIV 0		0		0		# DIV 0		23		0		# DIV 0	
12		P110		Proporción de gestante con asesoría pre-test para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0	
13		P111		Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madres viviendo con VIH, con diagnostico de VIH		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0	
14		P112		Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0	
17		P115		Proporción de personas con diabetes a quien se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el ultimo semestre		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0	
18		P116		Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realiza medición de LDL		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0	
19		P117		Proporción de personas con hipertension arterial (HTA), estudiadas para enfermedad renal cronica (ERC)		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0	
20		P118		Proporción de personas con diabetes mellitus, estudiadas para enfermedad renal cronica (ERC)		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0	
21	P119		Proporción de personas en diálisis con hemoglobina mayor o igual a 10 g/dl		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0		
22	P120		Proporción de pacientes en hemodiálisis con cateter como acceso vascular		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0		
23	P121		Proporción de mujeres entre 50 y 69 años con toma de mamografía en los ultimos 2 años		# DIV 0		0		0		# DIV 0		0		0		# DIV 0		
◀ ☰ I TRIMESTRE II TRIMESTRE III TRIMESTRE <u>IV TRIMESTRE</u> +																			
- Estadísticas del libro de trabajo - Excel																			

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

En el caso de la sede CACE-Pediátrico, la situación es más crítica debido a que de los 50 indicadores descritos en el primer trimestre, 31 indicadores (60%) se registraron en cero. Esto refleja una ausencia significativa de información útil para el análisis de gestión, lo cual puede estar relacionado con fallas en el registro, captura o seguimiento de datos asistenciales.

La sede CACR-Soledad en el primer trimestre describen 52 indicadores, de los cuales 28 se encuentran en cero, lo que representa un 54% de vacíos en el reporte.

La sede CACR-Sabanalarga a diferencia de las dos sedes mencionadas anteriormente refleja resultados con mayor completitud de la gestión de la información. En el primer trimestre describen 52 indicadores, de los cuales 26 se encuentran en cero, lo que representa un 50% de vacíos en el reporte.

En conclusión, con la información entregada por la ESE y la verificada en la plataforma “SISPRO”, se evidencia que no realizan reporte de los indicadores de la Resolución 256 de 2016, que son de obligatorio cumplimiento y hacen parte del dominio “Experiencia en la Atención”. Lo cual no genera una respuesta rápida a la detección y tratamiento en las etapas iniciales de un proceso patológico a su población usuaria y no permite la resolutividad para

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

los niveles superiores y especialidades, ya que el tiempo de respuesta es útil para atender la demanda de servicios y medir la suficiencia institucional.

Análisis y Monitoreo de los Indicadores de la Calidad en Salud

La entidad allego documento en pdf denominado “*INFORME DE INDICADORES 0256 IV TRIMESTRE 2024 ESE UNA*”, que incluye informe la descripción o el seguimiento de los indicadores 0256 del IV Trimestre del 2024.

De acuerdo a la información suministrada, se evidencia que el informe suministrado es del tercer trimestre del 2024, que, si bien listan los indicadores de efectividad, seguridad, experiencia en la atención, se resalta que algunos registran:

“Es importante revisar la calidad del dato, la fuente de información y de los pacientes registrados, determinar la causa de su reingreso a fin de determinar si fue prevenible”

De acuerdo con lo anterior, se identifica que lo registrados en el archivo no contiene el análisis ni monitoreo de los indicadores de la calidad en salud, con los soportes de la implementación de las estrategias de mejoramiento respecto de aquellos que presentan comportamiento desfavorable.

La ESE tiene la responsabilidad de realizar la monitorización de los indicadores para incentivar acciones de mejoramiento que incrementen la accesibilidad de los servicios y la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin poner retrasos en su vida y reducir la fallas en la relación oferta y demanda.

Se concluye que la entidad:

- No realiza monitoreo a los indicadores en las vigencias establecidas.
- No se puede establecer aquellos indicadores que presentan desviaciones con estrategias, ni seguimiento efectivo.
- Presenta información incongruente, contradictoria, toda vez que se evidenciaron datos registrados con contenido que difiere, considerándose que la información entregada carece de calidad, veracidad y confiabilidad.

Hallazgo nro. 356

La Empresa Social Universitaria del Atlántico, incumple sus obligaciones de reporte de información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia, frente a: i) No reportó los indicadores dominio de Experiencia de la Atención para la vigencia 2024; ii) suministro de información inconsistente, incurriendo con lo dispuesto en el artículo 5 y 6 de la Resolución 256 de 2016; para el que se adiciona un párrafo en el artículo 9 de la Resolución 3539 de 2019 y; artículos 2.5.1.5.2, 2.5.1.5.3 y 2.5.1.5.4 del Decreto 780 de 2016; y artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

2.3.1.10.7 POBLACIONES ESPECIALES

2.3.1.10.7.1 Atención de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.

La Circular Externa 0016 de 2017, impartió instrucciones tendientes a fortalecer las acciones que garanticen una adecuada práctica y atención gineco obstétrica preferencial a las mujeres en estado de gestación, que, por su condición de salud, requieren un especial trato y atención, conforme con las rutas de atención integral, protocolos y guías previstas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual manera, las IPS deben dar estricto cumplimiento al anexo nro. III Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal contenido en la Resolución 3280 de 2018. En concordancia el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la circular externa 047 de 2022, emitió instrucciones en el numeral 4 dirigidas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Seguimiento a la anticoncepción post evento obstétrico

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben garantizar la disponibilidad y suministro de métodos modernos de anticoncepción (de larga y corta duración, incluida la anticoncepción de emergencia) de forma que se garantice la anticoncepción post evento obstétrico antes del alta hospitalaria, así como en los programas regulares de salud sexual y reproductiva, dando estricto cumplimiento al anexo nro. III Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal contenido en la Resolución 3280 de 2018. En concordancia el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la circular externa 047 de 2022, emitió instrucciones en el numeral 4 dirigidas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Adicionalmente, el literal a) de la línea de acción número uno (1) del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, Versión 5 Dirección de Promoción y Prevención – Grupo Salud Sexual y Reproductiva – Grupo Curso de Vida. Ministerio de Salud y Protección social menciona:

“(...) 1. Garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar.

a. Aumentar, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la disponibilidad y suministro de métodos modernos de anticoncepción (de larga y corta duración, incluida la anticoncepción de emergencia) de forma que se garantice la anticoncepción post evento obstétrico antes del alta hospitalaria, así como en los programas regulares de salud sexual y reproductiva (...).”

La circular 0047 de 2022, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de las instrucciones emitidas para fortalecer el acceso efectivo a la atención integral en salud de las gestantes y los recién nacidos con el propósito de reducir la mortalidad materna, definió en el literal n del numeral 4 lo siguiente:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

“(…) Garantizar la asesoría y provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico en la IPS que atiende el parto (…).”

De igual manera, en el numeral 4.8.4. *Descripción* del numeral 4.8 “ATENCIÓN DEL PUERPERIO” del Lineamiento técnico y operativo ruta Integral de atención en salud materno perinatal de la Resolución 3280 de 2018 se indica:

“(…) Valorar la intención reproductiva” que establece: indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la mujer de acuerdo con su necesidad, dirigir la asesoría de acuerdo con necesidades y expectativas (las mujeres con antecedentes de morbilidad materna extrema, y adolescentes menores de 15 años, son prioritarias para anticoncepción post-evento obstétrico).

- *Describir todos los métodos anticonceptivos comenzando por los más efectivos y recomendados en post-evento obstétrico, sin omitir ningún método. (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de Anticonceptivos). Para esto se adoptan criterios médicos de elegibilidad de la OMS vigentes para condiciones médicas especiales*

- *Acompañar a la consultante en el desarrollo de la elección informada (permitir que se elija el método más adecuado de acuerdo con los elementos brindados en la consejería).*

- *Diligenciar, de acuerdo con normas institucionales, el formato de consentimiento informado y la historia clínica de anticoncepción.*

- *Suministrar anticonceptivos, antes del alta hospitalaria si bajo decisión informada (…).”*

En consonancia con lo expuesto, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, como en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, se estableció un plan específico de **aceleración para la reducción de la mortalidad materna**, para superar las inequidades territoriales y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS de 32 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030. Dentro del plan de acción se propone seis (6) líneas de acción, así:

- ✓ Garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar.
- ✓ Fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud productiva y la salud materno-perinatal con perspectiva intercultural y de género.
- ✓ Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.
- ✓ Cualificar las redes institucionales para la gestión de la atención de las gestantes con emergencias obstétricas y los recién nacidos con complicaciones.
- ✓ Estrategias de información y comunicación para promover el cuidado y la salud materna y neonatal.
- ✓ Fortalecer la gobernanza y hacer seguimiento a la implementación del Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En este sentido, para verificar su implementación en la solicitud de documentos, la ESE allegó en carpeta nro. 56 la cohorte de maternas de las sedes CAC Alta, CACR Sabanalarga y CACR Soledad, una vez revisadas, se encontró para cada una de las sedes, la siguiente información:

- ✓ CAC Alta: Reporte diario de morbilidad materna extrema 2024 y 2025; mortalidad perinatal RUAF 2024 y 2025, censo MME 2025, morbilidad materna extrema notificada al SIVIGILA 2024 y 2025.
- ✓ CACR SABANALARGA: Cohorte de maternas
- ✓ CACR SOLEDAD: Cohorte Morbilidad materna extrema notificada al SIVIGILA 2024-2025 y registran Cohorte de gestantes, pero al ser verificada la información reportan la sumatoria de procedimientos realizados a esta población de acuerdo con el sema epidemiológico (3 a 10), no discrimina de forma nominal las gestantes.

Asimismo, una vez revisadas las bases de datos para morbilidad materna extrema-MME y gestantes sin complicaciones, en las tres sedes se observó lo siguiente:

Tabla nro.52. Base de gestantes sin complicaciones y morbilidad materna extrema en las sedes de la ESE Universitaria Del Atlántico, vigencia 2024.

Sede	Cohorte Morbilidad Materna Extrema-MME	Cohorte de Gestantes	Seguimiento y Monitoreo
CAC ALTA	281 con MME	No anexaron información de gestantes, con datos de identificación, diagnóstico, semanas de gestación.	Las sedes CAC Alta, CACR Sabanalarga y CACR Soledad no anexaron el seguimiento nominal a la Cohorte de maternas con morbilidad materna extrema, como tampoco monitoreo individual a la Cohorte de gestantes.
CACR SABANALARGA	No anexaron cohorte MME.	Registraron 10 maternas, con datos de número de procedimientos de anticoncepción e inventario de medicamentos a semana epidemiológica 10.	
CACR SOLEDAD	52 con MME	No anexaron la relación de gestantes con datos de identificación, diagnóstico, semana de gestación.	

Fuente: Adaptación propia tomado de la carpeta nro. 56. Cohortes maternas de la información aportada a la auditoria del 11 al 14 de marzo de 2025.

Del mismo modo, en atención al cumplimiento de las líneas de acción del Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, se evidenció lo siguiente:

1. **Disponibilidad y suministro de métodos de anticoncepción (de larga y corta duración, incluida la anticoncepción de emergencia), para la anticoncepción post evento obstétrico.**

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

La ESE Universitaria Del Atlántico, aportó a la auditoria en carpeta nro. 48 Inventario Farmacia y agotados, donde al identificar existencias de medicamentos de anticoncepción se evidenció lo siguiente:

Tabla nro.5344. Inventario de farmacia CAC Alta y sus sedes

Sede	Nombre medicamento de anticoncepción	Cantidades vigencia 2025
CAC ALTA	LEVONOGRESTREL 75MG IMPLANTE SUBDERMICO	28
	MEDROXIPROGESTERONA 150MG AMPOLLA	3
CACR SABANALARGA	No reportó esta sede	Sin dato
CACR SOLEDAD	No reportó esta sede	Sin dato

Fuente: Tomado de la carpeta nro. 48 inventario de medicamentos y dispositivos médicos, aportado a la auditoría del 11 al 14 marzo de 2025.

La tabla anterior muestra que el stock de medicamentos que reportó CAC Alta no incluyó las Sedes CACR Sabanalarga y Soledad, no se evidencian existencias de los insumos de anticoncepción; por tanto, la ESE no garantiza el suministro de estos insumos a sus sedes para la atención de la población que requiere la anticoncepción antes del alta hospitalaria.

Sin embargo, durante el recorrido la CACR Soledad, allegó en el archivo denominado “Cohorte Gestantes”, que contiene la contabilización de los procedimientos y el stock de medicamentos de anticoncepción, de la última semana epidemiológica (semana 10) de la vigencia 2025, así:

- ✓ Ligaduras de trompas: 4
- ✓ Aplicación DIU: 0
- ✓ Implantes subdérmicos: 42
- ✓ Inyecciones de medroxiprogesterona: 34
- ✓ Existencias de DIU en farmacia semana 10 epidemiológica: 0
- ✓ Existencias implantes subdérmicos en farmacia semana 10 epidemiológica: 20
- ✓ Stock medicamentos de anticoncepción corta duración: 0
- ✓ Stock medicamentos de anticoncepción de emergencia: 30

Cabe aclarar que la información reportada por CACR Soledad, registra el número de cantidades de procedimientos realizados de anticoncepción, no relacionan datos nominales del proceso de atención de las mujeres que recibieron estos procedimientos para ligadura de trompas, aplicación de los implantes subdérmicos y aquellas que recibieron las inyecciones de medroxiprogesterona.

Respecto a la información suministrada durante el recorrido a la CACR Sabanalarga, con relación a los métodos de anticoncepción, se registró lo siguiente:

- ✓ Ligaduras de trompas: 21
- ✓ Aplicación DIU: 0

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- ✓ Implantes subdérmicos: 87
- ✓ Inyecciones de medroxiprogesterona: 10
- ✓ Existencias de DIU en farmacia semana 10 epidemiológica: 10
- ✓ Existencias implantes subdérmicos en farmacia semana 10 epidemiológica: 16
- ✓ Stock medicamentos de anticoncepción corta duración: 4
- ✓ Stock medicamentos de anticoncepción de emergencia: 4

2. El prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica basados en la evidencia científica.

La ESE Universitaria Del Atlántico, respecto a las guías de práctica clínica anexó en la carpeta nro. 59 documentos de adopción GPC, acto administrativo institucional según Resolución 0567 de 24 noviembre de 2022, donde en su artículo 1 describe la adopción de las siguientes guías de práctica clínica:

- ✓ Guías de recién nacido prematuro
- ✓ Guía de recién nacido sano
- ✓ Guía de asfixia perinatal
- ✓ Guía de recién nacido pretérmino
- ✓ Guía de sepsis neonatal
- ✓ Guía de recién nacido trastorno respiratorio
- ✓ Guía lineamiento madre canguro.

Sin embargo, el citado acto administrativo institucional, no contempla la adopción y adaptación de las guías para el manejo de las principales causas de mortalidad materna según lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para los siguientes casos:

- ✓ Trastorno hipertensivo asociado al embarazo
- ✓ Hemorragia obstétrica
- ✓ Sepsis obstétrica
- ✓ Evento tromboembólico como causa básica
- ✓ Embarazo ectópico
- ✓ Protocolo para el manejo de pacientes que solicitan IVE vigente.
- ✓ Infecciones en el embarazo- Toxoplasmosis
- ✓ Detección temprana de anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico.

Con relación a las capacitaciones y adherencia a las guías de práctica clínica, la ESE anexó las siguientes actas de capacitación durante las vigencias 2024 y 2025:

Tabla nro.5445. Relación capacitaciones ruta de atención materno perinatal - vigencias 2024 y 2025, sedes de la ESE Universitaria Del Atlántico

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Sedes	Fecha del Acta	Tema	Asistentes	Pre-Test	Post-Test	Observaciones
CAC Alta, virtual CACR Sabanalarga y Soledad.	Febrero 05/2025	Planificación familiar y anticoncepción	Estudiantes, Ginecólogo, estudiantes internos médicos.	Archivo en excel 38 participantes; de los cuales 20 son CAC ALTA, 7 son de Sabanalarga, 9 de Soledad.	No anexaron cuestionario	No aportaron pantallazos participantes por MEET de las sedes Soledad y Sabanalarga.
CAC ALTA y CACR SOLEDAD	Diciembre 05/2024	Interrupción voluntaria del embarazo, triage obstétrico	Estudiantes internos médicos, residentes, ginecólogo.	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	No hay evidencia virtual de participantes de CACR Soledad.
CACR SOLEDAD	Noviembre 27 de 2024	Interrupción voluntaria del embarazo, triage obstétrico	Estudiantes internos	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	Las firmas son de estudiantes de medicina. No relaciona personal auxiliar, médicos generales, ginecólogos, jefes de enfermería.
CACR SOLEDAD	Octubre 04/2024	Triage, Triage obstétrico	Personal asistencial	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	No anexan material de la presentación
CAC ALTA	Octubre 15/2024	Método anticonceptivo, morbilidad materna extrema	Enfermeras, Directora técnica, estudiantes, auditora concurrente.	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	No anexan material de la presentación
CACR SOLEDAD	Julio 17/2024	Sepsis materna	Estudiantes de medicina interno.	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	No anexan material de la presentación
CACR SOLEDAD	Septiembre 23/2024	Historia clínica ginecológica - sepsis materna	Estudiantes, residentes Intensivista, ginecóloga	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	No anexan material de la presentación
CACR SOLEDAD	Junio 25 de 2024	Anticoncepción, atención del parto, puerperio, emergencias obstétricas, atención del recién nacido.	No anexan planilla asistencia	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	No aportan material de la temática. Se evidencia preguntas de anticoncepción.
CACR SOLEDAD	Junio 18/2024	Ruta hospital Padrino y atención	Auxiliar enfermería, estudiantes	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	No anexan presentación o

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Sedes	Fecha del Acta	Tema	Asistentes	Pre-Test	Post-Test	Observaciones
		materno perinatal	internos, enfermera, psicóloga.			material de socialización.
CACR SOLEDAD	Mayo 21/2024	Embarazo ectópico	Estudiantes internos	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	No anexan presentación o material de socialización.
CACR SOLEDAD	Mayo 07/2024	Trastorno hipertensivo del embarazo	Estudiantes internos	No anexaron cuestionario	No anexaron cuestionario	No anexan presentación o material de socialización.

Fuente: Adaptación propia, tomado de la carpeta 59. Documento institucional adopción de guías, aportado durante la auditoría del 11 al 14 de marzo de 2025.

De lo anterior se observa que frente a las temáticas de las guías de práctica clínica no se abordaron durante la vigencia 2024 y lo corrido 2025, las siguientes:

- ✓ Hemorragia obstétrica y Evento tromboembólico.
- ✓ Infecciones en el embarazo- Toxoplasmosis

Sobre los participantes que acudieron a las capacitaciones, llama la atención que en su mayoría asistieron **estudiantes de medicina y residentes**, no se observa una participación de médicos generales, auxiliares de enfermería, enfermeras, Ginecólogos, Obstetras, que laboran en las sedes de la ESE y son responsables de atender los procesos de atención de esta población.

Adicionalmente, describen en el acta que mediante los dispositivos celulares de los asistentes registran el pre-test y post-test; se observa pretest y post-test del mes de febrero de 2025. Sin embargo, durante el periodo comprendido del 07 de mayo de 2024 hasta 05 de diciembre de 2024, no soportó medición de la adherencia de dichas capacitaciones, no anexa en medio físico el cuestionario de las preguntas para cada temática y la evaluación obtenida por sus asistentes.

3. Seguimiento Nominal a la Cohorte de Gestantes:

De conformidad con el seguimiento que plantea la Resolución 3280 de 2018, la ESE Universitaria Del Atlántico con sus sedes CAC Alta, CACR Sabanalarga y CACR Soledad, no soportó seguimiento nominal de todas sus gestantes, donde muestre el registro individual del cuidado prenatal, atención del parto y el puerperio.

Igualmente, dicho seguimiento debe efectuarse hasta las seis (6) semanas post parto el cual no fue soportado.

En conclusión, no es posible evidenciar los riesgos de dichas maternas en su clasificación gestacional (Alto, bajo, riesgo no evaluado); riesgo de preeclampsia (alto, bajo, riesgo no

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

evaluado), fecha del suministro sulfato ferroso, calcio en el control prenatal y suministro de anticonceptivo luego del evento post obstétrico.

Asimismo, la falta de seguimiento y monitoreo a las gestantes con riesgos maternos identificados puede afectar las decisiones clínicas preventivas y terapéuticas.

En el caso de una gestante con riesgo potencial de preeclampsia, no es posible evaluar adecuadamente las condiciones predisponentes; esto puede desencadenar complicaciones que aumenten la morbilidad y mortalidad.

Además, la educación y orientación a las gestantes durante las etapas de la concepción, embarazo a través de los controles prenatales, permiten la identificación de los signos y síntomas de alarma prevenibles que evitan la ocurrencia de eventos adversos.

4. Seguimiento Nominal a Casos de Morbilidad Materna Extrema-MME:

La ESE en archivo nro. 56. Cohorte de maternas, allegó tres subcarpetas CACE Alta, CACR Sabanalarga y CACR Soledad.

CACE ALTA:

Al revisar la carpeta denominada “Cohorte de maternas”, esta contiene archivo en Excel, base de datos de la morbilidad materna extrema notificada en el SIVIGILA con evento 549, correspondiente a las vigencias 2024 y lo transcurrido del año 2025.

Esta base registra 268 maternas con complicaciones procedentes de los municipios de los departamentos del Sucre, Cesar, Atlántico, Magdalena y Bolívar. De estas, la mayor proporción corresponde al municipio de Soledad, con 62 casos (23%), seguido por Sabanalarga con 35 casos (13%), Malambo con 26 casos (9,7%) y Barranquilla con 17 casos (6,3%). En conjunto, estos municipios del departamento del Atlántico concentran el 51% del total de la población registrada en esta base de datos.

Cabe resaltar que, de un total de 268 materno con complicaciones, los datos disponibles no evidencian el seguimiento nominal de los procesos de atención brindados a esta población, por parte del CAC Alta, CACR Sabanalarga y CAC Soledad.

En consecuencia, no es posible evidenciar la principal causa principal de la morbilidad ni las fechas de los seguimientos realizados, lo que repercute en una mortalidad materna evitable.

4. Intervenciones a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.

Para evaluar este ítem, se tomaron de forma aleatoria 2 historias clínicas de Gineco Obstetricia de las sedes CAC Alta y CACR Sabanalarga, así:

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

1.Caso T.I 1044392547 - Atención Gestante

Paciente de 14 años, con embarazo de 24, 5 semanas, referida del Hospital Juan de Acosta ingresa urgencias CAC Alta, el 29/09/2024.

Tabla nro.55. Trazabilidad atención gestante adolescente con T.I 1044392547 Fecha atención 29/09/2024

Antecedentes obstétricos	Examen físico y signos vitales.	Dx	Plan	Análisis	Hospitalización	Evolución clínica
Menarquia: 11 FPP: 12/1/2025 FUM: 05/04/2024 Paraclínico control prenatal. IVU 11/07/2024	Sí	Dolor pélvico perineal Trabajo de parto prematuro sin parto.	Hospitalización en ginecología S/S Hemograma, PCR, perfil de daño endotelial, uroanálisis, gram orina, fetocardia.	Corrige plan de manejo añade: antihipertensivo, anticoagulación, indicaciones de glucometría e insulina. Posterior anexan Nota aclaratoria: Datos anteriores no corresponden a la paciente.	29/09/2024 Descartado síndrome parto pretérmino. ARO: Primigestante Preeclampsia. Solicitan paraclínicos, ecografía, Doppler fetoplacentario.	30/09/2024- Realizan nota aclaratoria donde suspenden Nifedipino, Enoxaparina y alfa metildopa dicha ordenes no corresponden a esta paciente. (ver imagen) 01/10/2024: ronda por ginecólogo, ultrasonografía renal y vías urinarias. Ordena antibiótico 02/10/2024: Paraclínicos, ecografía. Suministro ampicilina Sulbactam, Hioscina, ordena urocultivo, fetocardia por horario. 03/10/2024: urocultivo negativo. Cervicometría, ecografía, placenta sin signos de desprendimiento, paciente en buenas condiciones. Ordena egreso con tratamiento médico ambulatorio recomendaciones y signos de alarma.

Fuente: Tomado de la Historia clínica de atención por Ginecobstetricia No. T.I1044392547, allegado en carpeta Soledad requerimiento 4 del 12/03/2025.

Durante el proceso de atención del **30/09/2024**, se evidencian notas aclaratorias de los procedimientos y medicamentos administrados a la paciente, debido que los medicamentos no corresponden con la paciente, así:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.67. Nota aclaratoria de la suspensión medicamentos ordenados a gestante adolescente T.I 1044392547

Paciente: 1044392547 KARELIS RADA VELASQUEZ Fecha Actual: viernes, 14 febrero 2025 Pagina 1/1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO
CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTO - CACE ACA
NOTA ACLARATORIA PARA PROCEDIMIENTOS, EXAMENES Y MEDICAMENTOS

Nº Historia Clínica: 1044392547

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: KARELIS RADA VELASQUEZ Identificación: 1044392547 Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento: 05/octubre/2009 Edad Actual: 15 Años / 4 Meses / 9 Días Estado Civil: Soltero
Dirección: CALLE 5#2-92 Teléfono: 3226013330-3128099265
Procedencia: JUAN DE ACOSTA Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD REGIMEN: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD NIVEL - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL I
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD- MUTUAL SER- SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO

Responsable: YULIETH VELASQUEZ FOLIO N° 9 Fecha: 30/09/2024 12:09 a. m.
Dirección Resp: CALLE 5#2-92 Teléfono Resp: 3226013330
Finalidad Consulta: No_Aplica N° Ingreso: 212822 Fecha: 28/09/2024 10:26:36 p. m.
Acompañante: YULIETH VELASQUEZ Causa Externa: Enfermedad_General
Teléfono: 3128099265

NOTA ACLARATORIA

SE ABRE FOLIO PARA SUSPENDER NIFEDIPINO, ENOXAPARINA Y ALFA METILDOPA YA QUE DICHAS ORDENES NO CORRESPONDEN A ESTA PACIENTE

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Dx principal	Observaciones Diag.
O600	TRABAJO DE PARTO PREMATURO SIN PARTO	☒	Diagnóstico

[Firma]

DONADO DONADO ALBERTO ANTONIO
04790
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fuente: Tomado de la Historia clínica de atención por Ginecobstetricia No. T.I1044392547, allegado en carpeta Soledad requerimiento 4 del 12/03/2025.

Ahora bien, respecto a la alta médica dada el 03/10/2024, se ordenan medicamentos, se confirma diagnóstico de infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo. El ginecólogo recomienda realizar urocultivo de control ambulatorio en 7 días posterior a terminar el antibiótico.

Posteriormente, anexan **Historia Clínica Gineco Obstetricia** fecha el 15/11/2024, con la siguiente información:

Tabla nro.56. Trazabilidad atención gestante adolescente con T.I 1044392547 fecha 15/11/2024

Antecedentes Ginecobstétricos	Antecedentes Salud Sexual y Reproductiva	Motivo consulta	Signos vitales	Examen físico	Plan	Hospitalización Evolución clínica
Sin datos	Sin datos	"Tengo sangrado"	No registran como tampoco alertas obstétricas.	Sin datos	Hemorragia segunda mitad del embarazo a descartar. Alto riesgo obstétrico.	16/11/2024: Paraclínicos, imágenes dx, conclusión placenta sin signos de desprendimiento, movimientos fetales positivos. Plan antibióticos,

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Antecedentes Ginecobstétricos	Antecedentes Salud Sexual y Reproductiva	Motivo consulta	Signos vitales	Examen físico	Plan	Hospitalización Evolución clínica
					Ordena hospitalizar Ginecología. S/S: Hemograma, PCR, paraclínicos, ecografía.	control tensión arterial. 17/11/2024: Embarazo 25,0 semanas, bajo riesgo parto pretérmino. Egreso médico, orden controles prenatales, cauterizar verrugas vulvares por VPH, Clotrimazol vaginal.

Fuente: Tomado de la Historia clínica de atención por Ginecobstetricia No. T.I1044392547, allegado en carpeta Soledad requerimiento 4 del 12/03/2025.

Posterior a su egreso hospitalario, anexan historia clínica de Ginecobstetricia, con ingreso del **20/12/2024**, con motivo de consulta “*Tengo contracciones*”, luego de valoración por ginecología decide hospitalizar por trabajo de parto inicial, se da traslado a quirófano, con diagnostico O600 Trabajo de parto prematuro sin parto, con la siguiente información:

Tabla nro.57. Trazabilidad atención gestante adolescente con T.I 1044392547 fecha 20/12/20

Hospitalización Ginecobstetricia	Hemo componentes	Evolución clínica por Pediatría	Sala de Recuperación
20/12/2024	Consentimiento de la transfusión. Reserva 2 unidades de Glóbulos rojos pobres en leucocitos. Describen que la Paciente no acepta la transfusión.	20/12/2024 hora:12:00 Recién nacido femenino nace por cesárea, se clampea y corta cordón umbilical, profilaxis vitamina k, solicitud TSH, hemoclasificación, VDRL. Peso: 2.585 gramos Talla 50 cms, PC 34 CM, PT 31 CM. Lactancia materna a libre demanda y/o formula, Adaptación neonatal, inicio esquema de vacunación con BCG y Hepatitis B	Alumbramiento con extracción placenta completa. Procedimiento ejecutado: Cesárea segmentaria transperitoneal 23/12/2024: Egreso hospitalario.

Fuente: Tomado de la Historia clínica de atención por Ginecobstetricia No. T.I1044392547, allegado en carpeta Soledad requerimiento 4 del 12/03/2025.

Posterior al egreso hospitalario de fecha 23/12/2024, se da el siguiente plan de manejo con recomendaciones:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.68. Egreso hospitalización – Historia clínica T.I 1044392547 Fecha 23/12/2024

DESTINO DEL PACIENTE	Salida
INDICACION	PLAN DE MANEJO: 1. EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA2. MEDICAMENTOS:-CEFALEXINA TABLETA 500 MG, TOMAR 1 TABLETA VÍA ORAL CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS-ACETAMINOFÉN TABLETA 500 MG, TOMAR 2 TABLETAS VÍA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS O SI DOLO-ENOXAPARINA AMPOLLA 40 MG, APLICAR 1 AMPOLLA SUBCUTÁNEA CADA 24 HORAS POR 15 DÍAS-SULFATO FERROSO TABLETA 300 MG, TOMAR 1 TABLETA VÍA ORAL CADA 24 HORAS (2 HORAS DESPUÉS DEL ALMUERZO) POR 30 DÍAS 3. RETIRO PUNTOS EN 10 DÍAS DEL POSTQUIRÚRGICO4. CITA CONTROL AMBULATORIA PARA VALORACIÓN POR GINECO-OBSTETRICIARECOMENDACIONES GENERALES:- DEBE TOMARSE LA PRESIÓN ARTERIAL TODOS LOS DÍAS EN HORAS DE LA MAÑANA Y EN HORAS DE LA TARDE Y DEBE ANOTARLAS Y LLEVARLAS A LA CITA CON GINECOLOGÍA.-REALICE SU BAÑO DIARIO Y LAVE CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN LA ZONA GENITAL-SU ALIMENTACIÓN ES NORMAL, NO TIENE NINGUNA LIMITACIÓN ESPECIAL-DEBE GUARDAR REPOSO, PERO NO PERMANECER EN CAMA TODO EL TIEMPO. PUEDE CAMINAR MODERADAMENTE, NO HACER EJERCICIOS INTENSOS-RETIRO DE PUNTOS EN 10 DÍAS, PRESIONE LA INCISIÓN O HERIDA CON UNA ALMOHADA CUANDO TOSA O ESTORNUDE PARA ALIVIAR LA MOLESTIA Y PROTEGER LA INCISIÓN-SE RECOMIENDA LA UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVO POR MÍNIMO LOS PRIMEROS 3 MESES EN SU PUERPERIO (RECOMENDACIONES IAM)SIGNOS DE ALARMA, RECONSULTE SI-FIEBRE O ESCALOFRÍOS-DOLOR DE CABEZA, VER LUCES, ESCUCHAR PITOS-VÓMITO O DIARREA-FLUJO DE MAL OLORES O PURULENTO-DOLOR O ARDOR AL ORINAR-ORINA FÉTIDA, DE MAL OLORES O CON PUS-DIFICULTAD PARA RESPIRAR-DOLOR ABDOMINAL INTENSO-SANGRADO ABUNDANTE POR GENITALES-DOLOR, CALOR O ENROJECIMIENTO DE LOS SENOS-HERIDA ROJA, CALIENTE O CON SECRECIÓN-TENSIÓN ARTERIAL MAYOR DE 140/90 MMHG

Fuente: Tomado de la Historia clínica de atención por Ginecobstetricia No. T.I1044392547, allegado en carpeta Soledad requerimiento 4 del 12/03/2025.

No se anexan registros de la consulta de control ambulatoria especializada por Ginecología, como tampoco de control por pediatría al recién nacido, posterior a su egreso.

2.Caso CC1007128333- Atención Puerperio

Paciente remitida del hospital Campo de la Cruz, por trabajo de parto ingresa a la CACR Sabanalarga, el 04/01/2025, triage II, edad 22 años con 38 semanas de gestación, registra en historia clínica de Gineco obstetricia, los siguientes datos:

Tabla nro.58. Trazabilidad atención gestante-Historia clínica de urgencias con CC 100712833 fecha 04/01/2025

Diagnostico	Examen físico	Riesgos obstétricos	Exámenes	Medicamentos	Riesgo psicosocial	Plan
G2P1V1A0C0 Trabajo de parto.	No registra datos por sistemas	Score 0, riesgo trombotico moderado.	Hemograma, PCR Monitoreo fetal Perfil infeccioso	Tramadol 50 mg	Sin datos	Hospitalizar Ecografía Perfil biofísico Monitoreo fetal

Fuente: Tomado de la Historia clínica de atención por urgencias CC100712833, allegado en carpeta Sabanalarga requerimiento 8 del 13/03/2025.

En la historia clínica de Atención del Parto del 05/01/2025, registra lo siguiente:

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Tabla nro.5469. Trazabilidad atención gestante- Historia clínica de Atención del parto con CC 100712833 fecha 05/01/2025

Enfermedades durante el embarazo y parto	Parto cesárea o	Partograma	Fecha del parto	Registro anestesia	Informe instrumentación Quirúrgica	Dx	Plan
Ninguna.	Espontáneo	No	05/01/2025 Hora: 09:19; recién nacido: 1 sexo: F Peso: 2600 Apgar: 9/10	Sin datos reporte intraoperatorios: ionograma, glucometría.	Si	0757 Parto vagina l.	Traslada a Cirugía para técnica de Pomeroy. Se ordena Hospitalización.

Fuente: Tomado de la Historia clínica de atención del parto CC100712833, allegado en carpeta Sabanalarga requerimiento 8 del 13/03/2025.

El 06/01/2025, el médico tratante decide pasar a cirugía para la realización de la técnica de Pomeroy (ligadura de trompas), luego el paciente pasa a sala de recuperación, con recién nacido vivo con 1 día de estancia **puerperio mediato normal**, estable con buen patrón respiratorio, decide egreso hospitalario con formula médica, con el siguiente plan:

Imagen nro.69. Egreso hospitalización – Historia clínica CC 100712833 Fecha 06/01/2025

DESTINO DEL PACIENTE	Salida
INDICACION	1) EGRESO HOSPITALARIO 2) MEDICAMENTOS:-CEFALEXINA TABLETAS 500 MG #28USO: TOMAR 1 TABLETA CADA 6 HORAS VIA ORAL POR 7 DÍAS -ACETAMINOFÉN TAB 500 MG #24USO: TOMAR 2 TABLETA VO CADA 8 HORAS POR 4 DÍAS-SULFATO FERROSO TAB 200 MG #90USO: TOMAR 1 TABLETA VO DÍA (EN AYUNAS) POR 3 MESES-ENOXAPARINA 40 MG AMPOLLA #8USO: APLICAR 1 AMPOLLA DIARIA SUBCUTANEA POR 8 DÍAS3) SE SOLICITA CITA POR GINECOLOGÍA EN 5 DÍAS 4) RETIRO DE PUNTOS EN 12 DÍAS.5) SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA COMO SANGRADO ABUNDANTE, ARDOR Y MOLESTIAS PARA ORINAR, FIEBRE, ESCALOFRÍOS, DESCENSOS MAL OLIENTES, HINCHAZÓN Y DOLOR DE MAMAS CON FIEBRE PARA CONSULTAR DE URGENCIAS
	
LOPEZ VARGAS ALVARO 16057 GINECOLOGIA	

Fuente: Tomado de la historia clínica CC1007128333 carpeta 8. Gestantes, aportado durante la auditoria del 11 al 14 marzo de 2025.

Posterior al egreso hospitalario, del 06/01/2025 no hay registro de consulta especializada por Ginecología y los respectivos seguimientos; no aportan anexos como consentimiento informado para la realización del procedimiento quirúrgico, reporte de la entrega de los micronutrientes, medicamentos y demás ordenamientos médicos para la madre y recién nacido.

A continuación, se concluye los siguientes errores en el proceso de atención a la gestante:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Atención de adolescente sin descripción de rutas ante un posible abuso sexual
- Seguimiento prenatal incompleto
- Diligenciamiento de historia clínica con inconsistencias
- Ausencia de activación de ruta psicosocial
- No registro claro de consentimiento informado para Pomeroy, Cesárea y administración de hemo componentes.
- No claridad frente a la toma de paraclínicos
- No se garantiza la adherencia a los procedimientos de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal.

En conclusión, según lineamiento técnico operativo de la RIAMP, la institución no garantiza la atención de la consulta ambulatoria post – parto que debería llevarse a cabo entre el 3 y 5 día de alta hospitalaria para prevenir y controlar las complicaciones del parto como hemorragias, retención de restos e infección puerperal.

Hallazgo nro. 37

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico No garantiza la atención de la población materno Perinatal en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, incumpliendo las seis líneas estratégicas del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna v5, vinculante en la parte inicial o introductoria de la circular 047 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Hallazgo nro. 38

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza la atención de consultas de control ambulatorio post parto, incumpliendo el numeral 4.8.3 “Atenciones incluidas” del numeral 4.8 “Atención del Puerperio” del “Lineamiento Técnico y operativo ruta integral de atención en salud materno perinatal” adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018.

2.3.1.10.7.2 Manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad

Según lo definido en el artículo 11 de la resolución 2350 de 2020, las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán garantizar la atención oportuna y completa de la población menor de 59 meses con diagnóstico de desnutrición.

La Resolución 2465 del 2016 en su artículo 1 establece los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para realizar la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, conforme con los patrones de crecimiento publicados en los años 2006 y 2007 por la Organización Mundial de la Salud – OMS; así como los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para efectuar la clasificación antropométrica del estado nutricional de adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas, contenidos en el anexo técnico que forma

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

parte de la misma. Igualmente, se identifican los equipos e instrumentos de medición antropométrica.

Reporte casos de Desnutrición

Las IPS deben notificar al SIVIGILA a través de las fichas Cod INS 591 y/o 113, según corresponda, de la siguiente manera: i) De forma inmediata, los casos de muerte en menores de cinco años por desnutrición y aquellos niños de seis (6) a 59 meses con un perímetro braquial inferior a 11,5 cm. ii) De manera semanal, los casos de desnutrición aguda en niños de 0 a 59 meses que cumplan con la definición de caso por antropometría, siempre que no presenten los criterios para notificación inmediata.

Adicionalmente, las ESE deben reportar a las entidades aseguradoras y a las secretarías de salud los indicadores relacionados con el manejo hospitalario y/o ambulatorio de los niños menores de cinco años con desnutrición aguda, siguiendo la periodicidad establecida en el Lineamiento Técnico de la Resolución 2350 de 2020.

Evaluación de implementación mediante casos trazadores

Con el fin de evaluar la atención integral brindada a los menores de 5 años en la ESE, conforme a las obligaciones establecidas en el *“Lineamiento Técnico para el Manejo de la Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en niños de 0 a 59 meses”*, adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, y la continuidad de sus responsabilidades según la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018), en el marco de los acuerdos de voluntades vigentes al momento de la auditoría, se realizó la solicitud de información a través del formato AF106.

Se requirieron los siguientes documentos en el numeral 50: *“Cohorte de niños de 0 a 59 meses atendidos por desnutrición aguda, moderada y severa, incluyendo eventos de mortalidad infantil”* y la ESE entregó los siguientes documentos:

- CACE Pediátrico: tres (3) archivos en Excel:
 1. *“DESNUTRICION-PEDIATRICO-2024”* con 44 registros de menores a SIVIGILA (formato SIVIGILA).
 2. *“DESNUTRICION-PEDIATRICO-2025”*. Con 6 registros de menores a SIVIGILA (formato SIVIGILA).
 3. *“MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS 2024 - PEDIÁTRICO”*. Con 10 registros de menores a SIVIGILA (formato SIVIGILA).
- CACR Sabanalarga:
 1. Un (1) archivo Excel: *“REPORTE DE CASOS DE DNT 2024 Sabanalarga”* con 10 registros de menores a SIVIGILA (listado Excel).
 - Carpeta con diez (10) reportes de DNT enviados al INS (archivos en PDF).
- CACR Soledad:
 1. Un (1) archivo Excel: *“2024_113_REPORTE CARCS SOLEDAD DENT”* con 7 registros de menores a SIVIGILA (formato SIVIGILA).

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Adicionalmente, se solicitó en el numeral 52: “Soporte de la socialización de las capacitaciones realizadas sobre el Lineamiento para el Manejo Integrado de la Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en niños de 0 a 59 meses, y sobre la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 2465 de 2016)” y la ESE allego cinco (5) documentos en pdf, los cuales se relacionan continuación:

- Acta de capacitación sobre DNT. Contiene información de “semana de concientización sobre la desnutrición en menores de 5 años” (12 al 16 de noviembre de 2024), pero no incluye dentro de las temáticas indicadores de resultado y de seguimiento a largo plazo como está estipulado en la resolución 2350.
- Formato FT-GC-0505. Contiene acta de socialización de la Resolución 2350 de 2020 (4 de diciembre de 2024), donde se trató temas de manejo clínico y criterios de atención, pero no incluyó aspectos sociales y comunitarios que hacen parte del enfoque integral recomendado en el lineamiento técnico. Solo circunscribe personal de nutrición en el listado.
- GABAS pediátrico. Contiene acta de socialización de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (12 de noviembre de 2024), falto incluir aplicación del tema a menores con riesgo nutricional o recuperación post-desnutrición. No incluye lista de asistencia.
- Plan de desaceleración de la mortalidad por desnutrición (infografía). No es claro a la población a la cual va dirigida.
- Plato Salud de la familia Colombiana. Contiene acta de socialización sobre alimentación saludable (11 de octubre de 2024) y estaba dirigido a familiares y acompañantes de pacientes. Sin embargo, falto incluir formación adaptada para cuidadores de niños con desnutrición en recuperación, enfatizando en las recomendaciones especiales para ese grupo.

En el Numeral 53 se solicitó “Soportes de la evaluación de adherencia al lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición (últimos dos semestres) y plan de mejoramiento con evidencia de las acciones realizadas”, para lo cual la ESE entrego 2 archivos en Excel (“Adherencia lineamiento DNT 2024” con 68 casos y “Adherencia lineamiento DNT 2025” con 6 casos). En estos documentos se encuentran los listados de indicadores de DNT, con un cumplimiento del 100% en todos los casos:

- CACE Pediátrico 44 casos (2024) y 6 casos 2025, para un total de 50 casos.
- CARC Sabanalarga 10 casos (2024).
- CACR Soledad 14 casos (2024).

Comparando la información de adherencia al lineamiento DNT del año 2024 reportada en el numeral 53, con los casos reportados a SIVIGILA información del numeral 50, se encuentra una diferencia de 7 casos menos en la sede de CACR Soledad, lo cual cuestiona la no realización del reporte a SIVIGILA.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En el Numeral 54 se requirió “Reportes realizados a las entidades aseguradoras y secretarías de salud sobre los indicadores del manejo hospitalario y ambulatorio de menores de 5 años con desnutrición aguda”. Sin embargo, se recibe la misma información del numeral 50 excepto el archivo de “DESNUTRICION-PEDIATRICO-2024” con 44 registros de menores a SIVIGILA (formato SIVIGILA).

Estos documentos no evidencian un reporte entidades aseguradoras y secretarías de salud sobre los indicadores del manejo hospitalario y ambulatorio de menores de 5 años con desnutrición aguda.

Análisis de reporte a SIVIGILA

Revisada la información a periodo epidemiológico XII del 2024 suministrada por el INS a esta Superintendencia se identifica que para el evento 113 la entidad reportó 25 casos, y comparando los reportes a SIVIGILA aportados por la entidad se evidencia discrepancia en 43 casos.

Durante la auditoria, se solicitaron historias clínicas de menores hospitalizados y se recibieron 2 carpetas (1. IRA-EDA-DNT y 2.HC-DNT), la primera carpeta contenía reportes a SIVIGILA (4 archivos en Excel) y a segunda tres (3) archivos, de los cuales uno (1) contenía la historias clínicas Nro. 1048337239 y los otros 2 archivos no permitieron la apertura imposibilitando la revisión.

Sin embargo, en la auditoria presencial se solicitó historias clínicas de menores hospitalizados al respecto de la información aportada se identificó:

Adherencia a lo estipulado el lineamiento técnico adoptado por la Resolución 2350 de 2020.

1. Usuario identificado con Historia Nro RC 08001I3440

Análisis Clínico

- Principios básicos para el diagnóstico.**

Lactante menor de 10 meses procedente de Barranquilla, Atlántico (natural de Machiques de Perijá, Venezuela), valorada en el servicio de urgencias el 27/02/2025 por cuadro de 2 días de evolución de fiebre no cuantificada, diarrea (2 deposiciones diarias) y emesis (2 episodios día) con manejo en casa con Trimetoprim-Sulfametoxazol 0,5 cc cada 12 horas, Metoclopramida y SRO (No hay evidencia en la HC de consulta médica previa o si esto fue automedicación). Se ingresa con diagnósticos de: Desnutrición aguda moderada en fase de estabilización, bronquiolitis aguda moderada, gastroenteritis aguda con signos de deshidratación e intolerancia a la vía oral.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En la valoración inicial se encuentra menor alerta, activa, sin dificultad respiratoria grave y se identifica signos clínicos compatibles con desnutrición (alopecia, cabello quebradizo, signo de la bandera, piel xerótica, lesiones hipopigmentadas, hipotrofia muscular, mucosa oral seca, signos de carencia nutricional). Se documentan medidas antropométricas (Peso: 6.34 kg / Talla: 68 cm / IMC: 18.06 / PC: 43 cm) e indicadores antropométricos (: P/T entre -2 y -3 DE; T/E entre -1 y -2 DE; P/E < -2 DE).

Respecto a la clasificación Nutricional (Resolución 2350 de 2020) se consideró un tipo de Desnutrición aguda moderada (P/T entre -2 y -3 DE, sin edema, sin signos de emaciación severa) y cumpliendo criterios para hospitalización:

- Presencia de comorbilidad (bronquiolitis, intolerancia a la vía oral)
- Signos de deshidratación
- Estado nutricional en riesgo (bajo peso, alto riesgo social, señales clínicas)

En lo relativo al manejo institucional (conforme anexo técnico res. 2350/2020), la paciente ingreso a observación y posterior hospitalización en pediatría e indicaron **aislamiento de contacto**. Se inicio manejo medico con reposición hídrica vía oral (SRO) y posteriormente intravenosa con Hartmann + DAD + KCl, antibioticoterapia empírica: Ampicilina + Gentamicina, Broncodilatador: Salbutamol inhalado cada 3 horas y protección gástrica con Omeprazol IV, iniciada fórmula F75 en dosis progresiva según peso y tolerancia; finalmente se solicitaron paraclínicos. También se interconsulta para valoración por trabajo social y psicología.

Ahora bien, la ESE suministró el archivo “*Adherencia Lineamiento DNT 2025*”, el cual contiene los indicadores evaluados para los usuarios identificados con los documentos 10448028022, 10448028032, 10483378162, 10851162392, VEN08001310 y 10483358223. En este archivo se evidencia la evaluación de la menor identificada con el documento VEN08001310, indicando un cumplimiento del 100% de los indicadores. Sin embargo, una vez revisado el caso, se observa lo siguiente:

Tabla nro.60. Indicadores dispuestos por la ESE Vrs lo evidenciado en campo usuario VEN08001310

n	Item	Indicador	Verificación Cumplimiento SNS	Observaciones
1	Valoración Clínica y Clasificación Nutricional	La ESE realiza la valoración clínica y la clasificación nutricional para confirmar la presencia de la desnutrición aguda moderada y severa y define el escenario de manejo acuerdo con lo indicado en la Resolución 2465 de 2016	SI	Se realiza la clasificación según Resolución 2350
2	Realización de Pruebas Diagnósticas	Aplica indicadores antropométricos según la Res. 2465 de 2016 y pruebas bioquímicas	NO	

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

n	Item	Indicador	Verificación Cumplimiento SNS	Observaciones
3	Valoración de perímetro Braquial	Se realiza toma de perímetro braquial de acuerdo con lo indicado en la Resolución 2465 de 2017	NO	
4	Reporte Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública- SiviGila	Diligenciamiento de la ficha de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica establecido.	NO	PB reportado sin interpretación, Z-score ni comparación
5	Cargue Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SiviGila	Registro en original y electrónico de las Fichas INS código 113	NO	No aparece registro en HC
6	Tratamiento Terapéutico de la Desnutrición Aguda en Niños de Cero (0) A 59 Meses	La IPS prescribe las fórmulas terapéuticas ante la presencia de la desnutrición aguda moderada y severa	SI	se inicia F75
7	Tratamiento Terapéutico de la Desnutrición Aguda en Niños de Cero (0) A 59 Meses	La IPS garantiza como un insumo de estancia hospitalaria la Formula Terapéutica - F75	SI	se inicia F75
8	Abordaje terapéutico por Equipo Multidisciplinario	Se evidencia en registros clínicos interconsultas y seguimientos por Trabajo Social, Psicología, Nutrición y Pediatría con sus respectivas evoluciones durante la estancia	NO	Registros de interconsultas, pero sin traductor ni bioseguridad
9	Egreso Según Tipo de Atención	Debe egresar de la IPS con cita previa asignada para consulta de valoración integral de la primera infancia por parte de su aseguradora	NA	NA
10	Seguimiento	La IPS asigna cita del primer control ambulatorio por el especialista en pediatría entre los 3 a 5 días después del alta hospitalaria	NA	NA
11	Seguimiento	La IPS registra asistencia de cita del primer control ambulatorio por el especialista en pediatría entre los 3 a 5 días después del alta hospitalaria	NA	NA
12	Seguimiento	La IPS en caso de inasistencia por parte del especialista en pediatría registra en la historia clínica y notifica a Trabajo Social para contactarlo quien reporta a su aseguradora por correo electrónico para su búsqueda.	NA	NA
TOTAL				

Fuente: Aportado por la entidad y adaptado por el grupo auditor de la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

En conclusión, respecto a la valoración inicial:

- No hay exploración de antecedentes personales, patológicos, familiares, vacunales y sociodemográficos completos (paciente indígena con alto riesgo social).

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- No se presenta ni se adjunta gráfica de crecimiento ni curvas Z-score en relación con los estándares OMS de talla, peso, perímetro cefálico.
- No se evalúa el perímetro braquial como criterio complementario clave en desnutrición aguda.
- No se evidencia historia nutricional completa: no se especifica si hubo lactancia materna exclusiva, edad de inicio ni progresión detallada de la alimentación complementaria (solo se mencionan alimentos por frecuencia semanal).
- Evaluación bioquímica pendiente: se solicitó batería completa (hemograma, electrolitos, proteína C reactiva, enzimas hepáticas, función renal, albúmina, etc.), pero al corte de la historia no se reportan resultados.
- Factores sociales de riesgo presentes: madre con calidad de información baja, sin datos completos de neurodesarrollo, procedencia rural, sin historial médico detallado. No se reporta carnet de vacunación. Se resalta que la madre es indígena y no esta reportado en la historia clínica, la cual no habla español y no había traductor para apoyar el proceso (dependía de asistencia de familiares).
- Si bien en la base de datos “*Reporte SIVIGILA Pediátrico 2025*” hay evidencia que se reportó el caso, esto no está registrado en la historia clínica.

Respecto al Manejo institucional (conforme anexo técnico res. 2350/2020):

- Se observo que, aunque la menor tiene ordenado “*Aislamiento de contacto*” este no se cumple, dado que se encontró al trabajador social saliendo de la habitación sin las medidas de bioseguridad adecuadas.
- Dado el Alto riesgo social por ser la menor paciente indígena (verificado en la auditoria) cuya madre no habla español, se evidencio que la ESE no cuenta con traductores, ni ha dado el enfoque integral requerido al caso. Además, la familia manifestó que deben caminar 3 horas para llegar a la entidad para poder “*traducir*” a la mama lo que habla con los médicos.

2. Usuaría identificada con Historia Nro RC 1048337239

Principios básicos para el diagnóstico

Primer Ingreso

Lactante menor de 6 meses y 17 días, sexo femenino (aunque en la historia clínica se registra como masculino), procedente del municipio de Malambo, Atlántico. Fue remitida desde la consulta externa de crecimiento y desarrollo con diagnóstico de desnutrición moderada e indicación de valoración por pediatría.

Antecedentes y condiciones sociofamiliares: la madre refiere haber proporcionado lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Posteriormente, inició una alimentación mixta, combinando lactancia materna con alimentos inadecuados para la edad, como espaguetis, arroz y agua de arroz. En la historia clínica se consigna inicialmente “sin antecedentes personales de importancia” y “bajo peso al nacer” (2800 gramos). En una segunda

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

valoración se amplía la información: primera gestación, ocho controles prenatales, nacimiento a las 38 semanas de gestación, lactancia exclusiva hasta los 6 meses y esquema de vacunación completo (aunque no aporta el carné de vacunación).

Desde el enfoque psicosocial, la madre es cabeza de hogar, desempleada, sin apoyo del padre de la menor, en condiciones de vivienda posiblemente hacinada, con economía precaria y acceso limitado a alimentos. Presenta ánimo decaído, aunque con disposición a colaborar. Cuenta con una red de apoyo familiar débil.

Valoración clínica inicial: la paciente se encontraba alerta, afebril, hidratada, bien perfundida, sin edema ni signos clínicos de infección activa. Signos vitales: TA: 90/60 mmHg, FC: 125 lpm, FR: 21 rpm. Medidas antropométricas: peso inicial **4.8** kg, talla 62 cm, IMC 12.75. En segunda valoración (3 horas después): peso **5.1** kg, talla 61 cm, perímetro cefálico (PC) 36 cm. Indicadores antropométricos:

- Peso/Edad Z = -3.32 → desnutrición global
- Talla/Edad Z = -2.93 → talla baja severa
- Peso/Talla Z = -1.74 → riesgo de desnutrición aguda
- PC/Edad Z = -2.74 → riesgo para el neurodesarrollo

Diagnósticos clínicos iniciales: Desnutrición global, Macroftalmia bilateral con ptosis palpebral derecha, Riesgo social (por malas prácticas alimentarias y pobreza extrema), Retraso en el neurodesarrollo.

Clasificación nutricional (Resolución 2350 de 2020). Se clasificó como desnutrición global (crónica) con componente agudo leve-moderado (por peso/talla), cumpliendo criterios de hospitalización por:

- Peso/Edad < -3 DE
- Compromiso en talla y perímetro cefálico
- Entorno familiar en riesgo y malnutrición persistente
- Necesidad de manejo interdisciplinario

En lo relativo al manejo institucional (conforme anexo técnico res. 2350/2020), la paciente ingresó a urgencias del CACR Soledad para valoración por pediatría, posteriormente fue hospitalizada. Se indicó dieta blanda, fórmula láctea (4 oz cada 4 h), sin mayor detalle. Posteriormente inició suplemento nutricional (FTLC – Plumpy Nut) con pobre tolerancia inicial. Se ordenaron paraclínicos y valoración por nutrición, con seguimiento diario de peso y signos vitales. Inició tratamiento con ácido fólico, vitamina A, sulfato de zinc, y se solicitó valoración por nutrición clínica, trabajo social, psicología, oftalmología y neurología pediátrica.

Valoraciones y seguimiento:

- 18/04/24: se solicita traslado al CACE Pediátrico para valoración especializada, el cual no se realiza por falta de servicio de oftalmología.
- 20/04/24: se evidencia que **no fue administrada la vitamina A formulada**.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Se evidenció pérdida progresiva de peso desde su ingreso a CACR Soledad (de 5108 g a 4920 g), sin alertas por parte del personal. Lo anterior, solo fue analizado en el CACE Pediátrico.
- 21/04/24: la menor sufre caída desde la cama. La madre no lo informa de inmediato; se identifica hematoma en pómulo izquierdo en valoración médica. Se considera trauma craneoencefálico leve y se solicita TAC de cráneo y vigilancia neurológica. Por lo anterior, es trasladada a CACE pediátrico.
- 25/04/24: oftalmología confirma aniridia OD y remite a oftalmopediatría. Se modifica fórmula F-75 a 90 kcal/kg/día con alimentación complementaria. Valoración por genética se difiere para el egreso.
- 26/04/24: la menor presenta cuadro respiratorio.
- 27/04/24: se planifica empalme con hospital de Malambo por parte de trabajo social, que solo se efectúa hasta el 03/05/24.
- 03/05/24: se da egreso sin orientaciones claras para seguimiento por parte de la EPS, a pesar del riesgo psicosocial identificado. No hay evidencia de seguimiento posterior conforme a lineamiento técnico.

Imagen nro.70. Plan de Egreso hospitalario

Acompañante	GLENDIA VILLALBA	Tel. Acompañante	3146

PLAN:
PESO DE RIESGO: 5.250 GR

EGRESO HOSPITALARIO

FTLC SACHET 92 GRAMOS. NO. 10 SACHETS
 USO: ADMINISTRAR 1 DE SACHET VÍA ORAL DURANTE EL DÍA.
 NOTA: ASEGURAR INGESTA TOTAL DE 500 CC DE AGUA AL DÍA
 FECHA DE INICIO: 29/04/24

CITA CONTROL POR PEDIATRÍA EN 72 HORAS (TRAMITAR POR SU EPS)
 CITA CONTROL POR NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA PRIORITARIA (TRAMITAR POR SU EPS)
 CITA CONTROL POR OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA PRIORITARIA (TRAMITAR POR SU EPS)
 CITA CONTROL POR NUTRICIÓN PRIORITARIA (TRAMITAR POR SU EPS)
 VALORACIÓN POR GENÉTICA PRIORITARIA (TRAMITAR POR SU EPS)

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

De lo anterior, llama la atención que indican a la madre que el seguimiento debe ser tramitado por la EPS y no hay orientaciones adicionales al respecto, teniendo en cuenta el riesgo psicosocial de la madre (pobreza extrema), el lugar de residencia representa barreras para la asignación de citas y seguimiento adecuado.

No hay evidencia de seguimiento a la menor como está indicado en el lineamiento.

Segundo Ingreso

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Principios básicos para el diagnóstico

Lactante menor de 8 meses, remitida desde el municipio de Malambo, Atlántico, ingresa el 12/07/2024 a urgencias del CACR Soledad con un cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por emesis de contenido alimentario, deposiciones líquidas (aproximadamente 4 al día) y picos febriles no cuantificados. El examen físico muestra leve dolor a la palpación abdominal, sin otros hallazgos relevantes. Signos vitales (FC: 96 lpm, FR: 21 rpm, Temp: 37°C, SatO2: 99%).

Antropometría al ingreso (urgencias): Peso: 9 kg, Talla: 50 cm (valores inconsistentes). Se ordena observación en urgencias, administración de sulfato de zinc VO, realización de paraclínicos e imágenes diagnósticas, valoración por pediatría y cuidados de enfermería.

13/07/2024 – Valoración por pediatría. Se detectan diferencias importantes con respecto a los registros iniciales: (Peso: 5750 g, Talla: 67 cm, Perímetro cefálico (PC): 41 cm).

Clasificación antropométrica:

- Peso/Talla: $Z < -3$ DE → Desnutrición aguda severa
- Talla/Edad: entre -2 y -1 DE → Riesgo de talla baja
- PC/Edad: $Z < -2$ → Riesgo para el neurodesarrollo

Diagnósticos: Desnutrición aguda severa en fase de estabilización, Bronquiolitis aguda, Anemia microcítica-hipocrómica, Microftalmia derecha, Conjuntivitis viral y blefaritis aguda OD, Alto riesgo social por malas prácticas alimentarias. Se ordena hospitalización con tratamiento antibiótico (ampicilina, amikacina), manejo oftálmico (gentamicina), broncodilatador (salbutamol) y fórmula F-75 (56 cc cada 3 horas). Se indica no ofrecer otra alimentación durante la fase de estabilización, control diario de peso en ayunas, seguimiento nutricional, y valoraciones por psicología y trabajo social.

15/07/2024 – Nota aclaratoria. Se documenta **corrección de talla a 63.4 cm**, sin embargo, en las siguientes valoraciones se continúa utilizando 67 cm como referencia sin enmendar los registros clínicos.

En los seguimientos clínicos el 16/07/24 se indicó progresión de F-75 a 10 cc/kg, con vigilancia estrecha de tolerancia por pérdida de 25 g de peso. Sin embargo, posteriormente la menor continuó perdiendo peso y no se realizó el análisis respectivo.

En los seguimientos del 21 al 29/07/2024 se resalta:

- 21/07/2024: Se recomienda seguimiento por trabajo social y nutrición, aunque ya se había generado orden desde el 18/07/24. El 22/04/24 se da orden de valoración por trabajo social (pese a estar pendiente desde ingreso).
- 22/07/2024: se emiten remisiones urgentes para endocrinología pediátrica y RNM Cerebral con proyección a hipófisis (se realiza hasta el 29/07/2024).
- 01/08/2024: se recibe comunicación de la comisaria familiar del sur de malambo donde solicitan egreso de la menor, dado que el 2/8/24 se programó audiencia para abordar compromisos del bienestar de la menor. Por lo anterior, otorgan egreso hospitalario.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Ahora bien, la ESE suministró el archivo “*Adherencia Lineamiento DNT 2024*” y en la sede CACR Soledad contiene los indicadores evaluados para los usuarios identificados con los documentos 1043200561, 1044670971, 1080024284, 1048337239, 1244678775, 1048337353, 2,31296E+13, 1043200562, 1248668141, 123, 124259889, 1048337054, 1242193035 y 1240702035.

En este archivo se evidencia la evaluación de la menor identificada con el documento 1048337239, indicando un cumplimiento del 100% de los indicadores. Sin embargo, una vez revisado el caso, se observa lo siguiente:

Tabla nro.61. Indicadores dispuestos por la ESE Vrs lo evidenciado en campo usuario 1048337239

n	Item	Indicador	Verificación Cumplimiento SNS	Observaciones
1	Valoración Clínica y Clasificación Nutricional	La ESE realiza la valoración clínica y la clasificación nutricional para confirmar la presencia de la desnutrición aguda moderada y severa y define el escenario de manejo acuerdo con lo indicado en la Resolución 2465 de 2016	SI	Aunque se realizó la valoración nutricional y clasificación hubo inconsistencias en los registros antropométricos, errores en el sexo y antecedentes; además, con clasificación tardía en el segundo ingreso.
2	Realización de Pruebas Diagnosticas	Aplica indicadores antropométricos según la Res. 2465 de 2016 y pruebas bioquímicas	NO	Se realizaron pruebas bioquímicas, aunque con reportes tardíos
3	Valoración de perímetro Braquial	Se realiza toma de perímetro braquial de acuerdo con lo indicado en la Resolución 2465 de 2017	NO	No se evidencia en la historia clínica registro de la toma de perímetro braquial durante ninguno de los dos ingresos.
4	Reporte Al Sistema de Vigilancia en Salud Publica-Sivigila	Diligenciamiento de la ficha de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica establecido.	NO	No se evidencia notificación al SIVIGILA en ninguno de los dos ingresos, pese a diagnóstico de desnutrición aguda severa.
5	Cargue Al Sistema de Vigilancia en Salud Publica - Sivigila	Registro en original y electrónico de las Fichas INS código 113	NO	No se documenta el diligenciamiento ni cargue electrónico de la ficha de notificación obligatoria (código 113).
6	Tratamiento Terapéutico de la Desnutrición Aguda en Niños de Cero (0) A 59 Meses	La IPS prescribe las fórmulas terapéuticas ante la presencia de la desnutrición aguda moderada y severa	NO	Se formula F-75, pero con inconsistencias en las cantidades y progresión, además de errores en el seguimiento antropométrico

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

n	Item	Indicador	Verificación Cumplimiento SNS	Observaciones
7	Tratamiento Terapéutico de la Desnutrición Aguda en Niños de Cero (0) A 59 Meses	La IPS garantiza como un insumo de estancia hospitalaria la Formula Terapéutica - F75	NO	Se garantiza F-75, pero con registros contradictorios de peso y talla que ponen en duda la adecuada dosificación; además, se formula vitamina A pero no se administra.
8	Abordaje terapéutico por Equipo Multidisciplinario	Se evidencia en registros clínicos interconsultas y seguimientos por Trabajo Social, Psicología, Nutrición y Pediatría con sus respectivas evoluciones durante la estancia	NO	Se realiza de forma fragmentada y tardía. Trabajo social y psicología intervienen días después del ingreso, neurología no valoró a la paciente.
9	Egreso Según Tipo de Atención	Debe egresar de la IPS con cita previa asignada para consulta de valoración integral de la primera infancia por parte de su aseguradora	NO	Egresos sin cita asignada ni garantías reales de continuidad del cuidado. El segundo egreso fue por orden administrativa sin criterio clínico claro.
10	Seguimiento	La IPS asigna cita del primer control ambulatorio por el especialista en pediatría entre los 3 a 5 días después del alta hospitalaria	NO	No se documenta asignación de citas de control en los 3 a 5 días posteriores al alta, ni acompañamiento para su realización
11	Seguimiento	La IPS registra asistencia de cita del primer control ambulatorio por el especialista en pediatría entre los 3 a 5 días después del alta hospitalaria	NO	No hay evidencia de que la menor haya asistido a control posterior al primer egreso, ni de registro en historia clínica.
12	Seguimiento	La IPS en caso de inasistencia por parte del especialista en pediatría registra en la historia clínica y notifica a Trabajo Social para contactarlo quien reporta a su aseguradora por correo electrónico para su búsqueda	NO	No se evidencia procedimiento de búsqueda activa ni notificación a la EPS o aseguradora en caso de inasistencia.

Fuente: Aportado por la entidad y adaptado por el grupo auditor de la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Fallas e inconsistencias identificadas en el manejo del caso:

Primer ingreso:

- Error de registro de sexo: se consigna sexo masculino, siendo una paciente femenina.
- Antecedente mal consignado: se registra bajo peso al nacer con un peso de 2800 g, lo cual no corresponde.
- Historia clínica incompleta: no se documentan antecedentes circunstanciales ni universales asociados a desnutrición, no se completa antecedentes en el ingreso a urgencias.
- Omisión de notificación al SIVIGILA: a pesar de tratarse de un caso de desnutrición severa y con alto riesgo psicosocial, no se evidencia notificación.
- No administración de vitamina A: formulada desde el ingreso, pero no administrada por falta de disponibilidad institucional.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Valoración por trabajo social tardía: solo se realiza varios días después del ingreso, pese a la particularidad y riesgo psicosocial de la menor.
- Evento adverso de caída intrahospitalaria: no se evidencia reporte adverso por parte del equipo de salud.
- Pérdida de peso durante hospitalización sin alertas institucionales: la paciente pierde peso sin que se activen mecanismos de atención o ajuste de manejo.
- Posterior a la caída ordenan TAC de cráneo (21/04/24) el cual tardo en realizarse tres días y el reporte oficial al 28 de abril no había sido dado. Al finalizar el periodo de hospitalización el 3/05/24 no se evidencia reporte.
- Se indica valoración por Neurología por posible retraso de neurodesarrollo; sin embargo, nunca es valorada por esta especialidad en el CACE pediátrico y le envían orden ambulatoria, sin justificación del cambio.
- Falta de seguimiento estructurado pues no se evidencia continuidad del caso tras el egreso, pese a riesgo social extremo.

Segundo ingreso:

- Inconsistencias antropométricas importantes: diferencias de peso mayores a 2 kg y talla de más de 3 cm entre urgencias y hospitalización en menos de 24 horas.
- Talla incorrecta persistente: aunque se hace corrección (63.4 cm), se sigue usando la medida errónea (67 cm) en valoraciones posteriores.
- Historia clínica sin antecedentes al ingreso: no se realiza recolección completa de antecedentes personales y familiares.
- No se hace diagnóstico de desnutrición al ingreso: el diagnóstico se realiza solo tras valoración por pediatría, pese a signos evidentes.
- Registro clínico inexacto y sin trazabilidad clara: algunas fechas están mezcladas, y las anotaciones de peso/talla no se ajustan a las correcciones realizadas.
- Demora en intervención por psicología y trabajo social: pese al contexto psicosocial crítico, estas intervenciones no se priorizan desde el ingreso.
- Seguimiento errático a remisiones: la remisión a endocrinología se retrasa y solo se realiza por teleconsulta, pero la endocrinóloga insiste en valoración presencial, lo cual nunca ocurrió; y la realización de la RNM craneal se retrasa en 9 días para su realización.
- Ausencia de notificación al SIVIGILA: al igual que en el primer ingreso, no se reporta el caso de desnutrición aguda severa.
- Retraso en notificación al ICBF: a pesar de la reincidencia y del contexto de alta vulnerabilidad, la notificación al ICBF no se realiza de forma oportuna.
- El egreso se da con controles ambulatorios de las especialidades que debieron valorar a la menor de manera intrahospitalaria, pero que no se realizó. Sin tener en cuenta las posibles barreras de acceso. Además, el **criterio para el egreso no fue clínico** sino por orden de comisaria de familia.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.71. Registro historia clínica sin criterios para egreso

SE RECIBE COMUNICADA ESCRITO EL DIA 1/08/24 DE LA COMISARIA FAMILIAR DEL SUR DE MALAMBO FIRMADA POR LA COMISARIA ANA MARIA SILVA CASSIANI DONDE SOLICITAN EL EGRESO DE LA MENOR ELIZABETH ANDREA VILLALBA ORTEGA REGISTRO CIVIL 1.048.337.239 . Y MENCIONAN QUE EL DIA 2 DE AGOSTO DE 2024, SE HA PROGRAMADO UNA AUDIENCIA A LAS 10:00 AM EN LA COMISARIA DE FAMILIA DEL SUR, A LA CUAL SE HA CITADO LA MADRE BIOLOGICA DE LA MENOR, LA SEÑORA GLENDA VILLALBA. DURANTE ESTA AUDIENCIA, SE ABORDARAN COMPROMISO RELACIONADOS CON EL BIENESTAR DE LA MENOR.

DADO A LO ANTERIOR SE OTORGA EL EGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE ←

PLAN PESO AL ALTA 6114GR
EGRESO HOSPITALARIA
FTLC TOMAS 1 ½ SOBRE DIARIO
-ACIDO FOLICO 1 MG VÍA ORAL CADA 24 HRS POR UNA SEMANA
-SALBUTAMOL INHALADOR CON INHALOCAMARA PEDIATRICA 3 PUFF CADA 6 HORAS X 5 DIAS
-CETIRIZINA (SUSP 5MG/5ML) 1,5 CC VÍA ORAL CADA 24 HORAS X 3 DIAS
-CITA POR PEDIATRIA EN 72 HORAS
-CITA NEUROLOGÍA, AMBULATORIA
-CITA OFTALMOLOGÍA AMBULATORIA
-CITA GENÉTICA, AMBULATORIA
-CETIRIZINA (SUSP 5MG/5ML) 1,5 CC VÍA ORAL CADA 24 HORAS
-CITA ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA (ACUDIR CON LOS REPOSRTES DE RMN) SEENTREGA CD A LA MADRE
-ASISTIR A COMISARIA DEL SUR DE MALAMBO 2 AGOSTO 2024 A LAS 10 AM

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

En conclusión:

- No hay exploración de antecedentes personales, patológicos, familiares, vacunales y sociodemográficos completos en los ingresos a urgencias.
- Se observa errores en los registros e inconsistencias en la realización de historia clínica (errores registro sexo y antecedentes), registros relevantes de datos antropométricos, omisiones en seguimiento y trazabilidad de procedimientos; estas falencias comprometen la precisión diagnóstica, la continuidad del cuidado y la toma de decisiones clínicas oportunas. Estas falencias comprometen la precisión diagnóstica, la continuidad del cuidado y la toma de decisiones clínicas oportunas
- No se evalúa el perímetro braquial como criterio complementario clave en desnutrición aguda.
- No se presenta ni se adjunta gráfica de crecimiento ni curvas Z-score en relación con los estándares OMS de talla, peso, perímetro cefálico

Respecto al Manejo institucional (conforme anexo técnico res. 2350/2020):

- No hay identificación oportuna ni abordaje integral de riesgo psicosocial, porque pese a los múltiples factores de vulnerabilidad presentes, no hubo priorización en ninguno de los dos ingresos para la intervención por trabajo social y psicología;
- Notificaciones al ICBF y al SIVIGILA se realizaron tardíamente o no se llevaron a cabo, incumpliendo lineamientos establecidos para la protección de la infancia y la vigilancia epidemiológica.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Se evidencia retrasos y omisiones en intervenciones especializadas, pues en el primer ingreso, la menor no fue valorada por neurología a pesar de sospecha de retraso del neurodesarrollo, y que la TAC de cráneo solicitada por trauma craneoencefálico se realizó de manera tardía, sin reporte disponible hasta el egreso. En el segundo ingreso, no se concretó la valoración presencial por endocrinología pediátrica y la resonancia magnética solicitada presentó una demora de al menos 9 días, con reporte no disponible para la toma de decisiones.
- No hay articulación del enfoque interdisciplinario a pesar de que los lineamientos técnicos (Resolución 2350 de 2020) exigen intervención coordinada e integral, se evidencian brechas en la articulación entre servicios médicos, nutrición, psicología, trabajo social y especialistas pediátricos, comprometiendo la calidad del manejo clínico y social de una paciente con múltiples riesgos acumulados.
- No hay respuesta institucional ante eventos adversos porque la caída intrahospitalaria durante el primer ingreso no fue registrada.

Finalmente, se evidencian egresos sin garantías para la continuidad del cuidado, lo cual posiblemente contribuyó al reingreso de la menor con un cuadro de desnutrición aguda severa. En ambos ingresos, se otorgan egresos hospitalarios sin asegurar el acceso efectivo a los servicios requeridos en el ámbito ambulatorio, ni se brinda el acompañamiento necesario a la madre para gestionar las remisiones y seguimientos especializados. Esta falta de articulación asistencial y de soporte social representa una falla crítica en la atención integral. En particular, el egreso del segundo ingreso fue determinado por orden de la Comisaría de Familia, sin que existiera un criterio clínico debidamente documentado, y sin considerar las barreras de acceso a los servicios ambulatorios, lo cual pone en riesgo la salud y el bienestar de la menor.

3. Usuaria identificada con Historia Nro RC 1240293586

Durante el recorrido por el servicio de observación del CACE pediátrico, se encontró menor de 3 años que ingresó por un cuadro de gastroenteritis aguda y emesis de contenido alimentario. Si bien se evidenció que se estaba brindando manejo médico para la sintomatología gastrointestinal, se identificó que la paciente presentaba signos clínicos y antropométricos compatibles con un posible cuadro de desnutrición aguda moderada o severa, los cuales no habían sido reconocidos ni abordados de manera integral.

Al indagar con el médico de turno, este manifestó desconocer los criterios de clasificación de desnutrición con base en los indicadores antropométricos y señaló que, en estos casos, su actuación consistía en remitir a pediatría, sin realizar una valoración nutricional inicial ni activar ruta de atención específica.

Este hallazgo pone en evidencia una posible falla en la detección oportuna de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, así como una brecha en el conocimiento y aplicación de los lineamientos técnicos por parte del personal de atención en urgencias, en

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

contravía de lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 y en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para la desnutrición aguda.

Hallazgo nro. 39

La ESE Universitaria del Atlántico, NO garantiza el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la implementación del Lineamiento Técnico para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, toda vez que: i) No garantiza la disponibilidad de equipos antropométricos para la toma de medidas antropométricas, según la edad; ii) no realiza el seguimiento individual a los niños de cero (0) a 59 meses de edad con desnutrición aguda moderada y severa, que sean derivados hacia el manejo ambulatorio, iii) no realiza la evaluación de la adherencia al lineamiento técnico por tanto no formula un plan de mejoramiento con el correspondiente seguimiento, ni cuenta los indicadores de seguimiento y monitoreo, iv) no realiza las acciones de notificación de vigilancia en salud pública, de conformidad con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del SIVIGILA, a saber; v) no garantiza el fortalecimiento continuo de capacidades por parte del talento humano en salud, en lo relacionado con el lineamiento que desarrolla las atenciones en niños de cero (0) a 59 meses, para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa; vi) No Garantiza la prestación de servicios de salud con enfoque diferencial a los niños de cero (0) a 59 meses, con desnutrición aguda, moderada y severa, pertenecientes a la población indígena, implementando estrategias de búsqueda activa, atención extramural con traductores y teniendo en cuenta la cosmovisión, usos y costumbres de esta población vii) no ejecuta las actividades respecto de la adherencia al Lineamiento Técnico, incurriendo en el incumplimiento de los artículos 1, 2 y 4 y numerales 11.3, 11.6, 11.7, 11.8, 11.9 del Artículo 11 de la Resolución 2350 de 2020 y numerales 1,5 y 9 del artículo 46 del Código de la Infancia y la Adolescencia Ley 1098 del 2006.

2.3.1.10.8 VIOLENCIAS

a. Sexual

Los prestadores de servicios de salud de conformidad con la Resolución 459 de 2012, deben garantizar la atención integral de las víctimas de violencia sexual, para lo cual están obligadas a seguir los pasos fundamentales en la atención, dentro de los cuales está el acceso oportuno, la completa valoración clínica, la realización de las pruebas diagnósticas, el tratamiento que incluye la profilaxis, anticoncepción de emergencia y acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo y la derivación a otros sectores.

Durante el recorrido realizado por la ESE, se validó para la activación del protocolo de atención de víctima el kit de violencia sexual encontrando lo siguiente en cada una de las sedes:

Tabla nro.62. Hallazgos identificados en el kit para la atención de víctimas de violencia sexual de la Empresa Social Universitaria del Atlántico

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Sede	Observación
CACE Pediátrico	Prueba rápida HCV vencida el 13/02/2025.
CAE Mental	Prueba rápida de embarazo
CACR Sabanalarga	Para menores de 30 kg de peso. - No contaba con la cantidad suficiente de: ZIDOVUDINA susp. de 10 mg/ml <u>5 frascos</u> por 240 ml: se encontró uno (1) que vence el 05/2026. - No contaba con la cantidad suficiente de: LAMIVUDINA susp. 10 mg/ml <u>3 frascos</u> por 240 ml: se encontró uno (1) que vence el 09/2026 - Sin existencia de lopinavir/ritonavir susp. 80/20 mg. - No contaba con cantidad suficiente de vacuna contra hepatitis B (<u>3 dosis</u>): se encontró una (1) lote que vence 7/2025 - Sin existencia de cefuroxima suspensión.

Fuente. Elaboración propia a partir de lo evidenciado durante la Auditoría ordenada mediante Auto nro. 2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

Igualmente, para el kit forense en el CACR de Sabanalarga se encontraron los siguientes faltantes: pinza de punta fina sin garra, alcohol antiséptico con frasco lavador de 4 cm de diámetro vencido en diciembre de 2024, caja secadora de escobillones; kit que no se encuentra con evidencia de uso. Igualmente sucede en el CACE Mental donde se evidencian hisopos con fecha de vencimiento expirados.

En los documentos aportados se entrega el listado de usuarias con diagnóstico de abuso o agresión sexual código CIE 10_T742 durante la vigencia 2024 y lo corrido del 2025 para un total de 73 reportes en la sede del CACR Sabanalarga, para validar la aplicación del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual se solicitaron dos (2) historias clínicas según requerimiento nro.139:

1.Usuaria identificada con historia clínica nro. 1043603513

- Sin soporte de reporte triage
- Hora triage en hoja de evolución: 11/09/2024 a las 2:54 p.m.
- Hora de ingreso: 11/09/2024 a las 3:00 p.m.
- EAPB: Mutua Ser
- Edad: 4 años
- Motivo de consulta: "sospecha de abuso sexual".
- Plan: activación ruta de abuso sexual: valoración por trabajos social, psicología, pediatría, ginecología, paraclínicos para descartar ITS, por cuadro clínico superior a 72 horas; no se realiza profilaxis.
- Diagnóstico de ingreso: T-742 Abuso sexual.
- Respuesta a interconsulta ginecología: 11/09/2024 7:28 p.m.
- Respuesta a interconsulta pediatría: 11/09/2024 7:29 p.m., con lectura de paraclínicos y orden de hospitalización.
- Respuesta interconsulta psicología: 12/09/2024 11:48 a.m.
- Respuesta interconsulta trabajo social: 11:51 a.m.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Seguimiento pediatría: 12/09/2024 a las 12:48 p.m. egreso hospitalario, seguimiento por trabajo social y psicología.

De lo anterior a pesar de que la atención fue inmediata, no se observa o anexa el soporte de realización del triage, no se evidencia registro en historia clínica de notificación a SIVIGILA ni la asesoría de VIH al acudiente, a pesar de que no se inició profilaxis del VIH por cuadro clínico superior a las 72 horas, no se registra la alerta de signos y síntomas de infección retroviral aguda.

2. Usuaría identificada con historia clínica nro. 1045169823

- Reporte fecha y hora de triage: 11/01/2025 10:30 a.m.
- Clasificación triage: II
- Fecha y hora de ingreso: 11/01/2025 10:40 a.m
- Motivo consulta: “Activar ruta de sospecha de abuso sexual” cuadro clínico de tres días de evolución.
- Edad: 13 años
- EAPB: AIC. EPSI
- Dx de ingreso: T 742 Abuso sexual y N760 Vaginitis aguda
- Plan de manejo: Observación, prueba rápida de VIH, hepatitis B, gravindex, Ag de superficie B-C, frotis vaginal, “ATI”, valoración por pediatría, ginecología, trabajo social y psicología.
- Respuesta interconsulta pediatría: 11/01/2025 6:31 p.m. Plan: Profilaxis con metronidazol, clotrimazol, hospitalización pediátrica. Evolución sin análisis de resultado paraclínicos
- Respuesta interconsulta ginecología y obstetricia: 11/01/2025 6:53 p.m. Evolución sin análisis de resultado paraclínicos
- Seguimiento evolución pediatría: 12/01/2025 2:16 p.m y 13/01/2025 12:55 p.m. Evolución sin análisis de resultado paraclínicos
- Respuesta interconsulta de psicología: 13/01/2025 9:47 a.m
- Respuesta interconsulta trabajo social: 13/01/2025 2:40 p.m. Activa ruta con ICBF.
- Egreso: 14/01/2025 10:07 a.m. continuación medicamentosa, control por pediatría y ginecología. Se indica hallazgo de laboratorio clínico; gardenella++. En evolución no se evidencia diagnóstico de egreso.

De lo anterior no se evidencia registro en historia clínica de notificación a SIVIGILA ni la asesoría de VIH, no se registra evidencia uso de los kits de violencia sexual y el kit de evidencia forense ante el diagnóstico de abuso sexual, una vez se realiza la valoración de ingreso a las 10:30 a.m, transcurrieron ocho horas para la valoración pediátrica para el inicio de indicaciones profilácticas, igualmente la oportunidad de la atención por parte de psicología y trabajo social fue de dos (2) días por lo que no se da aviso inmediato a policía judicial e ICBF, no se evidencia análisis de los resultados de laboratorio clínico, no se evidencia diagnóstico de egreso y no se evidencia plan de seguimiento y confirmación de laboratorios.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En conclusión, se observa que la ESE:

- Continúa sin la aplicación de la clasificación triage evidenciada en la auditoría de 2024.
- Presenta kit de para la atención de víctimas de violencia sexual y de evidencia forense incompletos.
- No aplica a todos los pacientes el protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual,
- No registra en historia clínica notificación a SIVIGILA.
- No registra la asesoría de VIH.
- No registra la alerta de signos y síntomas de infección retroviral aguda.
- No se registra evidencia el uso de los kits de violencia sexual y el kit de evidencia forense ante el diagnóstico de abuso sexual, así como formato de seguimiento de uso del kit PEP.
- Presenta retraso en la atención para la salud mental.
- No interpretación de los resultados de laboratorio clínico.
- No se evidencia diagnóstico de egreso.
- No se evidencia plan de seguimiento y confirmación de laboratorios.

Hallazgo nro. 40

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza la atención integral a las víctimas de violencia sexual, ya que no cumple con los pasos del Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, toda vez que i) no se evidencia registro de la notificación del evento a SIVIGILA, ii) no se registra asesoría de VIH, iii) no se registra la evidencia de aplicación de los kit de violencia sexual y forense, así como el uso de los formatos seguimiento de los mismos, iv) seguimiento y conformación de laboratorios, del numeral 2.5, 2., 2.7, 2.9 y 2.13 de la resolución 459 de 2012, Capítulo III, Artículo 9 de la Ley 1146 de 2007 en especial el numeral 5,6 y 7.

b. Violencia física

Los prestadores de servicios de salud de conformidad con la Ley 1257 de 2008 - *"Por la cual se dictan medidas de protección integral a las mujeres víctimas de violencia"*, establece medidas de protección y atención a las mujeres víctimas de violencia, incluyendo el acceso a servicios de salud adecuados y el acompañamiento integral para las víctimas. Específicamente, requiere que las instituciones de salud identifiquen, denuncien y protejan a las víctimas de violencia de género.

Frente a la normatividad anterior el Ministerio de Salud y Protección Social (<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Derechos-de-las-victimas-de-violencias-de-genero.aspx>) indica que las víctimas de violencia de género tienen derecho a:

- Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en el que el hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad.
- Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos.
- Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o de los de cualquier otra persona que esté bajo su guarda o custodia.
- Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas y sus hijos e hijas.
- La verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia.
- La estabilización de su situación conforme a los términos previstos en la Ley.
- A decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los de procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo.

En requerimiento realizado en la apertura de la auditoría se solicitó en el numeral 38. *“Historias clínicas completas seleccionadas por el grupo auditor del numeral anterior (TRIAGE)”*, de estas se identificó una usuaria que consulta por violencia física, en la historia clínica se identifica lo siguiente:

1.Usuaria identificada con historia clínica nro. 1043015168

- Reporte triage: II
- Fecha del triage: 16 de diciembre de 2024 9:22 p.m.
- Fecha hora de ingreso: 16/12/2024 9:29 p.m.
- Edad: 31 años.
- Motivo de consulta: *“Estaba discutiendo con mi pareja y me agredió, en la cara, en el brazo”*.
- Consulta direccionada de fiscalía por cuadro clínico ocurrido aproximadamente a las 20:00 del 16/12/2024.

Plan de manejo:

- Egreso médico con diagnóstico R456 – Violencia física.
- Medicamentos tipo AINE.
- Seguimiento por consulta externa psicología y trabajo social.
- Ficha SIVIGILA – 346 y notificación a autoridades.

Paciente regresa nuevamente el 3 de enero de 2025 a las 19:36 por urgencias con diagnóstico subjetivo de infección de vías urinarias, se da egreso, manejo medicamentoso, parcial de orina, cita por medicina general con resultados.

En la anterior historia clínica se evidencia que se da egreso a la usuaria sin lo siguiente:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Evaluación de riesgo de feminicidio o reincidencia teniendo en cuenta que la paciente regresa a los 15 días.
- No se evidencia una valoración psicológica en el primer contacto.
- Orientación clara sobre medidas de protección legales
No hay registro de información ofrecida a la paciente sobre cómo acceder a medidas de protección de la Comisaría de Familia o Fiscalía.
- Ausencia de un registro explícito de consentimiento para denuncia o acompañamiento legal.

Hallazgo nro. 41

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico al no gestionar atención integral de la violencia contra las mujeres, incumple lo establecido en el literal a, d, e y g del artículo 8 de la Ley 1257 de 2008.

Poblaciones especiales e implementación de enfoque diferencial

En cumplimiento del marco normativo vigente, que incluye la Ley 1618 de 2013, la Circular Externa No. 10 de 2023, la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023, así como el Decreto Ley 4633 de 2011 y los Decretos 1893 de 2021 y 1650 de 2022, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben garantizar el acceso efectivo, con enfoque diferencial, a los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa para las poblaciones en condición de discapacidad, grupos étnicos y víctimas del conflicto armado.

1. Personas en situación de discapacidad

En virtud de la Ley 1618 de 2013, la Circular Externa No. 10 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución 3100 de 2019, modificada por la Resolución 544 de 2023, los prestadores de servicios de salud deben garantizar condiciones de accesibilidad, inclusión, seguridad y estrategias de comunicación efectiva bidireccional para las personas en situación de discapacidad, en todos los procedimientos, espacios y servicios de salud.

Las IPS deben generar estrategias, que permitan garantizar una comunicación efectiva de doble vía entre el personal administrativo y asistencial en salud y las personas con discapacidad física, auditiva, visual, sordoceguera, intelectual(mental), psicosocial o múltiple. En el marco de las estrategias, debe considerarse la capacitación y entrenamiento del talento humano para garantizar la atención adecuada a la población en condición de discapacidad, la cual cubre aspectos administrativos y asistenciales.

Durante la auditoría realizada, se solicitó en el numeral 32 el Modelo de Prestación Institucional, el cual debía incluir la atención a poblaciones especiales y el enfoque diferencial, para lo cual la ESE allegó dos (2) archivos en pdf, uno (1) con el Modelo de atención institucional y otro con el protocolo de atención con enfoque diferencial. Asimismo,

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

se verificaron aspectos relacionados con infraestructura física, señalización, capacitación del talento humano, y rutas de atención diferenciadas.

Como resultado de la revisión y el recorrido en campo, se identificaron las siguientes deficiencias:

- Infraestructura física: la entidad cuenta con condiciones mínimas de accesibilidad física, incluyendo rampas, señalización visible y unidades sanitarias con dimensiones y elementos que permiten la movilización de personas con discapacidad. No obstante, se encontró que varios ascensores estaban fuera de servicio en la sede CACE-Alta, y en la sede CACE-Pediátrico no se cuenta con este medio de acceso.
- Accesibilidad comunicativa: no se garantiza una comunicación efectiva de doble vía. Las señalizaciones y avisos están únicamente en español, sin sistemas alternativos como braille, pictogramas o lenguaje visual que incluya Lengua de Señas Colombiana.
- Talento humano: No se cuenta con personal capacitado en Lengua de Señas Colombiana ni con intérpretes disponibles en los puntos de atención. Las estrategias de formación y sensibilización al talento humano son parciales y no sistemáticas.
- Rutas de atención y caracterización: no se evidencian rutas diferenciadas de atención en servicios como urgencias, hospitalización o consulta externa, ni protocolos específicos para personas en situación de discapacidad. Asimismo, no se encontró una caracterización formal de esta población que permita establecer acciones diferenciales de acuerdo con el tipo y grado de discapacidad.

En conclusión, aunque existe infraestructura física adaptada accesible y un protocolo para la atención con enfoque diferencial, la atención a personas en situación de discapacidad carece de un enfoque integral, sistémico e inclusivo en los procesos clínicos y administrativos. Se evidencian barreras en comunicación, capacitación del talento humano, caracterización de la población, y ausencia de estrategias diferenciadas que garanticen la equidad en el acceso y calidad en la atención en salud.

Hallazgo nro. 42

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no cumple los deberes relacionados a la atención inclusiva para las poblaciones en condición de discapacidad; incumpliendo lo definido en los literales a) y e) del numeral 2 del artículo 10 y artículo 14 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y, el numeral 4 de la Circular Externa 10 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social y; artículos 2 y 3 del numeral 2.2.4. del Capítulo 2 "Gestión de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud" y, literales b) "Adecuaciones para la prestación de las atenciones/intervenciones" y c) "Intervenciones de las RIAS" del numeral II del numeral 7.1.1. del capítulo 7 del numeral I. "lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no cumple con: i) No cuenta con condiciones de accesibilidad a servicios por fallas en ascensores ii) No se dispone de herramientas para la accesibilidad comunicativa. iii) No se evidencia un programa sistemático de capacitación al talento humano en salud, ni estrategias institucionales orientadas a fortalecer la inclusión en los servicios asistenciales. iv) No hay rutas de atención diferenciadas y de caracterización poblacional. Incumpliendo lo establecido con los deberes relacionados con la atención inclusiva para las poblaciones en condición de discapacidad de los literales a) y e) del numeral 2 del artículo 10 y numerales 1, 3,4, 5, 7 el artículo 14 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013.

2. Grupos étnicos

El enfoque diferencial étnico en salud es una estrategia que reconoce la diversidad cultural de los pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, garantizando el respeto y la protección de sus derechos en materia de salud. Esto está estipulado en el Decreto Ley 4633 de 2011, la Resolución 1964 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social y otros instrumentos normativos que rigen la prestación de servicios de salud con enfoque intercultural.

En lo relacionado con el enfoque diferencial étnico, no se encontró evidencia de caracterización de población indígena, afrocolombiana, palenquera o raizal en los registros institucionales de a ESE, ni en los módulos de historia clínica ni en los sistemas de información de atención. Esta ausencia limita la posibilidad de planificar e implementar acciones orientadas a garantizar el acceso con enfoque intercultural a los servicios de salud.

Tampoco se identificaron protocolos o rutas específicas que reconocieran prácticas culturales propias de los grupos étnicos en los servicios de urgencias, hospitalización o consulta externa. No se dispone de intérpretes de lenguas indígenas ni de personal sensibilizado en enfoque étnico, lo que puede representar una barrera de comunicación e interacción respetuosa con las creencias y costumbres de estas comunidades. En este sentido, se concluye que la atención a grupos étnicos no cuenta con adaptaciones estructurales, funcionales ni operativas para responder a las necesidades diferenciales de estas poblaciones, contraviniendo lo establecido en la normatividad vigente, pese a contar con un protocolo para la atención con enfoque diferencial.

En conclusión, la ESE

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- No garantiza el cumplimiento del enfoque diferencial étnico en la prestación de los servicios de salud, pese a la existencia de un marco normativo robusto que reconoce la diversidad cultural de los pueblos indígenas, afrocolombianos, raizales y palenqueros, y exige la incorporación de criterios de interculturalidad en la atención.
- No realiza caracterización de la población étnica en los registros institucionales, módulos de historia clínica y sistemas de información, lo cual limita la planificación de acciones que aseguren el acceso con pertinencia cultural.
- No cuenta con intérpretes de lenguas indígenas y la ausencia de personal sensibilizado o capacitado en enfoque étnico, lo cual denota la falta de protocolos y rutas.

En consecuencia, se concluye que la ESE Universitaria del Atlántico vulnera los derechos de las poblaciones étnicas al no garantizar una atención en salud con enfoque diferencial, contrariando lo establecido en el marco normativo vigente sobre el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural en la prestación de servicios de salud.

Hallazgo nro. 43

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no garantiza la atención en salud con enfoque diferencial étnico, en este sentido: i) No realiza la caracterización étnica de población indígena, afrocolombiana, palenquera o raizal en los registros institucionales, módulos de historia clínica ni en los sistemas de información de atención en salud. ii) No dispone de rutas o protocolos operativos que reconozcan prácticas culturales propias en los servicios de salud. iii) No cuenta con intérpretes de lenguas indígenas ni con personal capacitado o sensibilizado en enfoque diferencial étnico, generando barreras en la comunicación y acceso. iv) No implementa adecuaciones estructurales ni funcionales que permitan una atención respetuosa de la diversidad étnica, pese a contar con un protocolo institucional para tal fin, lo cual configura una vulneración al derecho a la salud con enfoque diferencial. Incumpliendo lo definido en el numeral 2.4 del artículo 2 de la Resolución 1964 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Víctimas del conflicto armado

De acuerdo con lo establecido en los artículos 52 al 57 de la Ley 1448 de 2011, el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar la cobertura de la atención en salud a las víctimas del conflicto armado, conforme a las competencias y responsabilidades de los diferentes actores que lo integran. En este sentido, los Decretos 1893 de 2021 y 1650 de 2022 desarrollan las disposiciones relativas a las medidas en materia de salud dirigidas a esta población.

En este contexto, la ESE aportó en el numeral 64 documentación relacionada con el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), código CODIGO: PR-TS-001, versión 1, fecha noviembre del 2024, cuyo objetivo general indica, *“Establecer los lineamientos para la adopción e implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – Papsivi, como medida de asistencia y/o*

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

rehabilitación para la población víctima del conflicto armado en la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO”

En su numeral 7. *RUTA INTEGRAL DE ATENCION*, describe que el proceso de atención en salud y rehabilitación para víctimas del conflicto armado se compone de cuatro etapas las cuales pretenden garantizar la inclusión del paciente:

- Atención prehospitalaria.
- Atención de urgencias.
- Atención hospitalaria.
- Atención Ambulatoria o consulta externa.

Igualmente, menciona que la atención brindada en cada una de las etapas se debe caracterizar por acoger los atributos de la atención en salud: Calidad, Continuidad, Integralidad, Oportunidad, Accesibilidad y Resolutivita; así como también brindar atención diferencial como reconocimiento a la diversidad de los pacientes atendidos, teniendo en cuenta sus características particulares en razón a su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad.

No obstante, en relación con la población víctima del conflicto armado, la ESE no presentó evidencia de procesos de caracterización o identificación sistemática de esta población en los procedimientos de admisión y atención. Esta omisión dificulta la aplicación de los principios de priorización y acceso preferente contemplados en la Ley 1448 de 2011.

Respecto a la población víctima del conflicto armado, la ESE no presentó evidencia de caracterización o identificación sistemática de esta población dentro de sus procesos de admisión y atención, lo cual impide aplicar los principios de priorización y acceso preferente establecidos por la Ley.

Durante la auditoría no se identificaron rutas específicas de atención integral que incluyeran acciones diferenciadas para esta población en los servicios de urgencias, hospitalización o consulta externa, ni protocolos de manejo clínico y psicosocial ajustados a los lineamientos de los Decretos 1893 de 2021 y 1650 de 2022.

Asimismo, no se evidenciaron actividades de capacitación al personal asistencial en temas relacionados con la atención a víctimas del conflicto armado, ni mecanismos de articulación institucional con las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV). La ausencia de acciones concretas representa una limitación significativa para el cumplimiento de los enfoques de derechos, integralidad y no revictimización.

En conclusión, la ESE

- No cuenta con mecanismos sistemáticos de identificación o caracterización de la población víctima del conflicto armado dentro de los procesos de admisión y atención, lo cual limita la posibilidad de aplicar los principios de priorización, acceso preferente y atención diferencial orientados a esta población.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- No aplica rutas específicas ni protocolos de atención clínica y psicosocial ajustados a los lineamientos vigentes que garanticen una atención integral y centrada en el enfoque de derechos y no revictimización.
- No realiza procesos de formación al talento humano en salud en temas relacionados con la atención a víctimas del conflicto armado.
- No realiza articulación institucional con las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV).

En consecuencia, la ESE Universitaria del Atlántico no cumple con las disposiciones normativas vigentes orientadas a garantizar la atención integral en salud a las víctimas del conflicto armado, incurriendo en omisiones que pueden perpetuar condiciones de vulnerabilidad y revictimización de esta población.

Hallazgo nro. 44

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza el cumplimiento de los lineamientos de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, lo que vulnera los principios de priorización, atención integral, diferencial y no revictimización toda vez que; i) No se realiza procesos de caracterización que permitan la identificación oportuna de la población víctima del conflicto armado en los procedimientos de admisión y atención, lo cual limita la aplicación efectiva de los principios de acceso preferente y atención prioritaria. ii) No se aplican rutas específicas ni protocolos de atención clínica y psicosocial orientados a las víctimas del conflicto armado en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa, desconociendo los lineamientos establecidos iii) No realizan capacitación al talento humano en salud sobre la atención integral a víctimas del conflicto armado, lo cual afecta la calidad, pertinencia y enfoque diferencial de la atención brindada. iv) No se existen ni se realizan mecanismos de coordinación o articulación interinstitucional con las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV), lo que limita la implementación de una atención integral y coordinada, incumpliendo lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 47, artículos 53, 54 y 55 de la Ley 1448 de 2011, y los artículos 2.9.1.1.1, 2.9.1.1.2 y 2.9.1.1.4 del Decreto 1650 de 2022.

2.3.1.10.9 INTERVENCIÓN EN SALUD PÚBLICA

2.3.1.10.9.1 DENGUE

Los prestadores de servicios de salud deben garantizar el manejo integral de los casos de dengue conforme a lo establecido en el numeral 4.3 " *Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas*" del numeral 4 " *Manejo Integral de Casos*" de la Circular 013 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta circular define las instrucciones para la organización y respuesta en el control del dengue en Colombia, asegurando una atención adecuada y oportuna de los pacientes afectados.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

La notificación obligatoria de casos de dengue en Colombia está regulada por varios documentos oficiales emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS). Entre ellos se destaca el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública del Dengue, que establece que esta enfermedad es un evento de notificación rutinaria obligatoria a través del SIVIGILA.

Además, la Circular Externa 013 de 2023 del Ministerio de Salud incluye directrices sobre la notificación de casos y brotes, mientras que la Circular Conjunta 002 de 2023 establece instrucciones para fortalecer las acciones de prevención, atención integral, vigilancia y control del dengue. Esta última enfatiza la notificación inmediata de brotes o emergencias al Sistema de Alerta Temprana del INS.

En este contexto, la ESE suministró documentación relacionada con la adherencia a las estrategias de prevención y manejo del dengue, en el numeral 13 "*Soporte de adherencia Dengue, cursos y evidencias*", como parte del requerimiento número 3 de la Sede Sabanalarga. El material entregado incluye cinco archivos en PDF y tres carpetas, detallados a continuación:

1. Carpeta: "*Capacitación sobre Dengue*"

Contiene cuatro archivos en PDF que evidencian las sesiones de formación realizadas:

- Acta de capacitación sobre dengue (08/04/2024): Dirigida a auxiliares de enfermería.
- Capacitación sobre dengue (21/05/2024): Orientada al personal de enfermería del CACR Sabanalarga, con asistentes enfermeras y auxiliares.
- Capacitación sobre dengue (10/10/2024) (virtual): Socialización de las guías clínicas de ETV, con participación de personal de las sedes CAC Pediátrico, CACE Mental, CACR Sabanalarga y CACR Soledad.
- Acta de dengue (05/11/2024): Socialización del comité de vigilancia epidemiológica (*no incluye listado de asistentes*).

2. Carpeta: "*Adherencia al Dengue*", contiene 10 archivos en Excel con listas de chequeo mensuales del año 2024 sobre la adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC). Faltan los archivos correspondientes a los meses de agosto, septiembre y octubre. También incluye un archivo con los hallazgos del plan de mejoramiento.

3. Carpeta: "*Certificados Dengue OMS*" que incluye 61 certificados de participación (63 formato pdf y 4 formato jpg) de "*Diagnostico y manejo clínico del dengue*" emitido por la "*organización Panamericana de la Salud*" con 20 horas de duración y que requería 80% para su aprobación.

4. Archivos PDF adicionales:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- "Asistencia": Registro de asistentes a un evento el cual no se describe en el archivo, solo denota la fecha 10/01/25. Incluye nombres completos, teléfonos y correos electrónicos de los participantes.
- "Evidencia": pantallazo de una reunión en línea, pero no describe cual (10/01/25).
- "Invitación socialización Zoom": pantallazo de WhatsApp de un grupo "Médicos Generales" en donde invitan reunión por teams el 12/02/25.
- "Dengue-seguimiento PM": Acta de capacitación para socializar el manejo del dengue de acuerdo con el protocolo del INS (*documento escaneado con contenido parcialmente ilegible*) con fecha del 19/11/2024. No es legible el listado de asistencia.
- "Informe de ADH y PM Dengue": Informe de evaluación de adherencia institucional (14/01/2025), el cual tiene como objetivo hacer seguimiento a la implementación de la Guía de manejo de dengue en los diferentes servicios de la institución, en el cual evalúan 26 historias clínicas e indican los porcentajes de cumplimiento y los hallazgos relevantes en las historias encontradas.

Por otro lado, la ESE entregó un listado nominal de pacientes diagnosticados con dengue correspondiente a los años 2024 (263 casos) y 2025 (61 casos) de la sede CACR-Sabanalarga; no hay registros nominales de otras sedes. La base de datos está estructurada en dos hojas, una por cada año, y contiene las siguientes variables: (Número de ingreso clínico, Documento de identidad del paciente, Nombre completo del paciente, Diagnóstico (Dengue clásico, código CIE-10 A90X), Fecha y hora de apertura del folio, Fecha y hora de egreso, Sede donde se brindó la atención).

En ambas hojas, todos los casos están clasificados bajo el diagnóstico "Fiebre del dengue [Dengue clásico]", sin registros de formas graves ni complicadas del dengue. Al respecto:

- No se incluye la edad, sexo, dirección o municipio de residencia del paciente, lo que limita la posibilidad de hacer un análisis territorial, de grupos vulnerables o por ciclo de vida.
- No hay información clínica detallada, como signos de alarma, tratamiento administrado, evolución, laboratorio o condición de egreso (mejorado, remitido, fallecido, etc.).
- No se discrimina si los casos son ambulatorios u hospitalizados, ni el nivel de complejidad del manejo.
- Todos los diagnósticos son de tipo clásico (A90X), por lo que no se puede determinar si la institución ha identificado casos graves (A91) o con complicaciones hemorrágicas.
- No hay evidencia del manejo de vigilancia por laboratorio (se envió al laboratorio de salud pública las muestras de casos en fase aguda, primeros 5 días).
- No hay evidencia de reporte a SIVIGILA.

El tiempo promedio de estancia de los pacientes fue similar en ambos años: 1,22 días en 2024 y 1,09 días en 2025, lo cual sugiere que la mayoría de los casos fueron de manejo ambulatorio o con muy corta estancia hospitalaria. No obstante, esta duración también

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

podría indicar egresos rápidos sin necesidad de complicaciones clínicas o seguimiento prolongado.

Adicionalmente, al correlacionar la información reportada por la ESE en el archivo de la Resolución 254 con la determinación del indicador “*Proporción de pacientes hospitalizados por Dengue Grave*”, se identificó que en las cinco sedes se registraron 28 pacientes en el primer trimestre de 2024, 6 en el segundo trimestre, 25 en el tercero y 124 en el cuarto.

Finalmente, no se encontró evidencia de que la entidad haya realizado la notificación obligatoria al SIVIGILA, a pesar de que el dengue es un evento de notificación obligatoria.

Revisada la información a periodo epidemiológico XII del 2024 suministrada por el INS a esta Superintendencia se identifica que para el evento 210-Dengue y 220-Dengue Grave la entidad no presenta datos:

Imagen nro.72. Reporte a SIVIGILA de Eventos de Interés en Salud Pública

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL ATLÁNTICO ESE			
Cod: Habilitación 0800105146 - Nit: 901536799			
EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA			
Código evento	Nombre evento	2023 P XIII	2024 P XII
113	DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	42	25
115	CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	S/I	0
210	DENGUE	127	S/I
220	DENGUE GRAVE	6	S/I
549	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	194	209
550	MORTALIDAD MATERNA	S/I	1
560	MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	S/I	17
580	MORTALIDAD POR DENGUE	2	S/I
591	MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR IRA	0	3
591	MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR EDA	0	2
591	MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR DNT	0	6
740	SIFILIS CONGENITA	S/I	0
750	SIFILIS GESTACIONAL	S/I	0
850	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	S/I	0

Fuente. información a periodo epidemiológico XII del 2024 suministrada por el INS a esta Superintendencia.

En conclusión, la ESE no cumple con los requerimientos normativos y técnicos establecidos para el manejo integral del dengue como evento de interés en salud pública. Hay fallas en el registro, clasificación y vigilancia de casos, que se denotan en la notificación al SIVIGILA; lo anterior, compromete la respuesta institucional ante esta enfermedad, especialmente en escenarios de brote o alerta epidemiológica. Las debilidades identificadas limitan la capacidad de la ESE para garantizar una atención de calidad, oportuna, segura y basada en la evidencia, así como para contribuir efectivamente al control del dengue en el territorio.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Como consecuencia se tiene:

- Inconsistencias y vacíos en el registro nominal de casos: la base de datos suministrada por la ESE para los años 2024 y 2025, no contiene variables esenciales como edad, sexo, municipio de residencia, condición clínica, evolución del paciente, nivel de complejidad del manejo, ni clasificación de gravedad. Todos los casos están registrados como "dengue clásico" (CIE-10 A90X), sin evidencia de identificación o reporte de formas graves (A91) o con complicaciones hemorrágicas.
- Ausencia de información clínica y seguimiento: La base de datos no incluye signos de alarma, tratamiento administrado, resultados de laboratorio ni condición de egreso (mejorado, remitido, fallecido, etc.), lo cual impide hacer un análisis clínico integral o evaluar la calidad del manejo institucional de los casos.
- Falta de vigilancia por laboratorio: No hay evidencia de envío de muestras al Laboratorio de Salud Pública, lo cual contraviene lo estipulado en el protocolo de vigilancia para el dengue, que exige la toma y remisión de muestras en fase aguda (primeros 5 días de síntomas).
- Ausencia de notificación a SIVIGILA: No se evidenció el reporte institucional al SIVIGILA para los eventos 210 (dengue sin signos de alarma) y 220 (dengue grave), a pesar de que el dengue es un evento de notificación rutinaria obligatoria, conforme a los registros disponibles hasta el periodo epidemiológico XII de 2024. Esta omisión impide una respuesta oportuna por parte del sistema de vigilancia y control en salud pública.
- Capacitaciones sin verificación efectiva de impacto: Aunque la ESE presentó actas de capacitación, certificados de participación y documentos relacionados con el manejo del dengue, no se evidenció un control sistemático de la asistencia del personal, ni un análisis del impacto de estas actividades sobre la calidad de la atención y la adherencia clínica. Varios documentos están incompletos o ilegibles, y no se garantiza su aplicabilidad en los servicios asistenciales.
- Seguimiento institucional limitado a la adherencia clínica: si bien se presentó un informe institucional de evaluación de adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC), el mismo se limita al análisis de 26 historias clínicas, sin evidencias claras de retroalimentación al personal, ni del cierre de los hallazgos mediante un plan de mejora verificado y actualizado.

Hallazgo nro. 45

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico frente la organización y respuesta para el control del dengue incumple las funciones que como Unidad Primaria Generadora de Datos le corresponde, toda vez que, i) no mantiene actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia, ii) no notifica la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, iii) se evidencia ausencia de información clínica y seguimiento: La base de datos no incluye signos de alarma, tratamiento administrado, resultados de laboratorio ni condición de egreso (mejorado, remitido, fallecido, etc.), lo cual impide hacer un análisis clínico integral o evaluar la calidad del manejo institucional de los casos; iv) Falta de vigilancia por laboratorio: No hay evidencia de envío de muestras al Laboratorio de Salud Pública, lo cual contraviene lo estipulado en el protocolo de vigilancia para el dengue, que exige la toma y remisión de muestras en fase

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

aguda (primeros 5 días de síntomas); v) presenta capacitaciones sin verificación efectiva de impacto no se evidenció un control sistemático de la asistencia del personal, ni un análisis del impacto de estas actividades sobre la calidad de la atención y la adherencia clínica. Varios documentos están incompletos o ilegibles, y no se garantiza su aplicabilidad en los servicios asistenciales; vi) Seguimiento institucional limitado a la adherencia clínica: si bien se presentó un informe institucional de evaluación de adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC), el mismo se limita al análisis de 26 historias clínicas, sin evidencias claras de retroalimentación al personal, ni del cierre de los hallazgos mediante un plan de mejora verificado y actualizado; incumpliendo lo establecido en los literales c y e del artículo 2.8.8.1.1.13. Funciones de las unidades primarias generadoras de datos del decreto 780 de 2016, literal a del numeral 2.3, numeral 2.4; literal a del numeral 4.3 de la circular 013 del 2023; y numerales 3.5 y 3.6 de la Circular 002 del 2023.

2.3.1.10.10 HISTORIA CLÍNICA

Por otra parte, es pertinente informar que los prestadores de servicios de salud deben cumplir con las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir, que la IPS que habilite servicios de salud debe cumplir los requisitos mínimos que brinden seguridad a los usuarios en el proceso de atención en salud.

De acuerdo con lo anterior, es pertinente indicar que, durante el recorrido por las sedes auditadas de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, se identificaron falencias relacionadas con los estándares de habilitación que afectan directamente la seguridad del paciente así:

- **Registro de información en las Historias Clínicas**

El registro en las historias clínicas contiene de manera integral y cronológica las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención, de ahí la importancia que las IPS den cumplimiento de lo establecido en los *artículo 3 “CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA”, 5 “GENERALIDADES”, 9 “IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO”* de la Resolución 1995 de 1999, en cuanto a la garantía en el registro de información con las características de integralidad, secuencialidad, racionalidad técnico científica, disponibilidad y oportunidad.

Es por ello que las IPS deben realizar los registros en la historia clínica y demás formatos asistenciales en forma simultánea, clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, espacios en blanco, ni siglas, que cada anotación contenga la fecha y hora en la que se realiza, al igual que se deben realizar los registros de referencia y contrarreferencia cuando se requieran y; debe contener el nombre completo y firma del autor de quien realiza el diligenciamiento.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En caso de ser necesaria la corrección de una información registrada en la historia clínica, la IPS debe agregar el nuevo dato con la fecha, hora, nombre e identificación de quien hizo la corrección, sin suprimir lo corregido y haciendo referencia al error que subsana.

En concordancia con lo anterior el artículo 8 de la Ley 2015 del 2020 contempla “*El Contenido. La Historia Clínica Electrónica deberá contener los datos clínicos relevantes de la persona de forma clara, completa y estandarizada con los más altos niveles de confidencialidad*”.

Ahora bien, durante la revisión de las historias clínicas para los usuarios tomados como muestra, se observaron los siguientes incumplimientos en cuanto al registro de información, que genera riesgo en la definición de diagnósticos y/o planes de tratamientos oportunos y precisos en los usuarios:

Tabla Núm.63. Revisión de Historias Clínicas.

No de Identificación	Fecha de Atención	Observaciones
1043601560	19/09/2024	El triage no registra indagación de antecedentes quirúrgicos, toxicológicos, ni farmacológicos, ni vacunales ya que es una menor de 6 años. En revisión por sistemas de la HISTORIA CLINICA ATENCIÓN DE URGENCIAS no registra información en especial CardioPulmonar, teniendo en cuenta que la menor presentaba “ PICOS FEBRILES CUANTIFICADOS EN 38°C ASOCIADO A EMESIS. CONCOMITANTE TOS HUMEDA, RINORREA ”.
1045169823	11/01/2025	El triage registra Motivo Consulta: ACTIVAR RUTA DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL, pero es clasificada como Triage II, no registra indagación de antecedentes quirúrgicos, toxicológicos, ni farmacológicos, utilización de siglas
1043603513	11/09/2024	No reporte de triage. Enfermedad actual se registra de manera incompleta toda vez que no precisa tiempo de evolución de sintomatología, ni síntomas asociados, no registra indagación de antecedentes quirúrgicos, toxicológicos, ni farmacológicos. En revisión por sistemas de la HISTORIA CLINICA ATENCIÓN DE URGENCIAS no registra información en especial Genitourinario, teniendo en cuenta que la menor presentaba “ SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL ”. No registra en examen físico los signos vitales como peso y talla. Lo anterior aumenta el riesgo individual en salud del paciente al no identificar oportunamente alteraciones y que por el contrario conlleve a un diagnóstico tardío de enfermedades nutricionales
22627250	30/01/2025	La anamnesis con registro clínico incompleto toda vez que la enfermedad actual no describe sintomatología asociada al motivo de consulta, ni revisión por sistemas de acuerdo con motivo de consulta, no antecedentes médicos. Utilización de siglas que dificultan la comprensión de los registros clínicos. No realiza examen físico teniendo en cuenta la anamnesis y antecedentes médicos. Diagnostico principal no es coherente con anamnesis teniendo en cuenta que no se realizó examen físico. No registra criterios clínicos de indicación de interconsulta para especialidad de medicina interna. Registros clínicos incompletos, con errores ortográficos “ ESTA ASIENDO DEPOSICIONES DE COLOR NEGRO...CONJUNTIVAS PALIDAZ... HOMEPRAZOL 80 MGS ”. La conducta medica no se correlaciona con anamnesis, examen físico y diagnóstico.

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

No de Identificación	Fecha de Atención	Observaciones
44190197	30/12/2024	La anamnesis con registro clínico incompleto toda vez que la enfermedad actual no describe sintomatología asociada al motivo de consulta, ni revisión por sistemas de acuerdo con motivo de consulta, no antecedentes médicos. No realiza examen físico teniendo en cuenta la anamnesis y antecedentes médicos. Registros clínicos inconsistentes, en el triage indica "Estado de Conciencia: Confuso" y en DESCRIPCIÓN EXÁMEN FÍSICO Neurológico NORMAL, con errores ortográficos "DEFORFMATE DE MUÑECA Y BRAZO DERECHO CON LIMITACION".
1007128333	4/01/2025	Usuaría gestante, no diligenciamiento de antecedentes gineco obstétricos como edad gestacional por fecha de última menstruación FUM, ni semanas según ecografía, en antecedentes salud sexual y reproductiva no registra datos de la fecha de último parto FUP a pesar de ser una G2, P1, así como tampoco registra indagación de antecedentes quirúrgicos, toxicológicos, ni farmacológicos. En enfermedad actual y revisión por sistemas presenta registros clínicos que describen lo siguiente: "PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA REFERIDA DEL HOSPITAL MANATI OR CUADRO CLINICA DE TRES DIAS DADO POR FIEBRE DE 39°, ACOMPAÑADO DE ARDOR PARA ORINAR Y DOLOR EN REGION LUMBAR, ADEMÁS DE ESCOZOR A NIVEL VAGINAL, CON REPORTE DE PARCIAL DE ORINA DEL 04/01/2025 PATOLÓGICO, MOTIVO POR EL INGRASA A NUESTRA INSTITUCION..." PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA REFERIDA DEL HOSPITAL CAMPO DE LA CRUZ POR CUADRO CLINICO DE 12 HORAS DADO POR DOLOR PELVICO IRRADIADO A ZONA LUMBAR 8/10, ACOMPAÑADO DE "MANCHITAS" REFERIDO POR LA PACIENTE AL TACTO VAGINAL PACIENTE CON UNA DILATACION DE 4CM, CUELLO POSTERIOS, MOTIVO POR EL INGRASA A NUESTRA INSTITUCION..." Lo anterior, no es claro debido a que registran información de dos (2) usuarias diferentes generando confusión y presumiendo información inconsistente. No se realizó examen físico, ni escala de riesgo psicosocial.
1043872259	12/03/2025	Usuaría gestante , no registra revisión por sistemas, ni antecedentes personales, No registra en examen físico los signos vitales como tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, lo anterior aumenta el riesgo individual en salud del paciente al no identificar oportunamente alteraciones y que por el contrario conlleve a un diagnóstico tardío de enfermedades asociadas al embarazo.
1231341185	12/03/2025	En urgencias del CACE pediátrico se evidenció registro de los usuarios que ingresan al servicio de urgencias, para lo cual se solicita el Triage e historia clínica de la paciente identificada con documento 1231341185 y al realizar la búsqueda en el sistema se evidencia que la menor no cuenta con esta información, se indaga la razón por la cual sucede esta situación y no hubo respuesta.
1048337239	17/04/2024	Paciente que ingresa a urgencias a CACR Soledad y en donde se evidencia fallas en el diligenciamiento de historia clínica por falta de completitud, ingreso de datos errados (peso y talla) en contexto de cuadro de desnutrición aguda con requerimiento de hospitalización. Adicionalmente con falta de abordaje interdisciplinar y no oportunidad en valoración por especialistas.

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

De lo anterior se concluye que la ESE en cuánto al registro clínico presenta:

- ✓ Utilización de siglas.
- ✓ Los registros de evolución médica incompletos, toda vez que no registra de signos vitales aumenta el riesgo individual en salud del paciente al no identificar oportunamente alteraciones y que por el contrario conlleve a un diagnóstico tardío de enfermedades asociadas al embarazo u otras patologías relacionadas.
- ✓ NO realiza el proceso de apertura de historia clínica a usuaria que asiste por urgencias.
- ✓ No registro de antecedentes.
- ✓ No contiene los mínimos de una historia clínica.
- ✓ El motivo de consulta no registra con palabras textuales de lo que refiere el usuario.
- ✓ Enfermedad actual se registra de manera incompleta toda vez que no precisa tiempo de evolución de sintomatología, ni síntomas asociados.
- ✓ Historia clínica 1007128333 presenta información de de dos (2) usuarias diferentes generando confusión y presumiendo información inconsistente y duda de lo consignado.
- ✓ En historia clínica de usuaria gestante, no diligenciamiento de antecedentes gineco obstétricos como edad gestacional por fecha de ultima menstruación FUM, ni semanas según ecografía, en antecedentes salud sexual y reproductiva no registra datos de la fecha de ultimo parto FUP a pesar de ser una G2, P1.

Con relación a lo anterior se presenta proceso de atención en salud que no cumple con los criterios de la calidad en la atención en salud con relación a las características de calidad de accesibilidad, oportunidad, seguridad y oportunidad de acuerdo con lo estipulado por el artículo nro. 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016.

Imagen nro.73. Historia clínica - documento 1043601560 sin antecedentes



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO
901536799-5
Fecha Actual : miércoles, 12 marzo 2025

REPORT DE TRIAGE

Centro Atención: CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA N° Triage: 199242 Fecha del Triage: 19/09/2024 4:39:36 p. m.

Documento: 1043601560 Paciente: MARIA ISABELL CASTELLANOS MORALES Edad: 6 Años
Entidad: NUEVA EPS SA Municipio: SABANALARGA Departamento: ATLANTICO
Especialidad: MEDICINA GENERAL Conducta: Ninguna Clasificación: TRIAGE III

SIGNOS VITALES
Tensión Arterial: / Frecuencia Cardíaca: 88 Frecuencia Respiratoria: 18 Temperatura: 36.7
SO2: 99 Estado de Conciencia: Alerta Peso (kg): 17.9
Motivo Consulta: TIENE FIEBRE DESDE EL LUNES . VOZ ** REFIERE EL FAMILIAR ☐ Aliento a Alcohol

ANTECEDENTES

☐ Diabetes ☐ Enfermedad Coronaria ☐ ACV ☐ Enfermedad Pulmonar ☐ Convulsiones ☐ Hipertensión
☐ Hospitalización reciente ☐ Infarto Reciente ☐ Anticoagulado ☐ Parto Reciente ☐ Otros Antecedentes

Otros Antec:
Cirugías:
Alergias:
Medicamentos:
☐ Plásmico Método: Natural Fecha Última Regla:

CRONOLOGIA DE CARGAS/ACCIONES

☒ Consulta Espontánea ☐ Remisión ☐ Collar Cervical ☐ Tabla Espinal ☐ Ferula Extremidades ☐ Oxígeno
☐ LEV ☐ SNG ☐ S. Vesical ☐ Tubo de Torax ☐ Intubación traqueal ☐ Acción ☐ Soat
☐ Consulta Externa HUB ☐ Enfermedad

IMPRESION DIAGNOSTICA
Diagnóstico 1:
Diagnóstico 2:
Diagnóstico 3:
Observaciones:
Recomendaciones:

Johanna Peña
PERA MOLINA JOHANNA MARGARITA

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

Imagen nro.75. Historia clínica - documento 22627250 sin revisión por sistemas ni antecedentes, errores ortográficos

UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA - CACR SABANALARGA		UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA - CACR SABANALARGA	
HISTORIA CLINICA ATENCIÓN DE URGENCIAS		HISTORIA CLINICA ATENCIÓN DE URGENCIAS	
N° Historia Clínica: 22627250		N° Historia Clínica: 22627250	
DATOS PERSONALES Nombre Paciente: SOCORRO ROA DE MANOTAS Fecha Nacimiento: 26/06/1936 Edad Actual: 88 Años / 7 Meses / 4 Días Dirección: KR 18A N13 41 BARRIO SANTANDER Procedencia: SABANALARGA		DATOS PERSONALES Nombre Paciente: SOCORRO ROA DE MANOTAS Fecha Nacimiento: 26/06/1936 Edad Actual: 88 Años / 7 Meses / 4 Días Dirección: KR 18A N13 41 BARRIO SANTANDER Procedencia: SABANALARGA	
DATOS DE AFILIACIÓN Entidad: NUEVA EPS SA Plan Beneficios: NUEVA EPS SA- CONTRIBUTIVO Responsable: MARIA DE LA ROSA Dirección Resp: KR 18A N13 41 BARRIO SANTANDER Finalidad Consulta: No Aplica Resp. y/o Acudiente: MARIA Acompañante: NOERA		DATOS DE AFILIACIÓN Entidad: NUEVA EPS SA Plan Beneficios: NUEVA EPS SA- CONTRIBUTIVO Responsable: MARIA DE LA ROSA Dirección Resp: KR 18A N13 41 BARRIO SANTANDER Finalidad Consulta: No Aplica Resp. y/o Acudiente: MARIA Acompañante: NOERA	
DATOS DEL INGRESO FOLIO N° 14 31/01/2025 11:42 Teléfono Resp: 3003523147 N° Ingreso: 246023 Fecha: 31/01/2025 11:18:02 a. m. Causa Externa: Enfermedad General Tel. Resp y/o Acad.: 3003523147 Tel. Acompañante:		DATOS DEL INGRESO FOLIO N° 14 31/01/2025 11:42 Teléfono Resp: 3003523147 N° Ingreso: 246023 Fecha: 31/01/2025 11:18:02 a. m. Causa Externa: Enfermedad General Tel. Resp y/o Acad.: 3003523147 Tel. Acompañante:	
Signos Vitales Sistólica: 128 Diastólica: 70 FC: 100.0 FR: 20 Temperatura: 36.0 Talla: 165 Peso: 65.0 IMC: 23.88 Glucosa: 15.00 SaO2: 96 Diastrometer:		Signos Vitales Sistólica: 128 Diastólica: 70 FC: 100.0 FR: 20 Temperatura: 36.0 Talla: 165 Peso: 65.0 IMC: 23.88 Glucosa: 15.00 SaO2: 96 Diastrometer:	
DESCRIPCIÓN EXAMEN FISICO Aspectos Generales: REGULAR Cabeza y cuello: NORMAL Ojos: ANORMAL CONJUNTIVAS PALIDAZ Otorrinolaringología: NORMAL Cardiovascular: NORMAL Pulmonar: NORMAL Abdomen: NORMAL Tacto vaginal: NO APLICA Genitourinario: NORMAL Osteomuscular: NORMAL Extremidades: NORMAL Piel: NORMAL Neurológico: NORMAL Tacto rectal: NO EXPLORADO		DESCRIPCIÓN EXAMEN FISICO Aspectos Generales: REGULAR Cabeza y cuello: NORMAL Ojos: ANORMAL CONJUNTIVAS PALIDAZ Otorrinolaringología: NORMAL Cardiovascular: NORMAL Pulmonar: NORMAL Abdomen: NORMAL Tacto vaginal: NO APLICA Genitourinario: NORMAL Osteomuscular: NORMAL Extremidades: NORMAL Piel: NORMAL Neurológico: NORMAL Tacto rectal: NO EXPLORADO	
Tratamiento Antecedentes Personales ☐ Hipertensión Arterial ☐ Diabetes mellitus ☐ Cirugía Cardio Vascular ☐ Niega Antecedentes de Importancia ☐ Alcohol ☐ Asma Bronquial ☐ Exfumador ☐ Insuficiencia Renal Crónica ☐ Cáncer ☐ Tuberculosis ☐ Sustancias Psicoactivas ☐ Enfermedad Autoinmune ☐ EPOC ☐ Hipotiroidismo ☐ Obesidad o Desnutrición ☐ Uso de corticoides e inmunodepresores ☐ Tabaquismo ☐ Mayor de 60 años ☐ Enfermedad Hepática Crónica ☐ Si es trabajador de la salud usa los EPP ☐ Otros antecedentes ☐ HIV ☐ Insuficiencia Cardíaca ☐ Es trabajador de la salud ☐ Vacunación COVID ☐ Enfermedad Sistema Digestivo		Tratamiento Antecedentes Personales ☐ Hipertensión Arterial ☐ Diabetes mellitus ☐ Cirugía Cardio Vascular ☐ Niega Antecedentes de Importancia ☐ Alcohol ☐ Asma Bronquial ☐ Exfumador ☐ Insuficiencia Renal Crónica ☐ Cáncer ☐ Tuberculosis ☐ Sustancias Psicoactivas ☐ Enfermedad Autoinmune ☐ EPOC ☐ Hipotiroidismo ☐ Obesidad o Desnutrición ☐ Uso de corticoides e inmunodepresores ☐ Tabaquismo ☐ Mayor de 60 años ☐ Enfermedad Hepática Crónica ☐ Si es trabajador de la salud usa los EPP ☐ Otros antecedentes ☐ HIV ☐ Insuficiencia Cardíaca ☐ Es trabajador de la salud ☐ Vacunación COVID ☐ Enfermedad Sistema Digestivo	
Medicamentos Código Nombre Cantidad Observaciones 19942561 LACTATO RINGER X 500 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I 1 PASAR A 60CCH M008525 OMEPRAZOL SOLUCION INYECTABLE 40 MG (BLAU) 2 DILUIR LAS 80 MGS EN 100 CC SSN PASAR A 70 CC 84		Medicamentos Código Nombre Cantidad Observaciones 19942561 LACTATO RINGER X 500 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I 1 PASAR A 60CCH M008525 OMEPRAZOL SOLUCION INYECTABLE 40 MG (BLAU) 2 DILUIR LAS 80 MGS EN 100 CC SSN PASAR A 70 CC 84	

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro. 766. Historia clínica - documento 44190197 Registros inconsistentes, errores ortográficos

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO		HISTORIA CLINICA ATENCIÓN DE URGENCIAS	
901536799-5		Fecha Actual : jueves, 13 marzo 2025	
REPORTE DE TRIAGE			
☒ Confirmado ☐ Paciente Ausente			
Centro Atención: CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA N° Triage: 224211 Fecha del Triage: 30/12/2024 1:19:04 p. m. REGIONAL SABANALARGA - CACR SABANALARGA			
Documento: 44190197	Paciente: TERESA MARGARITA ESTRADA PADILLA	Edad: 41	Años
Entidad: SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	Municipio: SABANALARGA	Departamento: ATLANTICO	
Especialidad: MEDICINA GENERAL	Conducta: Ninguna	Clasificación: TRIAGE II	
SIGNOS VITALES			
Tensión Arterial: 145/93	Frecuencia Cardíaca: 103	Frecuencia Respiratoria: 20	Temperatura: 36
SO2: 100	Estado de Conciencia: Confuso	Peso (kg): 78	☐ Aliento a Alcohol
Motivo Consulta: ME CAI Y ME DUELE EL BRAZO DERECHO REFIERE PACIENTE **			
Observaciones:			
Hallazgos:			
Positivos al:			
Examen:			
ANTECEDENTES			
☐ Diabetes ☐ Enfermedad Coronaria ☐ ACV ☐ Enfermedad Renal ☐ Convulsiones ☐ Hipertensión ☐ Hospitalización reciente ☐ Infarto Reciente ☐ Anticoagulado ☐ Parto Reciente ☐ Otros Antecedentes			
Otros Antec: NIEGA			
Cirugías: CESARIA			
Alergias: NIEGA			
Medicamentos:			
☐ Planifica	Método: Natural	Fecha Última Regla:	
ARRIBO A URGENCIAS			
Tipo de Llegada: Caminado			
☒ Consulta Explotanea ☐ Remisión ☐ Collar Cervical ☐ Tabla Espinal ☐ Férula Extremidades ☐ Oxígeno ☐ LEV ☐ SNG ☐ S. Vesical ☐ Tubo de Torax ☐ Intubación traqueal ☐ Acción ☐ Soot ☐ Consulta Externa HUB ☐ Enfermedad			
IMPRESION DIAGNÓSTICA			
Diagnóstico 1:			
Diagnóstico 2:			
Diagnóstico 3:			

DATOS PERSONALES	
Nombre Paciente:	TERESA MARGARITA ESTRADA PADILLA
Identificación:	44190197
Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento:	20/enero/1983
Edad Actual:	41 Años / 11 Meses / 9 Dias
Estado Civil:	Soltero
Dirección:	CALLE 8 N CARRERA 22-67
Teléfono:	3046337749
Procedencia:	SABANALARGA
Ocupación:	
DATOS DE AFILIACIÓN	
Entidad:	SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Régimen:	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADO
Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO NIVEL I
DATOS DEL INGRESO	
FOLIO N° 12	30/12/2024 13:45
Responsable:	ILMA TORRES
Dirección Resp:	
Teléfono Resp:	3046337749
N° Ingreso:	237344
Fecha:	30/12/2024 1:20:05 p. m.
Finalidad Consulta:	No Aplica
Causa Externa:	Enfermedad_General
Resp. y/o Acudiente:	ILMA
Tel. Resp y/o Acud.	3046337749
Acompañante:	
Tel. Acompañante:	
Parentesco:	AMIGA
preventivas, equape en reconocimiento de signos de alarma. Diligencie ficha epidemiologica 346	
Otros Sistemas	
LO REFERIDO	
Signos Vitales	
Sistólica	145
Diastólica	93
FC	103,0
FR	20
Temperatura	36,9
Talla	165
Peso	78,0
IMC	28,65
Glasgow	15,00
SaO2	99
Dextrometer	
DESCRIPCIÓN EXAMEN FISICO	
Aspectos Generales	REGULAR, ALGICA
Cabeza y cuello	NORMAL
Ojos	NORMAL
Otorrinolaringología	NORMAL
Cardiovascular	NORMAL
Pulmonar	NORMAL
Abdomen	NORMAL
Genital	NO APLICA
Genitourinario	NORMAL
Osteomusculo	NORMAL
Extremidades	NORMAL
Piel	NORMAL
Neurológico	NORMAL
Tacto rectal	NO EXPLORADO
Plan	

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.77. Historia clínica - documento 1007128333 Registros inconsistentes

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO			
CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA - CACR SABANALARGA			
HISTORIA CLINICA GINECO OBSTETRICIA			
DATOS DEL PACIENTE			
Paciente	YORYE CAROLINA CACIEDO DE AVILA	Identificación	1007128333
Fecha Nacimiento	01/11/2002	Tipo Identificación	Cédula_Ciudadania
Edad	22 Años / 4 Meses / 9 Dias	Género	Femenino
Teléfono Domicilio		Teléfono Celular	3002734786
Servicio que Admita	Urgencias	Contrato ERP	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD- MUTUAL SER- SUBSIDIADO
Nro de Atención	1	Nro de Ingreso	238,623
Fecha/hora Ingreso	04/01/2025 19:35	Código de Admisión	1
Fecha/hora Triage	04/01/2025 19:30	Autorización	
Fecha/hora Atención	04/01/2025 19:57	Procedencia	137 - CAMPO DE LA CRUZ
Triage.	TRIAGE II		
Enfermedad actual y revisión por sistemas			
REMISION DE HOSPITAL DEL HOSPITAL DE CAMPO DE LA CRUZ POR TRABAJO DE PARTO PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD QUIEN INGresa REFERIDA DE HOSPITAL DE MANATI POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DADO POR FIEBRE DE 39°, ACOMPAÑADO DE ARDOR PARA ORINAR Y DOLOR EN REGION LUMBAR, ADEMAS DE ESCOZOR A NIVEL VAGINAL, CON REPORTE DE PARCIAL DE ORINA DEL 04/01/2025 PATOLOGICO, MOTIVO POR EL INGresa A NUESTRA INSTITUCION. ABDOMEN: SEMIGLOBOSO POR UTERO GRAVIDO: 33 CM, FETO UNICO, VIVO, CAMBIANTE, FCF: 143 LATIDOS POR MINUT CON DOPPLER, DINAMICA UTERINA NULA, PUÑO PERCUSION SITIVA BILATERAL SIN MODIFICACIONES CERVICALES, NO FETIDO, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA. PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD QUIEN INGresa REFERIDA DE HOSPITAL DE CAMPO DE LA CRUZ POR CUADRO CLINICO DE 12 HORAS DADO POR DOLOR PELVICO IRRADIADO A ZONA LUMBAR 8/10, ACOMPAÑADO DE "MANCHITAS" REFERIDO POR LA PACIENTE, AL TACTO VAGINAL PACIENTE CON UNA DILATACION DE 4CM, CUELLO POSTERIOR, MOTIVO POR EL INGresa A NUESTRA INSTITUCION.			
PARACLINICOS EXTRAINSTITUCIONALES 23/08/2024 ECOGRAFIA OBTETRICA DETALLE ANATOMICO: FETO UNICO VIVO EDAD ULTRASONOGRAFICA CORRESPONDE A 18,5 SEMANAS, BIENESTAR FETAL, ESTUDIO ANATOMICO FETAL SIN ALTERACIONES DEMOSTRABLES EN EL PRESENTE EXAMEN, FPP:19/01/2025 - ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS: DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS POR DEBAJO DEL PERCENTIL 95%, 18/12/2024 ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL: EMBARAZO DE 33,5 SEMANAS POR BIOMETRIAS ACTUAL, FETO CRECIENDO EN EL PERCENTIL 9% - ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION FETO PLACENTARIA: EMBARAZO PROMEDIO POR BIOMETRIAS DE SEMANAS 33,5 DIAS, FETO CRECIENDO EN PERCENTIL 9%, FETO PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL, DOPPLER FETOPLACENTARIO NORMAL, DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS POR DEBAJO DEL PERCENTIL 95%, PLACENTA NORMOINSERTA SIN SIGNOS DE ACETISMO. 03/01/2025 ECOGRAFIAS DE ARTERIAS UTERINAS: EMBARAZO PROMEDIO POR BIOMETRIAS DE 35,2 SEMANAS, FETO CRECIENDO EN PERCENTIL 20%, DOPPLER FETOPLACENTARIO NORMAL, DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS POR DEBAJO DEL PERCENTIL 95%, PLACENTA NORMOINSERTADA SIN SIGNOS DE ACETISMO. -ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION FETO PLACENTARIA : EMBARAZO DE 35,2 SENBAS OIR BIOMETRIA ACTUAL, FETO CRECIENDO EN EL PERCENTIL 20%			
SIGNOS VITALES			
Presión Arterial:	Sistólica	117 mmHg	Diastólica
		78 mmHg	Media
			FC
			96 L'm

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

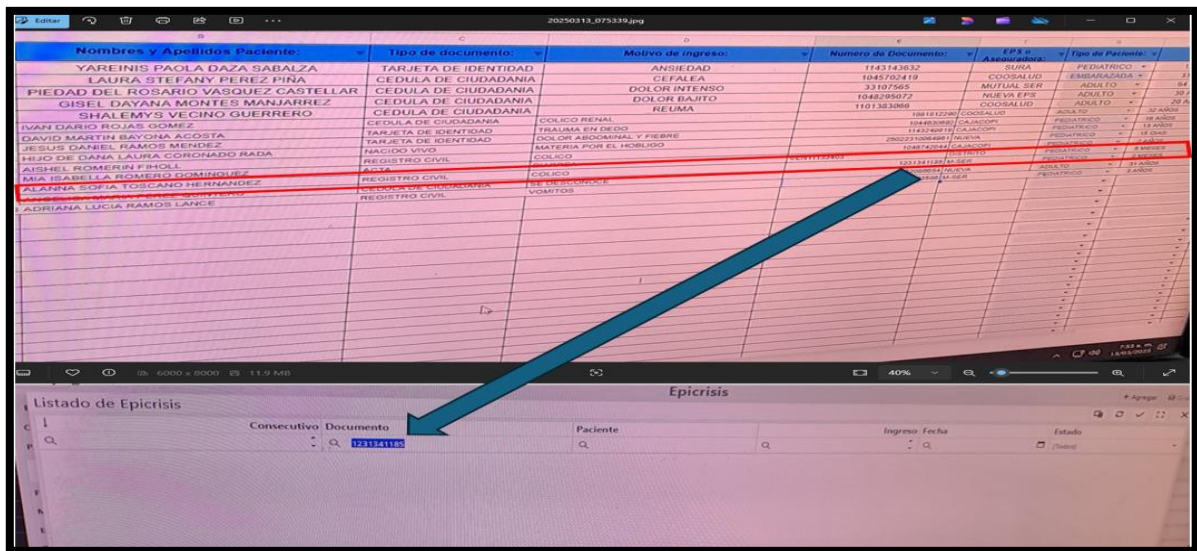
Imagen nro.78. Historia clínica - documento 1043872259 sin revisión por sistemas ni antecedentes, ni signos vitales

UNA		GOBIERNO DEL ATLÁNTICO		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO		CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SOLEDAD - CACR SOLEDAD		HISTORIA CLINICA ATENCIÓN DE URGENCIAS	
N° Historia Clínica: 1043872259									
DATOS PERSONALES									
Nombre Paciente:		LUNA GABRIELA MARTINEZ RUA				Identificación:		1043872259	
Fecha Nacimiento:		05/0ctubre/2006		Edad Actual:		18 Años / 5 Meses / 6 Dias		Estado Civil:	
Dirección:		CALLE 15 N° 4 - 76 PALMAR DE VARELA				Teléfono:		3245285434	
Procedencia:		PALMAR DE VARELA				Ocupación:			
DATOS DE AFILIACIÓN									
Entidad:		NUEVA EPS				Régimen:		Regimen_Simplificado	
Plan Beneficios:		NUEVA E.P.S SUBSIDIADO				Nivel - Estrato:		SUBSIDIADO NIVEL I	
DATOS DEL INGRESO									
Responsable:						FOLIO N° 1		12/03/2025 05:22	
Dirección Resp:						Teléfono Resp:			
Finalidad Consulta:		Otra				N° Ingreso:		256458	
Resp. y/o Acudiente						Fecha:		12/03/2025 4:42:20 a. m.	
Acompañante						Causa Externa:		Enfermedad_general	
Parentesco:						Tel. Resp y/o Acud.			
Tel. Acompañante									
☐ Hipertension Arterial ☐ Diabetes millitus ☐ Cirugia Cardio Vascular ☐ Niega Antecedentes de Importancia ☐ Alcohol ☐ Asma Bronquial ☐ Exfumador ☐ Insuficiencia Renal Cronica ☐ Cancer ☐ Tuberculosis ☐ Sustancias Psicoactivas ☐ Enfermedad Autoinmune ☐ EPOC ☐ Hipotiroidismo ☐ Obesidad o Desnutricion ☐ Uso de corticoides y inmunodepresores ☐ Tabaquismo ☐ Mayor de 60 años ☐ Enfermedad Hepatica Cronica ☐ Si es trabajador de la salud usa los EPP ☐ Otros antecedentes ☐ H I V ☐ Insuficiencia Cardiaca ☐ Es trabajador de la salud ☐ Vacunacion COVID ☐ Enfermedad Sistema Digestivo									
Sitos que acostumbra frecuentar 1 Medio de transporte que usa normalmente 1 Otro factor de vulnerabilidad No aplica Trabajador de la salud No aplica Certifico que mi paciente es sospechoso de covid NO Si su paciente es sospechoso de COVID-19, dar las siguientes instrucciones: Recomendar aislamiento preventivo, lavado de mano cada tres horas y uso frecuente de tapabocas cubriendo nariz y boca y demas medidas preventivas. eduque en reconocimiento de signos de alarma. Diligencie ficha epidemiologica 346									
Otros Sistemas									
Signos Vitales									
Sistólica	1	Diastólica	1	FC	1,0	FR	1		
Temperatura	1,0	Talla	1	Peso		1,0 IMC	1,00		
Glasgow	0,00	SaO2	1	Dextrometer	1				
DESCRIPCIÓN EXÁMEN FISICO									
Aspectos Generales		ALGOICA							
Cabeza y cuello		NORMAL							
Dios		NORMAL							

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

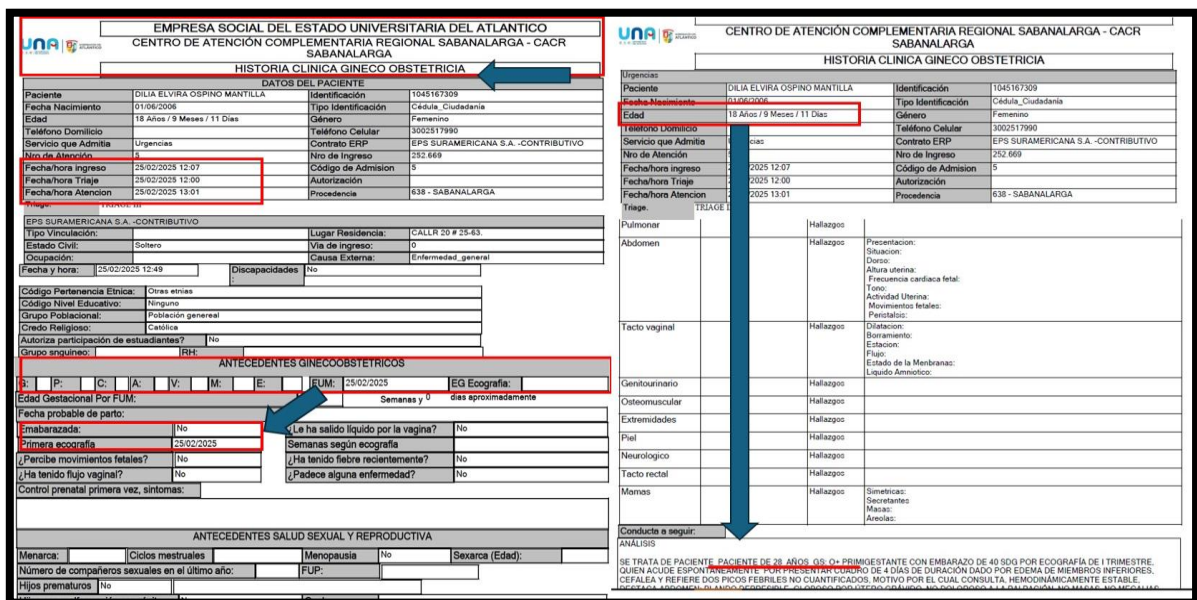
Imagen nro. 79. Usuaría sin Historia clínica - documento 1231341185



Nombres y Apellidos Paciente	Tipo de documento	Motivo de ingreso	Numero de Documento	Asignatura	Tipo de Paciente
YAREINIS PAOLA DAZA SABALZA	TARJETA DE IDENTIDAD	ANSIEDAD	1143143632	QUIRÚRGICA	EMBARAZADA
LAURA STEFANY PEREZ PINA	CECULA DE CIUDADANIA	CEFALEA	1045102419	COOSALUD	ADULTO
PIEDAD DEL ROSARIO VASQUEZ CASTELLAR	CECULA DE CIUDADANIA	DOLOR INTENSO	33107565	MUTUAL SER	ADULTO
GIBEL DAYANA MONTES MANJARREZ	CECULA DE CIUDADANIA	DOLOR BASTO	1048295072	NUEVA EPS	ADULTO
SHALEMYS VECINO GUERRERO	CECULA DE CIUDADANIA	REUMA	1101383065	COOSALUD	ADULTO
IVAN DARIO ROJAS GOMEZ	CECULA DE CIUDADANIA	COLICO RENAL	1001812294	COOSALUD	ADULTO
DAVID MARTIN BAYONA ACOSTA	TARJETA DE IDENTIDAD	TRAUMA EN DEDO	1001812294	COOSALUD	ADULTO
JESUS DANIEL RAMOS MENDEZ	TARJETA DE IDENTIDAD	DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE	1143143632	QUIRÚRGICA	EMBARAZADA
HIJO DE DANA LAURA CORONADO RADA	TARJETA DE IDENTIDAD	MATERIA POR EL HOMBRO	1143143632	QUIRÚRGICA	EMBARAZADA
YATHEL ROMERIN FIDOL	REGISTRO CIVIL	COLICO	1001812294	COOSALUD	ADULTO
MA ISABELLA ROMERO DOMINIGUEZ	REGISTRO CIVIL	COLICO	1001812294	COOSALUD	ADULTO
ALANNA SOPHIA TOSCANO HERNANDEZ	REGISTRO CIVIL	COLICO	1001812294	COOSALUD	ADULTO
ADRIANA LUCIA RAMOS LANCE	REGISTRO CIVIL	COLICO	1001812294	COOSALUD	ADULTO

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Imagen nro.80. Historia clínica - documento 1045167309 Registros inconsistentes



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO		CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA - CACR SABANALARGA	
HISTORIA CLINICA GINECO OBSTETRICIA			
Paciente	DILIA ELVIRA OSPINO MANTILLA	Identificación	1045167309
Fecha Nacimiento	18 Años / 9 Meses / 11 Dias	Tipo Identificación	Cédula Ciudadania
Edad	18 Años / 9 Meses / 11 Dias	Género	Femenino
Teléfono Domicilio	3002517990	Teléfono Celular	3002517990
Servicio que Admite	EPS SURAMERICANA S.A. -CONTRIBUTIVO	Contrato ERP	EPS SURAMERICANA S.A. -CONTRIBUTIVO
Nro de Atención	252 669	Nro de Ingreso	252 669
Fecha/hora ingreso	25/02/2025 12:07	Código de Admisión	5
Fecha/hora Triaje	25/02/2025 12:00	Autorización	638 - SABANALARGA
Fecha/hora Atención	25/02/2025 13:01	Procedencia	638 - SABANALARGA
EPS SURAMERICANA S.A. -CONTRIBUTIVO Tipo Vinculación: Soltero Estado Civil: Soltero Ocupación: Sin Fecha y hora: 25/02/2025 12:49 Discapacidades: No Código Pertenencia Étnica: Otras etnias Código Nivel Educativo: Ninguno Grupo Poblacional: Población general Credo Religioso: Católica Autoriza participación de estudiantes?: No Grupo sanguíneo: RH:			
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS Edad Gestacional Por FUM: Semanas y 0 días aproximadamente Fecha probable de parto: No Embarazada: No Primera ecografía: 25/02/2025 ¿Percibe movimientos fetales?: No ¿Ha tenido flujo vaginal?: No Control prenatal primera vez, síntomas: No ¿Le ha salido líquido por la vagina?: No Semanas según ecografía: No ¿Ha tenido fiebre recientemente?: No ¿Padece alguna enfermedad?: No			
ANTECEDENTES SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Menarca: Ciclos menstruales Menopausia: No Sexarca (Edad): Número de compañeros sexuales en el último año: FUP: Hijos prematuros: No			

Fuente: Aportado por la entidad durante la auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

[illegible]

Página 256 de 321

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En cuanto a **la custodia de la historia clínica** se observa un área donde reposan historias clínicas en condiciones de almacenamiento no adecuadas, ya que el área se encuentra en remodelación, y están ubicadas en un pasillo por donde pasa la ruta sanitaria (residuos), además no se evidencian extintores al interior del área de resguardo y no se cuenta con ningún otro medio de seguridad como por ejemplo detectores de humo, alarma o termohigrómetro, ni aire acondicionado. No existe control frente a lo que se encuentra allí, generando riesgo frente a la custodia de la HCI.

Imagen nro.82. Archivo Historias clínicas



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

Hallazgo nro. 46

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, NO garantiza el adecuado registro de las Historias Clínicas, toda vez que: i) no registro de signos vitales, ii) deficiente calidad en registros clínicos, iii) no contiene los mínimos de una historia clínica; iv) algunos registros de la prestación de los servicios en salud no son concordantes sugiriendo inconsistencia en el registro, v) deficiencia en la custodia de la historia clínica, incurriendo presuntamente con lo dispuesto en los artículos 2,3,4, 5 y 6 y 13 de la Resolución 1995 de 1999; el artículo 8 de la Ley 2015 del 2020.

2.3.1.10.11 RESIDUOS HOSPITALARIOS

Las IPS de conformidad con las Resoluciones 01164 de 2002 actualmente en transición a la Resolución 591 del 2024 y 3100 de 2019 y el Decreto 780 de 2016, deben garantizar la gestión adecuada de los residuos hospitalarios y similares, para lo cual están obligadas a calcular y gestionar los indicadores relacionados, así mismo, deben garantizar la adecuada

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

segregación en la fuente, las rutas internas de recolección y las áreas de almacenamiento, lavado, limpieza y desinfección.

El artículo 2.8.10.6 del decreto 780 de 2016 contiene las **Obligaciones del generador**. Formular, implementar, actualizar y tener a disposición de las autoridades ambientales, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud e Invima en el marco de sus competencias, el plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades reguladas en el presente Título, conforme a lo establecido en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.

*“(...) 9. **Responder por los residuos peligrosos que genere**. La responsabilidad se extiende a sus afluentes, emisiones, productos y subproductos, equipos desmantelados y en desuso, elementos de protección personal utilizados en la manipulación de este tipo de residuos y por todos los efectos ocasionados a la salud y al ambiente (...).”*

El Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia – MPGIRH adoptado por la Resolución 01164 de 2002 y el artículo 2 de la Resolución 01164 de 2002 establece:

***Numeral 7.2.3. Segregación en la fuente:** La segregación en la fuente es la base fundamental de la adecuada gestión de residuos y consiste en la separación selectiva inicial de los residuos procedentes de cada una de las fuentes determinadas, dándose inicio a una cadena de actividades y procesos cuya eficacia depende de la adecuada clasificación inicial de los residuos. Para la correcta segregación de los residuos se ubicarán los recipientes en cada una de las áreas y servicios de la institución, en las cantidades necesarias de acuerdo con el tipo y cantidad de residuos generados.

***Numeral 7.2.6.1. Almacenamiento Intermedio:** Son los sitios ubicados en diferentes lugares del generador, los cuales están destinados a realizar el depósito temporal de los residuos, antes de la recolección interna. Los residuos deben permanecer en estos sitios durante el menor tiempo posible, dependiendo de la capacidad de recolección y almacenamiento que tenga cada generador. Estos sitios deben reunir ciertas condiciones para facilitar el almacenamiento seguro y estar dotados con recipientes conforme la clasificación de residuos. Estas características son:

- Áreas de acceso restringido, con elementos de señalización.
- Cubierto para protección de aguas lluvias.
- Iluminación y ventilación adecuadas.
- Paredes lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables con ligera pendiente al interior.
- Equipo de extinción de incendios.
- Acometida de agua y drenajes para lavado
- Elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, etc.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

***Numeral 7.2.6.2. Almacenamiento Central:** Es el sitio de la institución generadora donde se depositan temporalmente los residuos hospitalarios y similares para su posterior entrega a la empresa prestadora del servicio público especial de aseo, con destino a disposición final si han sido previamente desactivados o a la planta de tratamiento si es el caso. El tamaño de la unidad técnica de almacenamiento central debe obedecer al diagnóstico de las cantidades generadas por la institución.

Adicional a las condiciones de la unidad técnica de almacenamiento intermedio, el almacenamiento central debe reunir las siguientes características:

- Localizado al interior de la institución, aislado del edificio de servicios asistenciales y preferiblemente sin acceso directo al exterior.
- Disponer de espacios por clase de residuo, de acuerdo a su clasificación (reciclable, infeccioso, ordinario,).
- Permitir el acceso de los vehículos recolectores.
- Disponer de una báscula y llevar un registro para el control de la generación de residuos.
- Debe ser de uso exclusivo para almacenar residuos hospitalarios y similares y estar debidamente señalizado.

La ESE, hace entrega de un documento denominado “*PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL PARA LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES (PGIRASA)*”, sin código, ni versión, ni fecha, cuyo objetivo indica, “*(...) Realizar un manejo responsable de los residuos hospitalarios y similares generados en la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, con el fin de minimizar la contaminación ambiental y los riesgos para la salud de las personas que entran en contacto con éstos, estableciendo e implementando los procesos, procedimientos y actividades necesarias para su gestión integral (...)*”. Además, contiene marco normativo, alcance, política ambiental, definiciones, gestión integral de residuos hospitalarios y similares para generadores, gestión interna, conformación del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria, caracterización cuantitativa de los residuos, segregación en la fuente, almacenamiento intermedio y central, entre otros.

2.3.1.10.11.1 Segregación en la fuente

El plan suministrado en el acápite de “*GESTIÓN INTERNA: ASPECTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS*” indica, “*(...) La segregación en la fuente es la base fundamental de la adecuada Gestión de Residuos y consiste en la separación selectiva inicial de los residuos procedentes de cada una de las fuentes determinadas, dándose inicio a una cadena de actividades y procesos cuya eficacia depende de la adecuada clasificación inicial de los residuos (...)*”.

Al respecto se precisa que el equipo auditor al realizar el recorrido y teniendo en cuenta lo establecido en el Plan de Gestión Integral para los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades - PGIRASA de la institución sobre el manejo adecuado para la gestión de residuos hospitalarios, se observa que la entidad presenta un incumplimiento por la falta de adherencia de este, ya que pese a tener canecas, algunas no cuentan con tapas, ni pedales, además se identifica en canecas rojas papel, botellas, vasos entre otros, en caneca roja se observó ampollas sin la correspondiente tapa, recipientes de medios de

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

contraste segregados en caja de cartón y caneca blanca, tapas de viales de medicamentos a un lado del carro para transporte de estos, recipiente para cortopunzante dispuesto en consulta externa en el límite de su capacidad con rotulado desde 2023 (CARC Sabanalarga).

Imagen nro.83. Segregación en la Fuente



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025

Adicionalmente, en el citado documento se menciona lo siguiente, “(...) En los servicios de consulta externa donde no se generan residuos infecciosos, como terapias de leguaje y física, promoción y prevención, nutrición y medicina deportiva, se utilizan recipientes para residuos no peligrosos (...)”, lo que llama la atención toda vez que la entidad no cuenta con estos servicios habilitados, excepto nutrición.

2.3.1.10.11.2 Almacenamiento Intermedio

El Plan de Gestión Integral para los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades – PGIRASA en el capítulo de **almacenamiento Intermedio y/o Central**, establece que, “(...) Son los sitios destinados a mantener los residuos generados en la actividad, mientras se realiza la recolección externa, cuidando que tenga adecuada iluminación, ventilación sean de fácil limpieza y desinfección, protegido de las aguas lluvias, con una acometida de agua y drenaje para el lavado y separación por tipo de residuos, debiendo permanecer en estos sitios, el menor tiempo posible.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

El almacenamiento control, debe estar ubicado fuera de la enfermería o consultorio generador donde se depositan temporalmente estos desechos, con estrictas normas de protección, para su posterior entrega a la empresa prestadora del servicio público especial de aseo, con destino a la disposición final.

Los lugares destinados al almacenamiento de residuos hospitalarios y similares quedarán aislados de salas de hospitalización, cirugía, laboratorios, toma de muestras, bancos de sangre, preparación de alimentos y en general lugares que requieran completa asepsia, minimizando de esta manera una posible contaminación cruzada con microorganismos patógenos (...).

Durante el recorrido realizado, el equipo auditor identificó espacios destinados como depósito intermedio de los residuos que cubren las áreas asistenciales que no cumplen con las características exigidas normativamente para el almacenamiento seguro, ya que no presentan: i) Iluminación y ventilación adecuadas, ii) paredes lisas de fácil limpieza, iii) pisos duros y lavables con ligera pendiente al interior, iv) equipo de extinción de incendios, v) acometida de agua y drenajes para lavado y vi) elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, etc.

2.3.1.10.11.3 Almacenamiento Central

Igualmente, el PGIRASA en el capítulo de **Almacenamiento Central** indica, “(...) Es el sitio de almacenamiento central del generador, es el lugar donde se depositan temporalmente los residuos hospitalarios y similares para su posterior entrega a la empresa prestadora del servicio especial de aseo, con destino al tratamiento y/o disposición final.

El tamaño de la UNIDAD TÉCNICA DE ALMACENAMIENTO CENTRAL debe obedecer al diagnóstico de las cantidades generadas por el generador correspondiente al volumen de residuos generado durante el periodo de frecuencia de recolección y siete días adicionales como medida de contingencia.

Debe reunir las siguientes características:

- *Disponer de espacios por clase de residuo, de acuerdo con su clasificación (reciclable, infeccioso, ordinario)*
- *Permitir el acceso de los vehículos recolectores*
- *Disponer de una báscula de uso exclusivo para el pesaje de los residuos y con este instrumento llevar un registro para controlar la generación de residuos (diligenciamiento formato RH1).*
- *Debe ser de uso exclusivo para almacenar residuos hospitalarios y similares y estar debidamente señalizado.*
- *Los pisos, paredes y techos, así como las puertas y ventanas en su totalidad deben estar recubiertos por un material liso, de fácil lavado y desinfección. Estos deben ser de color claro.*

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- *Las uniones entre pisos y paredes deben ser en media caña, la cual no debe presentar esquinas ni uniones pronunciadas, que permitan la acumulación de residuos.*
- *Debe contar con un punto hidráulico para el uso de agua en las operaciones de lavado, al interior del almacenamiento debe tener desagüe y mecanismos de contingencia de derrames hacia el exterior.*
- *El área de almacenamiento debe contar con la iluminación natural y/o artificial suficiente que permita el adecuado manejo de las bolsas y los recipientes.*
- *Debe ser un área ventilada, que no presente acumulación de olores, los ductos, ventanas, rejillas y claraboyas de ventilación deben tener protección contra insectos, roedores y medidas de prevención del ingreso de aguas lluvias o aguas de lavado externas.*
- *En un lugar cercano de fácil acceso, debe contarse con sistemas de control de incendios (...)."*

Se evidenció, que hay un lugar que funciona como **almacenamiento central** CACE Alta Complejidad, el cual no cumple con las características sugeridas en la normatividad ya que las paredes son lisas, pero no de fácil limpieza, presencia de humedad, empozamiento de agua que genera proliferación de insectos, las puertas no tienen elementos que impidan el acceso de vectores, roedores.

Asimismo, se observa que algunos residuos peligrosos están al aire libre generando contaminación ambiental, durante el recorrido se evidencio un espacio con medicamentos y dispositivos médicos con fechas de vencimiento que no tenían ningún tipo de control, se indaga la razón por la cual se presenta esta situación y en primera medida fue referido, "que no sabían de quien era", luego fue informado que al parecer eran del aliado farmacéutico, quien había entregado estos al ingeniero ambiental de la ESE encargado del área, presumiendo manejo inadecuado de los residuos y no adherencia al PGIRASA.

Adicionalmente al almacenamiento del CARC Sabanalarga no está completamente cerrado (área con angeo roto) lo que permita el ingreso de vectores, el área solo tiene contenedores para residuos peligrosos, no es impermeable de fácil limpieza y desinfección.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.84. Almacenamiento Central de residuos



Fuente: Registro fotográfico de auditoría realizada mediante Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Las áreas de almacenamiento de la ESE no cumplen con las características establecidas normativamente.

Hallazgo nro. 47

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, frente a la gestión de residuos hospitalarios y similares: a) NO cuenta con almacenamiento intermedio y central de residuos, que cumpla con las características exigidas normativamente para el almacenamiento seguro; b) no realiza segregación adecuada de los residuos hospitalarios; incurriendo presuntamente en el incumplimiento del numeral 7.2.3. “Segregación en la fuente”, numeral 7.2.6.1. y 7.2.6.2. del numeral 7.2.6 “Almacenamiento Intermedio”, del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia – MPGIRH adoptado por la Resolución 01164 de 2002 y el artículo 2 de la Resolución 01164 de 2002; artículo 23 de la Resolución 04445 de 1996 del Ministerio de salud; artículo 2.8.10.6 del título 10 del Decreto 780 de 2016.

2.3.1.10.12 GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS-PQRS

Conforme a lo establecido en la Circular Externa 000008 de 2018, emitida por esta superintendencia la cual en el numeral 3 del título atención al usuario indica que *“Es deber de todas las entidades brindar atención integral al usuario de la salud y ésta, debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato”*.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En tal sentido, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán contar con al menos una oficina de atención al usuario, que cumplan con las características definidas en el numeral 3.1 del artículo 3. Sistema de Atención al Usuario de la Circular Externa 000008 de 2018.

Además, las Oficinas de Atención al Usuario, deben disponer de diversos medios de comunicación y acceso de los usuarios para brindarles información y orientación de las diferentes clases de peticiones, quejas y reclamos.

Toda PQR deberá ser respondida de fondo al usuario dentro de los términos que corresponda según clase de petición frente a las necesidades planteadas por el usuario. La respuesta y decisión de la entidad al peticionario deberá ir fechada y con la dirección correcta; deberá ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado junto con los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten.

Frente a los términos para resolver PQR, la citada circular externa en el numeral 3.3.2 del Artículo 3, describe lo siguiente:

*“(…) **PQR:** Las peticiones relacionadas con el acceso al sistema de salud, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, y la inadecuada prestación del servicio de salud que afecte la oportunidad, continuidad o integralidad, presentados directamente por los usuarios ante la entidad responsable o ante esta Superintendencia, trasladados al vigilado, se deben resolver de fondo en un término máximo de cinco (5) días a partir de la fecha de radicación, a menos que se trate de asuntos y poblaciones que cuenten con términos específicos, casos en los cuales se aplicarán los términos dispuestos en la normatividad vigente (...).*

(...) Cada petición particular debe ser evaluada y valorada según las particularidades de caso y las condiciones del paciente, de manera que siempre se respete del derecho fundamental a la salud y se garantice la continuidad, la oportunidad y la integridad en el tratamiento en salud al usuario. Siempre se debe valorar la inmediatez que requiera cada caso y el término de cinco (5) días para resolver las PQR deben entenderse como plazo máximo otorgado siempre que no haya factores que requieran solución inmediata. Las peticiones generales, es decir aquellas que contienen solicitudes de información y que no están relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención o prestación de servicios de salud y por tanto no tienen aplicación del art. 20 de la Ley 1755 de 2015, se resolverán de conformidad con los términos de la citada Ley: Peticiones generales: 15 Solicitudes de información: 10 días Copias: dentro de los 3 días- Si las copias son de historias clínicas o de exámenes y se requieran para una consulta o urgente, serán catalogados como reclamos.- PQR con riesgo vital: Las PQR que involucren riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, y otras que, según criterio institucional, con base en la vulnerabilidad de la población o del impacto que se cause en el SGSSS o el sector, tendrán la marcación "Riesgo de vida" serán de inmediato cumplimiento. Asimismo, aquellas PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo vital deberán ser resueltas con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de dos (2) días hábiles desde el traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del paciente requiera y conforme a las

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud”.

Al respecto de lo anterior, la ESE Universitaria del Atlántico, en respuesta al requerimiento de solicitud de información, allegó las carpetas número 66. Cohorte de PQRD y 67. Soporte tratamiento PQRS.

Una vez verificadas dichas carpetas, evidencian el mismo archivo en Excel “Consolidado PQRSD 2024-2025”, que contiene datos de las peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias por cada una de las sedes de la ESE para los años 2024 y 2025.

Para la vigencia 2024, registra que el total de PQRS fue de **1.432**, discriminada por tipo y sede así:

Tabla nro.64. Relación PQRS año 2024 ESE Universitaria del Atlántico y Sedes

TIPO PQRS/ AÑO 2024	CACE ALTA	CACE MENTAL	CACE PEDIATRICO	CACR SABANALARGA	CACR SOLEDAD	TOTAL
Petición	548	256	69	193	176	1242
Queja	54	6	14	21	25	120
Felicitaciones	2	0	10	7	2	21
Reclamo de riesgo SIMPLE	11	4	3	0	1	19
Dato en blanco	0	0	0	0	0	11
Reclamo de riesgo PRIORIZADO	2	0	4	0	2	8
Reclamo de riesgo VITAL	5	0	0	1	0	6
Sugerencia	2	0	0	0	2	4
Reclamo riesgo VITAL	0	0	1	0	0	1
Total	624	266	101	222	208	1432

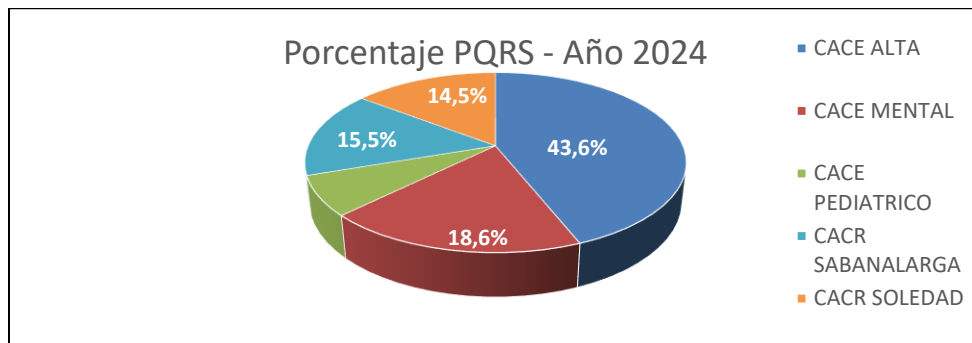
FUENTE: Adaptación propia, extraído de la base de datos de PQRS vigencia 2024, allegado en la carpeta nro. 66. Cohorte de PQRS.

De lo anterior se evidencia que el tipo de PQR que mas concentra es la petición con 1242 seguido por la queja con 120 concentrando el 95%.

Respecto al porcentaje de distribución de PQRS durante la vigencia 2024 en cada una de las sedes, registró lo siguiente:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.875. Distribución participación PQRS año 2024, ESE Universitaria Del Atlántico y Sedes



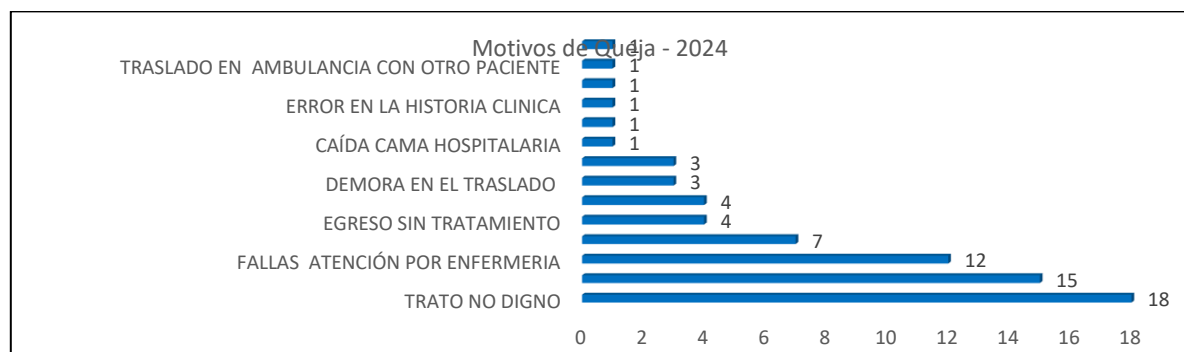
FUENTE: Adaptación propia, extraído de la base de datos de PQRS vigencia 2024, allegado en la carpeta nro. 66. Cohorte de PQRS.

Las sedes con porcentaje representativo de PQRS son: CACE Alta registró 43,6% (624), CACE Mental 18,6% (266), seguido de CACR Sabanalarga 15,5% (222) y CACR Soledad 14,5% (208).

De acuerdo con los datos disponibles, se observó para el año 2024, no se consignó información de identificación del peticionario con 11 usuarios (celdas en blanco), no registró la descripción o clasificación del motivo de la queja y no soportó ni describió la acción realizada para dar solución a la PQR, no registró la respuesta dada al peticionario.

Ahora bien, teniendo en cuenta la descripción de la queja y el registro del servicio donde ocurrió, se procedió a realizar la clasificación y establecer motivo principal de queja, para lo cual de forma aleatoria se tomaron catorce motivos de queja (14), que se representan a continuación:

Imagen nro. 868. Clasificación quejas según motivo principal año 2024



FUENTE: Adaptación propia, extraído de la base de datos de PQRS vigencia 2024, allegado en la carpeta nro. 66. Cohorte de PQRS.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

De estos motivos, 18 están relacionados con **trato no digno** por parte del personal de enfermería y médico, el paciente expresó mal trato verbal y físico en los servicios de urgencias, hospitalización e internación; seguidamente **demora en la atención** para la valoración por médico general como por especialista como es nefrología, ortopedia, cirugía, neurocirugía y hematología; la **fallas de enfermería** contó con 12 casos donde registra que durante la rondas no efectúan los procedimientos de curación, administración de medicamentos, reportaron laceraciones en piel por mal método de administración de medicamentos, no colocación de medicamentos con deterioro de salud del paciente estas situaciones fueron registradas en los servicios de Hospitalización adultos, Cuidado intensivo neonatal, Cuidado intensivo adultos y Cirugía General en el CAC ALTA y Sedes.

Respecto a las **fallas por atención por médico**, se reportaron siete (7) casos, donde menciona un fallecimiento en unidad de cuidado intermedio adultos donde no se comunica esta situación a los familiares en CAC Alta, otros como no diligencia del personal de medicina interna en hospitalización en CACR Sabanalarga, manejo inadecuado de un dolor abdominal en servicio de hospitalización pediátrica en CACR Soledad.

Sobre **egreso sin tratamiento** contó con 4 casos, donde se observó dos casos ocurridos en CACR Sabanalarga, donde dan salida de hospitalización a un paciente por no contar con materiales para la realización de cirugía por ortopedia y otro caso de una usuaria en el servicio de urgencias ordenan salida sin haber realizado procedimiento.

Ahora bien, respecto a las PQRS presentadas durante lo corrido año 2025, las ESE Universitaria del Atlántico y sus sedes contó con un total de 320, discriminadas de la siguiente manera:

Tabla nro.65. Relación PQRS año 2025 ESE Universitaria del Atlántico y Sedes

TIPO PQRS - AÑO 2025	CACE ALTA	CACE MENTAL	CACE PEDIATRICO	CACR SABANALARGA	CACR SOLEDAD	TOTAL
Petición	105	50	25	38	72	290
Queja	4	2	3	3	2	14
Felicitaciones			1	6	1	8
Reclamo de riesgo SIMPLE	3				2	5
Reclamo de riesgo VITAL	1					1
Reclamo riesgo PRIORIZADO			1			1
Sugerencia	1					1
TOTAL	114	52	30	47	77	320

FUENTE: Adaptación propia, extraído de la base de datos de PQRS vigencia 2024, allegado en la carpeta nro. 66. Cohorte de PQRS.

De los datos anteriores, se verificaron veinte (20) casos de queja, dado que no contaron con la clasificación por motivo de queja, el equipo auditor procedió con su clasificación de

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

acuerdo con la descripción y servicio donde ocurrió la inconformidad, evidenciándose lo siguiente:

Tabla nro.66. Clasificación quejas año 2025 ESE Universitaria del Atlántico y Sedes

MOTIVO DE QUEJA - AÑO 2025	CACE ALTA	CACE MENTAL	CACE PEDIATRICO	CACR SABANALARGA	CACR SOLEDAD	TOTAL
FALLAS ATENCIÓN MÉDICA		1	1		1	3
TRATO NO DIGNO	1		1	1		3
DEMORA ATENCIÓN MÉDICA				1	1	2
DEMORA ATENCIÓN POR ESPECIALISTA	2					2
ERROR HISTORIA CLINICA	1				1	2
DESCUIDO ATENCIÓN- PACIENTE FALLECIDO	1					1
EGRESO SIN ACOMPAÑANTE PACIENTE CON PROBLEMAS MENTALES		1				1
EVENTO ADVERSO					1	1
FALLAS ATENCIÓN POR ENFERMERIA	1					1
FALLAS DECISIÓN MEDICA	1					1
FALLAS LA ATENCIÓN MEDICA			1			1
FALLAS SERVICIO ALIMENTACIÓN	1					1
FALTAS INSUMOS PARA CIRUGÍA					1	1
TOTAL	8	2	3	2	5	20

FUENTE: Adaptación propia, extraído de la base de datos de PQRS vigencia 2024, allegado en la carpeta nro. 66. Cohorte de PQRS.

La tabla muestra un total de 20 quejas, donde CACE Alta registró 8 casos, seguidos de CACR Soledad con 5 casos, CACE Pediátrico 3 y CACR Sabanalarga 2 casos.

De la misma manera de las quejas ocurridas en el 2024, en el año 2025, mostró el mismo comportamiento de **fallas en la atención medica** de acuerdo con un caso en CACE Pediátrico en la unidad de cuidados intermedios al señalar que no cumplen con los lineamientos dados por el nefrólogo para el suministro de medicamentos poniendo en riesgo la salud de una menor de edad. Sobre **trato no digno**, es una queja persistente en los servicios de hospitalización, internación por parte del personal de enfermería; demora en la atención médica, en el servicio de urgencias de una paciente con post- cesárea con signos y síntomas.

A continuación, se muestra la descripción textual de cuatro (4) quejas presentadas por los usuarios a la prestación de los servicios en la ESE Universitaria del Atlántico vigencia 2024, en las Sedes CACE Alta y CACR Soledad así:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Tabla nro.67. Descripción queja servicios de CACE Alta y CACR Soledad vigencia 2024

CACE ALTA – Unidad de Cuidado Intermedio Adultos	CACR SOLEDAD – Hospitalización Pediátrica
“EL DIA DE HOY 22 DE NOVIEMBRE DEL 2024 EN LA UCI 2 MI PADRE FALLECIO APROXIMADAMENTE 6:00AM DONDE EL CUERPO MEDICO NO TUBO LA AMABILIDAD DE LLAMARNOS NI COMUNICARNOS DEL FALLECIMIENTO DE MI PADRE SE ENTREGARON 2 NUMEROS TELEFONICOS UN 3023424327 Y EL NUMERO 3023470168 Y A NINGUNO DE LOS DOS TELEFONOS NOS LLAMARON POSTERIOR A ESTO NO HUBO UN BUEN MANEJO DE LOS PASOS A SEGUIR”	Yo VANESSA ALEJANDRA CARDENAS RICO IDENTIFICADA, con cedula No.1.042.426.728 de Soledad Atlántico, (...) 16 años de edad, ingreso por un dolor abdominal que termino en una cirugía de apendicetomía en el Hospital Juan Domínguez Romero UNA, la cual le dieron de alta el día <u>30 de Agosto</u>, mismo día de operada ya que la operaron el mismo día 30 de agosto a la 1:30 AM manifestando un dolor en el costado derecho y cuando se levantaba por lo cual tomamos la decisión de llevarla nuevamente al servicio de urgencia, por lo cual pasado <u>7</u> días la niña persistió el dolor pero más intensamente y una temperatura de 37.5, cirugía y anestesia que esperáramos que se le pasara la reacción y tomara sus medicamento, profundo por lo cual el medico de turno médico general manifestó que era producto de la quedaba sin oxígeno y no podía respirar pertinentes. la valoro el cirujano de turno y mando a hospitalizar para que se le realizaran los exámenes Dos días después de los estudios que le mandaba realizar el cirujano, la dio de alta, ya que no le encontró nada mal en su cirugía, ya que la ecografía de abdomen total y los rayos X no le habían salido ninguna anomalía, dejándola en manos de los pediatras para buscar la causa del dolor de la niña... Pasado el día 8 de septiembre llego a la habitación un médico interno y la pediatra que le hacía unas preguntas a la niña y ella respondió. Al cabo de rato, me dice que la niña tiene una NEUMONIA y envían junto con la pediatra en turno su debida medicación para controlar el dolor que la aquejaba para respirar... El día 9 de septiembre Siendo aproximadamente las 09:00 PM, me acerqué a la pediatra de turno para saber sobre otros estudios médicos que se le habían realizado ese día, ya que ningún médico, solo el de la mañana quien los ordenó me había dado algún reporte donde la pediatra LEISLI MARTÍNEZ BERMUDEZ me dice que está ocupada y en un tono muy poco agradable(...)”
CACE ALTA – Egreso Hospitalización Adultos (Traslado Ambulancia).	CACE ALTA - Urgencias

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

BUENOS DIAS LA PRESENTE ES PARA SENTAR UN PRECEDENTE ACERCA DEL TRASLADO EN AMBULANCIA A UN PROCEDIMIENTO EL DIA 15/07/2024 EN EL CUAL ME TRANSPORTARON JUNTO CON OTRO PACIENTE DE AVANZADA EDAD LA CUAL IBA INCOMODA Y SANGRANDO EN LA SILLA AUXILIAR SOSTENIDA POR SU ACOMPAÑANTE Y POR MI, DE REGRESO ME ENCUENTRO QUE YA NO SOMOS DOS (2) SINO TRES (3) PACIENTES CADA UNO CON SU ACOMPAÑANTE, SE SOLICITO UNA SEGUNDA AMBULANCIA YA QUE ERAMOS DOS (2) LOS QUE REQUERIAMOS CAMILLA, LA AMBULANCIA EN LA QUE NOS LLEVARONSE FUE, QUEDANDO A LA ESPERA DE DOS (2) AMBULANCIAS. MUCHO RATO DESPUES LLEGO UNA SOLA AMBULANCIA PERO SIN CAMILLA EN LA CUAL NOS UBICARON A LOS TRES (3) PACIENTES CON LOS ACOMPAÑANTES DE REGRESO AL HOSPITAL, EN EL CUAL SENTARON EN LA SILLA AUXILIAR A LA PACIENTE DE AVANZADA EDAD, AMARRADA CON UNAS CORREAS A LA AMBULANCIA Y A SU LADO SU ACOMPAÑANTE Y LA OTRA PACIENTE, YO AL TENER UNA CONDICION MEDICA EN LA CUAL NO ME PODIA SENTAR ME VINE DE PIE RECOSTADO SOBRE LA PUERTATRASERA Y AGARRADO DE UN PASAMANOS EN EL TECHO, LA CONDUCCION DEL SEÑOR DE LA AMBULANCIA TAMPOCO FUE LA MEJOR, YA QUE ENCENDIO LAS SIRENAS CONDUCIENDO A ALTA VELOCIDAD, FRENANDO Y ACELERANDO SIN NINGUN REPARO NI DELICADEZA DE LOS PACIENTES (3) QUE TRAIA ATRAS, AL FRENAR LA AMBULANCIA ME SEPARE DE LA PUERTA QUEDANDO DE PIE, AL SENTIR QUE ABRIAN LA PUERTA TRASERA DE LO CONTRARIO HUBIERA CAIDO DE ESPALDA.. SI LO DESEAN TENGO REGISTRO FOTOGRAFICO LO DE ANTERIORMENTE DESCRITO. OTRO PUNTO HA SIDO LA NO COORDINACION DE LOS MEDICOS EN CUANTO A MI ALIMENTACION Y PROCEDIMIENTOS, YA QUE ME HAN ENVIADO EXAMENES QUE NO SE HAN REALIZADO Y EN CUANTO A LA ALIMENTACION UNOS ME DEJAN COMER NORMAL Y OTROS LLEGAN ORDENES DIFERENTES, NO PONIENDOSE DE ACUERDO .DEJANDOME EN OCASIONES SIN COMER Y TENIENDO QUE SALIR A COMPRAR.

"EL MES DE DICIEMBRE DE 2023 PUDE EVIDENCIAR EN EL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD ESTABA MAL ORIENTADO YA QUE PUEDE VER QUE MI HISTORIA CLINICA PRESENTABA ERRORES COMO LA ZONA DE MI CUERPO AFECTADA Y EL LUGAR DONDE ME OCURRIERON LOS HECHOS. **HABLA DE CLAVICULA IZQUIERDA Y ES CLAVICULA DERECHA** Y EL DIA DE LA SALIDA NO RECIBI ORIENTACION ALGUNA O GUIA SOBRE CUIDADOS POSTOPERATORIOS, CUIDADO DE LA HERIDA, RETIRO DE PUNTOS, ESTADO DE LA CUENTA O CORTE DEL SOAT Y COMO SERIA LA ATENCION DESPUES.

Fuente: Tomado de la Base de Datos de PQRS año 2024, anexo en la carpeta nro. 66. Cohorte de PQRS 2024-2025, aportado a la auditoria del 11 al 14 marzo de 2025.

En conclusión, la ESE no realiza la gestión adecuada de las PQR interpuestas por sus usuarios; toda vez que no contó con la descripción de las acciones de mejora para resolver

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

de fondo dicha petición, queja o reclamo, no soportó la respuesta dada al peticionario, no registró fecha de respuesta y no demostró el análisis a los casos objeto de queja o reclamo, como tampoco indicadores de seguimiento o monitoreo, para evaluar desviaciones.

Por consiguiente, la ESE No cuenta con mecanismos que le permitan medir la oportunidad del tiempo de demora de la PQR, lo que no es posible que la institución pueda ajustar los procesos de atención en cada uno de los servicios que presta y mejorar la calidad en la prestación de estos, en las sedes CAC Alta, CAC Mental, CAC Pediátrico y regionales CACR Sabanalarga y CACR Soledad.

Hallazgo nro. 48

La ESE Universitaria del Atlántico, presenta fallas en la gestión del sistema de información y atención al usuario, toda vez que, i) No cuenta con un sistema de información confiable y efectivo que permita la radicación, seguimiento y control de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias de los usuarios, que sea insumo para el plan de mejoramiento de la calidad; incurriendo en el incumplimiento del numeral 2 del artículo 2.10.1.1.5. del Decreto 780 de 2016, Literal b del numeral 3.2 multicanales del Título VII Protección al usuario y Participación Ciudadana del Capítulo Primero Protección Al Usuario de la circular externa 008 del 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, literal L del Artículo 10 de la Ley 1751 de 2015.

2.3.1.10.13 OBSTRUCCIÓN A LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SNS

Posterior al análisis de la información suministrada por la Entidad en cumplimiento del Auto núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025, y precisando que el equipo auditor de la SNS requirió por correo electrónico durante los días 11 al 14 de marzo del 2025, la información, donde la entidad consolidó y entregó los documentos finales en disco duro el día 14 de marzo del 2025, documentación que se valida en detalle y consistencia, permitiendo evidenciar y registrar dentro del cuerpo del presente informe, que lo aportado en algunos requerimientos no es satisfactorio, constituyendo por parte de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, infracciones administrativas al obstruir las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud para el desarrollo de sus funciones de inspección y vigilancia, debido a que, entre otros, la información carece de completitud, calidad, oportunidad, fluidez y transparencia, toda vez que presenta fallas al realizar la consulta, y/o no fue entregada, como se relaciona a continuación:

Tabla nro.68. Requerimientos no aportados o incompletos por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, o con falencias de la calidad de la información, así:

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

N°	Componente	Documento solicitado	Observaciones
14	jurídico	Copia del expediente contractual de los contratos seleccionados en desarrollo de la auditoria de los servicios tercerizados, de muestra seleccionada en desarrollo de la visita con la totalidad de los soportes de la etapa precontractual, contractual y poscontractual (debe incluir prueba de publicación en el SECOP, informes de supervisión e informe de ejecución contractual, acta de liquidación). - 2768-2022 UT UCI PEDIATRICA Y NEONATAL TLANTICO - 2777-2022 SERVICIOS DE ALIMENTACION NP SA - 2778-2022 UNION TEMPORAL SERVICIOS FARMACEUTICOS DEL ATLANTIVO S&D - 0001-2023 UT IMÁGENES DIAGNOSTICAS - 0002-2023 UNION TEMPORAL LABORATORIO ESE UNA ATLANTICO	No se observó el anexo de precios financieros del contrato 002 – 2023.
25	jurídico	Estudio de necesidades de recurso humano para la operación de la ESE (Administrativo-Asistencial)	No corresponde al documento solicitado
27	jurídico	Relación de los convenio docencia y servicios en Anexo denominado " Convenio docencia -servicio "	No entregado
34	Técnico científico	Programación de turnos de los servicios Hospitalización, Unidades de Cuidados Intensivos, Laboratorio Clínico, imágenes diagnóstica, farmacia, cirugía.	Cuadro de turnos de Ginecología esta cortado no permite la visualización del nombre y apellido del profesional responsable del servicio. Cuadro de Turnos de Pediatría , tampoco evidencia nombres y apellidos de los médicos pediatras- Sede CACR Soledad.
37	técnico científico	Listado de usuarios clasificados con triage I y II de los últimos tres meses y hasta el momento de la auditoría, en los que sea posible identificar a niños menores de 5 años con Desnutrición, gestantes, población indígena, usuarios con problemas o trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, salud mental y violencias de género (violencia sexual, violencia intrafamiliar, víctimas del conflicto armado). debe incluir como mínimo hora de ingreso, hora de clasificación, hora de atención por medicina.	Aportan censo de pacientes de enero a marzo 2025, pero no clasifican según tipo de población: Menores de cinco años, gestantes; población indígena, usuarios con sustancias psicoactivas, usuarios con condiciones de salud mental y violencia, no registra hora de clasificación.
38	técnico científico	Historias clínicas completas seleccionadas por el grupo auditor del numeral anterior (TRIAGE), Que contenga soportes como mínimo de: * Hora de ingreso a la entidad. * Historia clínica de clasificación del triage. * Verificación de derechos (admisiones). * Evolución médica de la urgencia hasta la salida del servicio para el hogar u hospitalización. * ordenes médicas, bitácora de referencia y conarreferencia	Entrega incompleta: Se solicitó historias clínicas de triage III VI y V y no fueron entregadas. Se entregó parcialmente puesto que CACE Pediatría se solicitó la historia Nro. y no fue entregada

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

N°	Componente	Documento solicitado	Observaciones
41	técnico científico	Indicadores de referencia y contraerreferencia con análisis de las tendencias, acciones de mejoramiento en desviaciones negativas y soportes de su ejecución.	Documento incompleto, allegan estadísticas de datos numéricos del total de atenciones por servicio y/o especialidad, remisiones y solicitudes. No anexaron los indicadores, análisis de las tendencias, acciones de mejora ante las desviaciones y soportes de la ejecución.
43	técnico científico	Historias clínicas completas seleccionadas por el grupo auditor del numeral anterior, que contenga soportes como mínimo de: * Historia clínica de ingreso a la IPS (Hora de ingreso, evoluciones y notas médicas, bitácora de referencia y contrarreferencia, notas de enfermería) NO EPICRISIS	No anexaron soportes como consentimiento informado para procedimientos, administración de medicamentos.
44	técnico científico	* Documento institucional donde se defina proceso para asignación de citas que incluya atención preferencial para asignación a gestantes, pacientes en condición de discapacidad, pacientes menores de 5 años con desnutrición, adulto mayor. * Documento institucional donde se estableció el procedimiento para medir demanda insatisfecha	No anexó procedimiento para medir la Demanda Insatisfecha.
45	técnico científico	Base de datos de lista de espera y/o de demanda insatisfecha para los siguientes servicios: 1. Programación de citas por especialidades clínicas habilitadas 2. Programación cirugía ambulatoria y hospitalaria Indicando con nombre completo usuario, número de identificación, número de contacto, EPS, servicio solicitado, fecha de solicitud, motivo de no programación.	Anexan Base de Programación de citas del mes de Febrero 2025. No describe el motivo de NO programación, señalan Estado (cumplida o incumplida)
46	técnico científico	Horarios de atención definidos por especialidades clínicas y quirúrgicas habilitadas	Documento no corresponde, no allegan Horarios de atención.
49	técnico científico	Programa institucional de atención a menores con desnutrición aguda moderada y severa y su socialización, que incluya estrategias de atención intra y extramural.	No entregado
56	técnico científico	Cohorte que conte los seguimientos para: 1. Mortalidad materna. 2. Morbilidad Materna Extrema - MME. 3. Mortalidad perinatal y neonatal tardía. 4. Gestantes con seguimiento nominal y permanente. 5. Gestantes con criterios de morbilidad materna extrema con la metodología de la búsqueda activa institucional. 6. Gestantes que solicitan la IVE vigencia 2024 y lo corrido del 2025, indicando cuales pacientes de estas cohortes se realizó efectivamente la IVE y las que desistieron de la IVE indicando las causas	No entregado

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

N°	Componente	Documento solicitado	Observaciones
58	técnico científico	Pantallazo de los reportes relacionados con las atenciones de la cohorte de gestantes de acuerdo con lo establecido en el Plan de Aceleración para la reducción de la mortalidad materna (semanalmente), con copia de los respectivos anexos o soportes que fueron enviados a las entidades competentes (aseguradoras y ET).	No entregado
59	técnico científico	Documento institucional de adopción de las guías de práctica clínica, protocolos listas de chequeo, escalas de alertas tempranas para el manejo de las principales patologías que causan mortalidad materna según el Ministerio de Salud y Protección Social así: -Trastorno hipertensivo asociado al embarazo - Hemorragia obstétrica - Sepsis obstétrica - Evento tromboembólico como causa básica - Embarazo ectópico - Protocolo para el manejo de las pacientes que solicitan la IVE. Vigente. - Otras de acuerdo con la morbi-mortalidad del servicio de ginecoobstetricia de la ESE. <u>Incluir Soporte de socialización, implementación y medición de adherencia al personal de salud, incluyendo personal de entrenamiento y respectivos planes de mejoramiento.</u>	No entregado
60	técnico científico	Soportes de aplicación de instrumento ISABEL (Instrumento Seguridad para la Atención de Emergencias Obstétricas en Línea) por parte del Ente Territorial. Incluyendo plan de mejoramiento de acuerdo con la calificación obtenida. Si es mayor de 60 % control a los 15 días por el Ente Territorial de Salud	No entregado
61	técnico científico	Indicadores de la Resolución 3280 de 2018 con relación a la atención de la población materno perinatal: Proporción de mujeres con profilaxis o suplementación con ASA (ácido acetil salicílico). Proporción de gestantes con diagnóstico de alto riesgo obstétrico valoradas y en seguimiento por Ginecobstetricia. Proporción de mujeres que reciben consulta del control del puerperio (3 a 5 días postparto). Proporción de recién nacidos con atención para el seguimiento entre 3 y 5 días. Otros que le apliquen a la ESE de acuerdo a su complejidad	No entregado
69	técnico científico	Adopción e implementación de las prácticas seguras establecidas normativamente.	No entregado
83	Financiero	Certificación suscrita por Representante Legal y Revisor Fiscal sobre el total de transferencias y subvenciones recibidas durante 2024. Especificar cómo mínimo: fecha, tipo (transferencia o subvención), valor, fecha de reconocimiento contable, cuenta contable en la que se reconoció y destinación de los recursos.	No entregado
86	Financiero	Presupuesto aprobado y modificaciones al mismo, con los respectivos actos administrativos	No se suministró la totalidad de actos administrativos de adición y traslado de presupuesto de 2024

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

N°	Componente	Documento solicitado	Observaciones
93	Financiero	Resolución de cuentas por pagar	Falta 2024
106	Riesgos	Pronunciamiento del gerente sobre los informes presentados al seguimiento de los subsistemas de administración de riesgos a la Junta Directiva y los resultados de la evaluación de las políticas, límites, grado de cumplimiento y el nivel de exposición a los diferentes riesgos a los que se ve expuesta la entidad.	No entregado
111	Riesgos	Plan de Continuidad del negocio	No entregado
113	Riesgos	Base consolidada de eventos de riesgo operativo materializados a la fecha.	No entregado
115	Riesgos	Flujo de caja y relación de la información que se reporta a través del FT018	No entregado
116	Riesgos	Informes de riesgo de liquidez (en el que se evidencie el seguimiento a las medidas establecidas)	No entregado
134	técnico científico	6.Proceso de contingencia sobreocupación Sabanalarga	No entregado
168	jurídico	Relacion y soportes de actas de seguimiento por parte de OGC a la SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. &. D	No entregado
177	Financiero	Detalle del inventario registrado contablemente en la cuenta 15 que incluya como mínimo: cuenta contable, concepto, valor, área de la ESE en el que se encuentra ubicado el activo, deterioro (si aplica)	No entregado
195	Financiero	Soportes solicitados en reunión sostenida el día 13/03/25 con Gerencia y demás funcionarios (titular la carpeta como: Reunión Marzo 13) * Soportes del área de cartera sobre no respuesta de ERP * Respuesta a Revisoría Fiscal sobre tema de inventarios y demás respuestas que emitidas * Soportes relacionados con recepción de la PPYE * Informe inicial del área contable sobre recepción de información de anterior contador e informes realizado ante la Junta Directiva * Documento explicativo sobre la dinámica y variación material de las siguientes cuentas contables: 249055, 2790, 73, 480890, 589090 * Documento explicativo sobre reconocimiento contable del proceso de contratación por OPS hasta el pago y terminación de los contratos.	No se entregó lo siguiente: * Soportes del área de cartera sobre no respuesta de ERP * Informe inicial del área contable sobre recepción de información de anterior contador e informes realizado ante la Junta Directiva
209	técnico-científico	Solicito a continuación las siguientes historias clínicas CC 1041890985 CC 32830487 CC 22457267 CC 1042427645	Incompleto
211	técnico-científico	Historia clínica con todos sus anexos de los Usuarios: 23193341, 23132450, 22986258, VEN26174978, 1046692697, 72143386	faltaron las siguientes: 1046692697, 72143386

Fuente: Diseño propio adoptado de la revisión y evaluación de la información entregada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, durante auditoría realizada mediante Auto nro. núm.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo nro. 49

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, obstruye las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia, toda vez que, la información detallada en la tabla nro.68 no fue entregada de manera completa o no corresponde a lo solicitado, incumpliendo las instrucciones de entrega de información durante el desarrollo de la auditoria, incurriendo en el incumplimiento en los numerales 11, 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de Ley 1949 de 2019.

2.3.2 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

En este capítulo se realizará pronunciamiento respecto al seguimiento del plan de mejoramiento producto de la auditoría realizada en la vigencia 2024 mediante Auto nro. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024 y el cual fue aprobado con oficio nro. 20244100301413071 del 17 julio de 2024 y se encuentra en ejecución, cuyas acciones de mejora cumplan las siguientes condiciones:

- Acciones de mejora que se encuentren inoportunas, respecto a la fecha de finalización descrita en el plan de mejoramiento
- Acciones que luego de análisis y lo evidenciado en campo, se identifique que no alcanzan a ser implementadas para mayo-2025, fecha en la que finaliza la ejecución del PM

COMPONENTE ADMINISTRATIVO LEGAL

Hallazgo Nro. 4

“El Gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO celebró los contratos nros. 2768-2022 y 001-2023 en condiciones de posible desequilibrio contractual en contra de la ESE, lo que podría conllevar a la materialización de un detrimento o daño patrimonial. Esto, acorde con lo dispuesto en la Ley 610 del 2000”.

Respecto del hallazgo nro. 4, y tal como se señaló en capítulos previos del presente informe, se evidenció que la ESE no entregó durante la auditoría los soportes relacionados con la suscripción de otrosíes que modificaran las cláusulas que contienen las formas de pago estipuladas en los contratos Nro. 2768-2022 y 001-2023 de los aliados Unión Temporal UCI Pediátrica y Neonatal del Atlántico y Unión Temporal Sociedad de Ayudas Diagnósticas del Atlántico respectivamente, hecho que genera incertidumbre acerca del cumplimiento de la acción de mejora aprobada la cual cuenta con fecha de terminación el próximo 21 de mayo de 2025.

Adicionalmente, la existencia del Otro Sí aclaratorio 1 suscrito por la Unión Temporal Servicios Farmacéuticos del Atlántico S & D, confirma la permanencia de cláusulas que

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

generan desequilibrio financiero al estipular pagos fijos mensuales por la operación de los servicios, indistintamente del cumplimiento de las obligaciones pactadas.

Lo anterior, aunado a la continuidad en los pagos a dichos aliados aun cuando se han identificado alertas de incumplimiento por parte de la firma de interventoría O&G Negocios y Consultorías S.A.S., y considerando el déficit presupuestal generado desde el inicio de la operación de la ESE, exponen serios indicios de la materialización de un detrimento patrimonial.

Observación Nro. 01

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO ha mantenido las conductas conducentes a la materialización de un posible detrimento patrimonial, al incluir en las cláusulas contractuales de sus aliados, formas de pago que generan desequilibrios contractuales que implican pagos sin sujeción al cumplimiento de obligaciones pactadas.

En lo concerniente, al componente sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos para los hallazgos nro.7,8,10,11,12,13,14 y 28 se describe el estado actual para cada uno:

“(...) Hallazgo nro. 7

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no cuenta con las matrices de riesgos que dan cuenta de la implementación de las etapas que comprenden el ciclo de gestión de riesgos, ni con un perfil de riesgo inherente y residual que revele el nivel de riesgo de la entidad y la evolución del perfil de riesgo a partir de los planes de tratamiento de riesgos implementados, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 5.2.3.2 de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021, así como en el literal B y en el numeral 2, literal k), del capítulo II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021.

Hallazgo nro. 8

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no cumple con los deberes de divulgación de información y capacitaciones en relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos establecidos en los numerales 4, 5.1, 5.3, 7, 7.2 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021 y los numerales 5.1.9 y 5.2.3.5.4.2. de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme se indica a continuación:

- No incluye en las notas a los estados financieros un aparte sobre la gestión adelantada en materia de administración de riesgos, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 7.2 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021.*
- No cuenta con los informes de evaluación de los subsistemas de administración de riesgos, incumpliendo los numerales 4 y 5.3 del acápite II-I de la Circular Externa nro.*

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

20211700000004-5 de 2021 y los numerales 5.1.9 y 5.2.3.5.4.2. de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.

- Para la vigencia 2023 no cumplió con su deber de capacitar a todo su personal en relación con todos los Subsistemas de Administración de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, infringiendo el numeral 7 del acápite II-I de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

No cuenta con el pronunciamiento del gerente sobre los informes presentados al seguimiento de los subsistemas de administración de riesgos a la Junta Directiva, así como lo concerniente a los resultados de la evaluación de las políticas, límites, grado de cumplimiento y el nivel de exposición a los diferentes riesgos a los que se ve expuesta la entidad, incumpliendo lo señalado en el literal d) del numeral 4 y en el literal d) del numeral 5.1 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021.

Hallazgo nro. 10

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO incumple deberes relacionados con el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FADM, establecidos en los numerales 5.2.2 y el 5.2.2.2.1, 5.2.2.2.6.1, 5.2.2.2.6.2., 8.2.1., 8.2.2., 8.2.3., 8.2.4. y 8.2.5. de la Circular Externa nro. 009 de 2016, modificada por la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Hallazgo nro. 11

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, desde el 5 de enero de 2023 (fecha de salida de la anterior Oficial de cumplimiento) y a la fecha de la auditoría, no contó con Oficial de Cumplimiento debidamente designado, dado que el acto administrativo de designación (Acuerdo 042 del 5 de febrero de 2024) no se encontraba suscrito por el presidente de la Junta Directiva, que en este caso, es el gobernador del Atlántico o su delegado, incumpliendo con ello lo dispuesto en los numerales 4 y 6.2 de la Circular Externa 009 de 2016, modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, y el artículo 12 del Decreto 1876 de 1994, compilado en el artículo 2.5.3.8.4.2.8. del Decreto 780 de 2016.

Hallazgo nro. 13

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no cuenta con una herramienta de proyección de flujo de caja con el fin de establecer las necesidades de liquidez, posición neta de liquidez y margen de liquidez, así como para monitorear y gestionar el riesgo de liquidez asociado al desarrollo de sus actividades, incumpliendo de esta manera el numeral 5.1.2.1 del capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

Hallazgo nro. 14

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO incumple deberes relacionados con el Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción,

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Opacidad y Fraude -SICOF, establecidos en los numerales 5.2.2., 5.2.2.4. y 5.2.3.5.3 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme se indica a continuación:

- *No cuenta con las metodologías para la medición de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 5.2.2. de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.*
- *No cuenta con indicadores para monitorear el riesgo de corrupción, opacidad y fraude, incumpliendo lo dispuesto en el literal b) del numeral de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.*
- *No ha elaborado un plan de acción del SICOF, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 5.2.3.5.3 de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.*

Hallazgo nro. 28

El gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no entregó parte de la documentación e información solicitada durante la auditoría ordenada mediante el Auto nro. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024 en los términos y condiciones expresamente señalados, lo que constituiría una posible incursión en las infracciones establecidas en los numerales 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019 (...).

Lineamientos Generales - Matrices de Riesgos

Conforme lo establece el literal 5.2.3.2 de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021, a través del cual se indica la importancia de contar con instrumentos tales como la matriz de riesgos, en la que se refleje la implementación de las etapas del ciclo de gestión de riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. Además, se considera que esta herramienta es fundamental para los demás subsistemas de riesgos descritos en la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021, coadyuvando en la implementación de un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

En ese sentido, en el desarrollo de la auditoría de la vigencia 2024, se formuló el siguiente hallazgo:

“Hallazgo nro. 7: La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no cuenta con las matrices de riesgos que dan cuenta de la implementación de las etapas que comprenden el ciclo de gestión de riesgos, ni con un perfil de riesgo inherente y residual que revele el nivel de riesgo de la entidad y la evolución del perfil de riesgo a partir de los planes de tratamiento de riesgos implementados.”

En atención a lo descrito, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estableció la siguiente acción con fecha de finalización del 21 de mayo de 2025:

“1. Diseñar e implementar una matriz de riesgo de cada subsistema en la que quede registrado: las causas y consecuencias de cada riesgo identificado, la evaluación por

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

PROBABILIDAD e IMPACTO, la definición del nivel de riesgo inherente después de evaluados los riesgos, la definición de nivel de riesgo residual posterior a la evaluación de efectividad de controles.

2. Socializar matrices de riesgo al personal relacionado directamente con cada una de las etapas de los Subsistemas de Riesgo en E.S.E. Universitaria del Atlántico y a los responsables de su monitoreo.”

En ese orden de ideas, esta Superintendencia efectuó primer y segundo seguimiento a dichas acciones, y se generaron comentarios, las cuales fueron notificadas mediante radicados nros.20244100302884291 y 20254100300428021 y reiteradas a través de la sesión virtual del 13 de marzo, así:

“Respecto a la observación que se indicó en el primer seguimiento: “Se evidenció en la matriz institucional que los controles que se documentan corresponden a acciones que se plantean hacer a futuro, pero no se levantaron los controles ejecutados a la fecha para mitigar los riesgos. En ese sentido, se infiere que el nivel de riesgo inherente y residual es igual y que ante la ausencia de controles, se han materializado la mayoría de los riesgos en la ESE. Revisar si esta presunción es correcta.” Se subsanó lo planteado, sin embargo, se sugiere mejorar la redacción de los controles, indicando de manera específica y concreta cual es la actividad que se va a desarrollar, la periodicidad y la evidencia que queda de la ejecución del control. Además, diseñar los controles que se encuentran pendientes. Durante el 2025 deben trabajar en los planes de tratamiento de los riesgos que están fuera del apetito de riesgo aprobado por la administración.

(...)

•Se espera que el ciclo de gestión de riesgos abarque todos los procesos de la ESE para el cierre de este plan de mejoramiento. Se mantiene la observación.

•En el acta nro 19 solo se evidenció capacitación a tres funcionarios, se debería difundir esta información a todos los involucrados. Se mantiene la observación.

•En cronograma anexo de reunión de expertos se programó reunión para la última semana de enero de 2025 sobre la tematica “Identificación y evaluación de riesgos de Salud”, sin embargo no se anexan soportes.

Por otra parte, en el marco de la auditoría 2025, se solicitó:

- a) Evaluación de la efectividad de los controles.
- b) Matriz de riesgos para todos los procesos de la ESE.

Así las cosas, se verificó la entrega de dicha información evidenciando que la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico allegó el mismo documento del segundo seguimiento, el cual es: “1. FT-GR-003 MATRIZ DE RIESGOS (Versión 2025)” y un documento adicional denominado “Certificación gerencia gestión de subsistemas”, soportes que serán objeto de revisión del último seguimiento en el marco del plan de mejoramiento debidamente aprobado por esta superintendencia, por lo que resulta improcedente evaluar este tema en el marco de la auditoría integral ordenada mediante el Auto nro.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

No obstante, llama la atención que, pese a que existen unos meses de plazo para el cierre del plan de mejoramiento, el compromiso de realizar la evaluación de la efectividad de los

	AUDITORÍAS		CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA		VERSIÓN	01
			FECHA	16/09/2022

controles y la implementación del ciclo de gestión de riesgos a todos los procesos no se cumplió la actividad conforme se estableció para la vigencia 2024. Sumado a esto, es de anotar que en el Informe de Control Interno correspondiente al segundo semestre de 2024, se advirtió:

Imagen nro. 87. Informe sobre la Evaluación del Sistema de Control Interno - II Sem 2024

Nombre de la Entidad Periodo Evaluado		EBE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO SEGUNDO SEMESTRE VIGENCIA 2024	
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad 73%	
Conclusiones generales sobre la evaluación del Sistema de Control Interno			
¿Existen todos los instrumentos necesarios para el control interno (políticas, procedimientos, manuales, etc.)?	En proceso	La ESE Universitaria del Atlántico a partir de su creación bajo decreto ordenanza 372 de 27 de Octubre de 2021, ha venido construyendo instrumentos soporte para su funcionamiento, para generar un ambiente de control al interior de la institución. Cuenta con una plataforma estratégica, adaptada y divulgada a su talento humano, ha legislado comités institucionales a través de los cuales hace seguimiento a las estrategias, planes y programas. Se han documentado algunas políticas institucionales como parte del proceso de implementación de MPEI. Sin embargo, sigue pendiente generar la documentación y normalización de manuales, procesos y procedimientos y la interacción de estos con los subsistemas de gestión del riesgo, que son vitales para fomentar una cultura de control y contención del riesgo.	
¿Se establece un sistema de control interno para los procesos de la entidad?	No	El sistema de Control Interno de la ESE aun se encuentra en proceso de construcción, opera pero con algunas deficiencias dado que a pesar de haber constituido el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y los instrumentos para la implementación del MECI y las líneas de defensa, todavía están pendientes instrumentos de control como son los característicos de los procesos de la entidad, los procedimientos documentados de algunos procesos críticos y manuales de gestión, para a través de estos formalizar las actividades de control y sus respectivos responsables, lo que redundará en alertas ante posibles situaciones de riesgo o desviaciones de los objetivos institucionales.	
La entidad cuenta dentro de su estructura organizacional con una estructura organizacional que permita la implementación del sistema de control interno?	Si	La ESE UNA cuenta con una estructura organizacional producto del reordenamiento de la Filial de Salud del Departamento. Se han definido los niveles directivos, operativo y técnico para su funcionamiento. Mediante acuerdos de junta directiva han sido adoptados la planta de personal y el manual de funciones y competencias. A través de la Resolución 002 de 17 de Enero de 2022 se crea y Reglamenta el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cual, en su registro de Acta 001/2022 aprueba la Política de Control Interno de la ESE, donde se definen las líneas de defensa de la entidad. Sin embargo, la primera línea de defensa la conforman los servidores que ostentan un cargo de responsabilidad (Director Técnico o quien haga sus veces), Sin Linea, Jefe Oficina Asesora de Planeación, o quienes hagan sus veces, los Subgerentes, los coordinadores de sistemas de gestión, gerentes de riesgos (en el caso que se defina dentro de la planta de personal), Idemas o directores de los procesos de contratación, financiera y de TIC. Sin Linea, Jefe Oficina de Control Interno.	

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de cumplimiento	Grado de cumplimiento	Detalle del componente presente y funcionando	Detalle del componente pendiente y no funcionando
Ambiente de control	Si	73%	73%	Deficiencias: Algunos procesos siguen pendientes de formalizar la documentación y la producción de manuales para el control de los riesgos mayores.	Deficiencias: La ESE aun no ha formalizado la política de control interno de Rengue, se son tiempos ha diligenciar los manuales para su implementación.
Evaluación de riesgos	Si	80%	20%	Deficiencias: Aun se ha materializado la primera evaluación de los riesgos de gestión de la ESE aprobada en el segundo semestre de la vigencia 2024, y se espera de finalizar la segunda evaluación de los riesgos de la ESE, lo cual va a permitir generar un ambiente de control fuerte y consistente.	Deficiencias: Aun no se ha formalizado la política y el seguimiento de los temas de riesgos de gestión de los procesos descritos en el mapa de procesos de la entidad. Deficiencias: La ESE ha dispuesto de la contratación de talento humano para el desarrollo de la evaluación de riesgos.

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 81 "1. Evaluación Ind SCI 2do Sem 2024"

Divulgación de Información y Capacitaciones Gestión de riesgos en las notas a los estados financieros

En lo relacionado con los informes que se deben considerar como parte de la divulgación de la gestión en materia de riesgos, el numeral 7.2 del capítulo II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021 destaca que se debe incorporar en las notas a los estados financieros (revelaciones) la gestión adelantada en materia de gestión de los riesgos prioritarios enunciados en la circular anterior.

Informes Auditoría Interna y Revisoría Fiscal

En lo referente a los informes que debe presentar la Auditoría Interna y la Revisoría Fiscal sobre la evaluación y/o revisión al sistema integrado de gestión de riesgos, el numeral 5.3 del capítulo II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021 reglamentó dicha instrucción. Asimismo, en el literal e. del numeral 4 del capítulo II-I de la misma circular, se destaca que estos informes deben estar dentro de la documentación para la gestión de riesgos.

Aunado a lo anterior, respecto al subsistema de riesgo de corrupción, opacidad y fraude, el numeral 5.2.3.5.4.2. de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021, indica los

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

deberes respecto a la evaluación periódica de la efectividad y cumplimiento de las etapas y elementos del SICOF y la presentación de los resultados a los órganos competentes. Para el caso del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, el numeral 5.1.9 de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021 señala las funciones de la Auditoría Interna respecto a la evaluación de las etapas y elementos del SARLAFT y presentación de dichos resultados.

Capacitaciones sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos

El numeral 7 del capítulo II-I de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 establece que es deber de las IPS de los grupos B, C1, C2 y D1 capacitar a todo su personal en relación con todos los Subsistemas de Administración de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, en los siguientes términos:

En consecuencia, en el desarrollo de la auditoría de la vigencia 2024, se formuló el siguiente hallazgo abarcando el incumplimiento de los lineamientos anteriormente enunciados:

“Hallazgo nro. 8: La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no cumple con los deberes de divulgación de información y capacitaciones en relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos establecidos en los numerales 4, 5.1, 5.3, 7, 7.2 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021 y los numerales 5.1.9 y 5.2.3.5.4.2. de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme se indica a continuación:

- No incluye en las notas a los estados financieros un aparte sobre la gestión adelantada en materia de administración de riesgos, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 7.2 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021.*
- No cuenta con los informes de evaluación de los subsistemas de administración de riesgos, incumpliendo los numerales 4 y 5.3 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021 y los numerales 5.1.9 y 5.2.3.5.4.2. de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.*
- Para la vigencia 2023 no cumplió con su deber de capacitar a todo su personal en relación con todos los Subsistemas de Administración de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, infringiendo el numeral 7 del acápite II-I de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.*
- No cuenta con el pronunciamiento del gerente sobre los informes presentados al seguimiento de los subsistemas de administración de riesgos a la Junta Directiva, así como lo concerniente a los resultados de la evaluación de las políticas, límites, grado de cumplimiento y el nivel de exposición a los diferentes riesgos a los que se ve expuesta la entidad, incumpliendo lo señalado en el literal d) del numeral 4 y en el literal d) del numeral 5.1 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021.”*

De modo que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estableció las siguientes acciones con fecha de finalización del 21 de mayo de 2025:

- “1. Incluir en notas de estados financieros apartado sobre gestión de riesgos financieros identificados y la efectividad de los controles formulados para disminuir el impacto de los mismos.*

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

2. Evaluaciones periódicas de auditoría interna de la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF y SARLAFT; dirigido a representante legal y junta directiva.

3. Evaluación externa anual (Revisor fiscal) dirigido a junta directiva sobre el cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT y SICOF. Comunicar a Oficial de cumplimiento inconsistencias encontradas.

4. Realizar informes donde se exponga la efectividad de la gestión del riesgo por parte del Oficial de cumplimiento durante el periodo analizado y presentarlo semestralmente a la gerencia de la E.S.E. Universitaria del Atlántico y anualmente a Junta directiva.

Asimismo, esta Superintendencia efectuó primer y segundo seguimiento a dichas acciones, y se generaron comentarios, que fueron notificados mediante radicados nros. 20244100302884291 y 20254100300428021 y reiteradas a través de la sesión virtual del 13 de marzo, así:

“Se mantienen las mismas observaciones del primer seguimiento, así:

Faltan soportes sobre lo siguientes puntos:

**Notas a los estados financieros.*

** Informes de evaluación de los subsistemas de administración de riesgos.*

**Capacitación a todo su personal. No olvidar adjuntar soportes de evaluación de la efectividad de la capacitación*

** Pronunciamiento del gerente sobre los informes presentados al seguimiento de los subsistemas de administración de riesgos a la Junta Directiva y los resultados de la evaluación de las políticas, límites, grado de cumplimiento y el nivel de exposición a los diferentes riesgos a los que se ve expuesta la entidad”*

Por su parte, en el marco de la auditoría 2025, se solicitó:

- Actas de reuniones donde se hayan hecho seguimiento a los riesgos.
- Notas a los estados financieros.
- Informes de evaluación de los subsistemas de administración de riesgos.
- Pronunciamiento del gerente sobre los informes presentados al seguimiento de los subsistemas de administración de riesgos a la Junta Directiva y los resultados de la evaluación de las políticas, límites, grado de cumplimiento y el nivel de exposición a los diferentes riesgos a los que se ve expuesta la entidad.
- Informes expedidos por la Revisoría Fiscal (diferentes al dictamen).
- Informes expedidos por el área de Control Interno

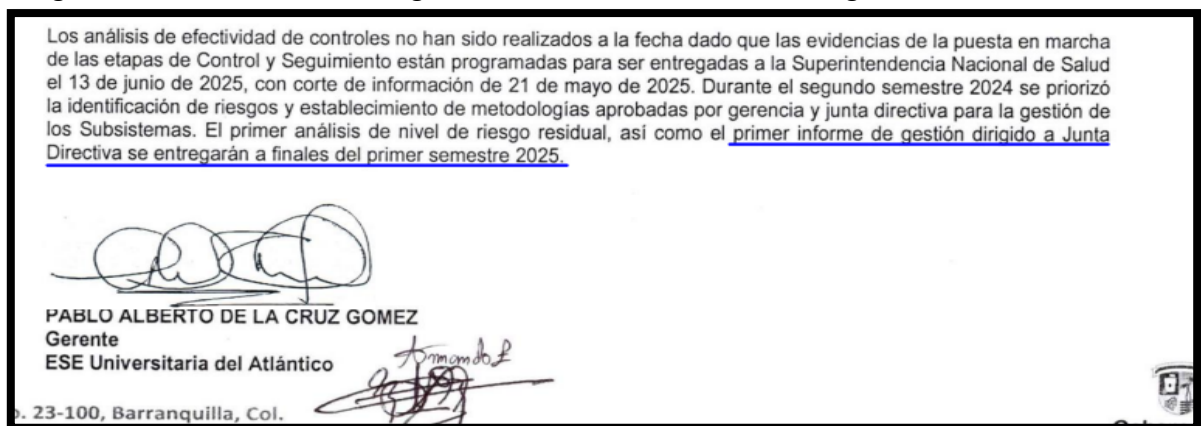
Por consiguiente, se verificó la entrega de dicha información evidenciando que la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico allegó información adicional a la entrega en el segundo seguimiento, tales como: actas de seguimiento, notas de carácter general y específico, informes de evaluación, evidencias de capacitación, Certificación gestión de los subsistemas de riesgos firmada por el Gerente, Dictamen del Revisor Fiscal e Informes de la Oficina de Control Interno. La anterior información, será objeto de revisión del último seguimiento en el marco del plan de mejoramiento debidamente aprobado por esta superintendencia, por lo que resulta improcedente evaluar este tema en el marco de la

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

auditoría integral ordenada mediante el Auto nro.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

No obstante, llama la atención que, pese a que existen unos meses de plazo para el cierre del plan de mejoramiento, que no se allegaron evidencias para el segundo seguimiento y que los soportes entregados en respuesta al requerimiento de información realizado en el marco de la auditoría de la vigencia 2025, no acreditan el cumplimiento de la instrucción relacionada con el pronunciamiento del Representante Legal e informe a la Junta Directiva sobre los informes de evaluación de **todos** los subsistemas de gestión de riesgos prioritarios, considerando que en la documentación aportada no se observó nada relacionado con los riesgos financieros y tampoco detalle sobre el cumplimiento de las políticas, los límites establecidos para cada riesgo. Además, considerando que la IPS allegó certificación firmada por el Gerente, en el que confirma la no realización de esta actividad, así:

Imagen nro. 88. Certificación gestión de subsistemas de riesgos



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 106 "Certificación gerencia gestión de subsistemas"

En consecuencia, se precisa que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO continúa incumpliendo con los numerales 5.1 literal d) y 7.2 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021 y los numerales 5.1.9 y 5.2.3.5.4.2. de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021, emanadas por la Superintendencia Nacional de Salud, preceptos relacionados con el pronunciamiento del Representante Legal frente a los informes periódicos de seguimiento a la efectividad de todos los sistemas de gestión de riesgos y la presentación de los resultados de estos monitoreos, junto con los informes realizados por los órganos de control a la Junta Directiva.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Lineamientos específicos

Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FADM

A través de la Circular Externa nro. 009 de 2016, modificada por la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021, la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

De manera particular frente a las instrucciones sobre el numeral 5.2.2.2.6.2 de la Circular Externa nro. 009 de 2016, adicionado por la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021 relacionado con la segmentación de factores de riesgos, el numeral 5.2.2. asociado a los procesos y procedimientos y el numeral 8. Reportes de la Circular Externa nro. 009 de 2016, en el desarrollo de la auditoría de la vigencia 2024, se formularon los siguientes hallazgos:

“Hallazgo nro. 10 La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO incumple deberes relacionados con el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FADM, establecidos en los numerales 5.2.2 y el 5.2.2.2.1, 5.2.2.2.6.1, 5.2.2.2.6.2., 8.2.1., 8.2.2., 8.2.3., 8.2.4. y 8.2.5. de la Circular Externa nro. 009 de 2016, modificada por la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme se indica a continuación:

- No se han formulado indicadores para identificar señales de alertas que den indicio de posibles operaciones sospechosas o inusuales y/o detecten operaciones que se escapen del giro ordinario, ni ha establecido mecanismos de monitoreo a la información consolidada de las operaciones efectuadas por aquellas personas naturales o jurídicas pertenecientes o no al SGSSS, incumpléndose lo dispuesto en el numeral 5.2.2.2.6.1 de la Circular Externa nro. 009 de 2016, modificada por la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.*
- Dentro de la etapa de identificación de riesgo LAFT no se han diseñado procedimientos y/o metodologías para la segmentación de los factores de riesgo, que permita a la entidad conocer las características, valores y demás atributos asociados al tipo de transacciones. Por lo tanto, la identificación de riesgos y la implementación de controles no será eficiente al no contar con la información que permita determinar las fuentes de riesgo a las que se expone la entidad en el desarrollo de sus actividades, incumpléndose lo dispuesto en el numeral 5.2.2.2.6.2. de la Circular Externa nro. 009 de 2016, modificado por Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.*
- No se realiza una debida diligencia basada en la segmentación de factores de riesgo, porque la entidad no cuenta con esta. Asimismo, no cuenta con políticas que indiquen los grupos exonerados de la debida diligencia y la inclusión de la validación en listas internacionales vinculantes para Colombia, infringiéndose los numerales 5.2.2 y el 5.2.2.2.1 de la Circular Externa nro. 009 de 2016, modificado por Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.*
- No se efectuó la totalidad de los reportes obligatorios a la UIAF correspondientes a la vigencia 2022 y se llevaron a cabo de manera extemporánea los correspondientes a la vigencia 2023 (transacciones Individuales y múltiples en efectivo para pago de*

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

procedimientos médicos y transacciones Individuales y múltiples en efectivo relacionadas con pago a proveedores), incumpliendo de esta manera los numerales 8.2.1., 8.2.2., 8.2.3., 8.2.4. y 8.2.5. de la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.”

En virtud de lo anterior, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estableció las siguientes acciones con fecha de finalización del 21 de mayo de 2025:

- “1.Diseñar e Implementar los nuevos procedimientos y metodologías de segmentación de factores de riesgos, priorizando las áreas críticas de la entidad y expandiéndolas gradualmente a lo largo de toda la organización.*
- 2.Desarrollar instrumento para Identificar las posibles señales de alerta que podrían indicar operaciones sospechosas o inusuales dentro del contexto de la organización y sus operaciones.*
- 3.Realizar en los tiempos establecidos los reportes obligatorios al SIREL y UIAF.”*

De igual manera, esta Superintendencia efectuó primer y segundo seguimiento a dichas acciones, cuyo resultado fueron los comentarios remitidos mediante radicados nros.20244100302884291 y 20254100300428021 y reiterados a través de la sesión virtual del 13 de marzo, así:

“En lo referente a los procedimientos sobre la segmentación de factores de riesgo y debida diligencia, se recomienda para los próximos seguimientos que el factor de riesgo jurisdicción sea más concreto, de tal manera que oriente a quien debe realizar este análisis. Asimismo, se solicita adjuntar los formatos GT-GR-021, FT-GR-022 y FT-GR-025 para que esta SNS lo conserve como soporte a la acción de mejoramiento a este hallazgo. En lo concerniente a la debida diligencia basada en la segmentación no se allegaron soportes.”

Por su parte, en el marco de la auditoría 2025, se solicitó:

- Formatos GT-GR-021, FT-GR-022 y FT-GR-025.
- Segmentación de factores de riesgo.
- Debida diligencia basada en la segmentación de factores de riesgos.

En ese orden de ideas, se verificó la entrega de dicha información evidenciando que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO allegó el mismo documento denominado “17. Acta No 039 Socialización procedimiento debida diligencia y conocimiento cliente”, adicionalmente entregó los formatos GT-GR-021, FT-GR-022 y FT-GR-025 y los documentos denominados: “PT-GR-001 PROCEDIMIENTO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE” y “IN-GR-001 CONTRAPARTES - ACTUALIZACIÓN CONTRAPARTES P NATURAL – JURIDICA”. Asimismo, es preciso señalar que no aportó evidencia de la Debida diligencia basada en la segmentación de factores de riesgos.

Considerado lo anterior, indicamos que en lo concerniente a los formatos y procedimientos no nos pronunciaremos, ya que estos serán objeto de revisión del último seguimiento en el marco del plan de mejoramiento debidamente aprobado por esta superintendencia, por lo

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

que resulta improcedente evaluar este tema en el marco de la auditoría integral ordenada mediante el Auto nro.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Ahora bien, en lo relacionado a la Debida Diligencia basada en la segmentación de factores de riesgo, pese a que existen unos meses de plazo para el cierre del plan de mejoramiento, el compromiso de implementar procedimientos de segmentación aprobados por la Junta Directiva no se alcanzará debido a los pasos que debe surtir antes de su aprobación y luego se tomará un tiempo adicional el despliegue de dicha instrucción en la entidad. Así las cosas, se podría decir que la debida diligencia a partir de la segmentación de factores de riesgos no se ha aplicado a los terceros contratados a la fecha de este informe porque no se cuenta con ella. Sumado a esto, es de anotar, que el Revisor Fiscal señaló en su informe del 6 de febrero de 2025 lo siguiente:

Imagen nro. 89. Informe Revisor Fiscal ENERO 2025

- En la resolución No 040 del 31 de mayo del 2024 designaron al oficial de cumplimiento SARLAFT Y SICOF que fue seleccionado antes de tener el subsistema implementado. La revisoria fiscal solicito los reportes en enviados a la UIAF para verificar su cumplimiento oportuno; solo se evidencia la presentación oportuna hasta el mes de septiembre. **No se recibió evidencia del debido proceso de la vinculación de proveedores, clientes y prestadores de servicio, solo se recibió los formatos de vinculación.**

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 80 "1. ESEUNA_INFORME MES DE ENERO 2025"

En consecuencia, se advierte que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO continúa incumpliendo los numerales 6.1 literal i) y el 5.2.2.2.2.6.2 de la Circular Externa nro. 009 de 2016 modificada por la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por su parte, en lo tocante al Oficial de Cumplimiento SARLAFT/FPADM, de acuerdo con lo señalado en los numerales 4 y 6.2 de la Circular Externa 009 de 2016, modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO debe contar con este funcionario, el cual debe ser designado por la Junta Directiva, conforme lo dispone el literal e) del numeral 6.1 de la Circular Externa 009 de 2016, modificado por el numeral 5.1.7. de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021. Además, este cargo debe cumplir con los requisitos establecidos a través del numeral 6.2.1 de la misma normativa.

En el desarrollo de la auditoría de la vigencia 2024, se formuló el siguiente hallazgo:

"Hallazgo nro.11 La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, desde el 5 de enero de 2023 (fecha de salida de la anterior Oficial de cumplimiento) y a la fecha de la auditoría, no contó con Oficial de Cumplimiento debidamente designado, dado que el acto administrativo de designación (Acuerdo 042 del 5 de febrero de 2024) no se encontraba suscrito por el presidente de la Junta Directiva, que en este caso, es el gobernador del Atlántico o su delegado, incumpliendo con ello lo dispuesto en los numerales

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

4 y 6.2 de la Circular Externa 009 de 2016, modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, y el artículo 12 del Decreto 1876 de 1994, compilado en el artículo 2.5.3.8.4.2.8. del Decreto 780 de 2016.”

De conformidad, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estableció la siguiente acción con fecha de finalización del 31 de agosto de 2024:

“Aportar acto administrativo de designación del oficial de cumplimiento debidamente suscrito por el presidente de la junta de la ESE Universitaria del Atlántico.”

De igual manera, esta Superintendencia efectuó primer y segundo seguimiento a dichas acciones, las observaciones fueron notificadas mediante radicados nros.20244100302884291 y 20254100300428021 y reiteradas a través de la sesión virtual del 13 de marzo:

“Respecto a la observación que se indicó en el primer seguimiento “se recomienda a la ESE a verificar que los funcionarios designados no tengan conflicto de interés en el desarrollo de las funciones previstas para los Oficiales de Cumplimiento SARLAFT/FPADM y SICOF”. Se subsanó parcialmente lo planteado. No obstante, se exhorta a la entidad a garantizar que en caso tal se efectué declaración de un posible conflicto de interés en el ejercicio de su rol como oficial de cumplimiento al momento de ejecutar actividades de control en el marco del SARLAFT/FPADM. Asimismo, que se pueda dar un conflicto de interés en el desarrollo de otras actividades asignadas al interior de la entidad.”

Por su parte, en el marco de la auditoría 2025, se solicitó:

- Certificación de Talento Humano con las funciones desempeñadas por el Oficial de Cumplimiento SARLAFT/FPADM.
- Manual de funciones (requerimiento de información nro.26)

En ese orden de ideas, se verificó la entrega de dicha información evidenciando que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO allegó documento adicional denominado Certificado SARLAFT - SICOF, el cual será objeto de revisión del último seguimiento del plan de mejoramiento debidamente aprobado por esta superintendencia, por lo que resulta improcedente evaluar este tema en el marco de la auditoría integral ordenada mediante el Auto nro.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

No obstante, es preciso señalar que teniendo en cuenta que, en los soportes del primer y segundo seguimiento al plan de mejoramiento, se evidenció que fue designado como Oficial de Cumplimiento (OC) SARLAFT y SICOF al Señor Giovanni Rafael Bacci Gutierrez, Director Administrativo Código 009 grado 03 – Contratación, mediante el acuerdo nro. 048 del 31 de mayo 2024 y que en el marco de esos seguimientos se reiteraron las observaciones frente a un posible conflicto de interés, el cual se mantiene durante el periodo de ejecución de la auditoría 2025, esta Superintendencia se pronuncia, señalando que el actual Oficial de Cumplimiento, además de desempeñarse como Oficial de Cumplimiento, también funge como Director Administrativo, dependiendo de la Subgerencia Corporativa, incumpliendo lo establecido en el numeral 6.2.1 literal a) y se advierte que se puede

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

materializar un conflicto de interés para ejercer el rol de OC por las funciones asignadas del proceso de contratación, conforme lo observado en el Manual de funciones allegado a través del requerimiento de información nro. 26 (imagen adjunta).

Imagen nro.90. Manual de Funciones – Director Administrativo Código 009, Grado 03

ACUERDO 008 DE 2021
(05 de Noviembre)

"Por el cual se establece el manual específico de funciones y de competencias laborales para los empleos de la planta de personal de la E.S.E. Universitaria del Atlántico"

I. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEO

NIVEL	Directivo
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	Director Administrativo
CÓDIGO	009
GRADO	03
NÚMERO DE CARGOS	Uno (1)
DEPENDENCIA	Subgerencia Corporativa
CARGO DEL JEFE INMEDIATO	Subgerente Corporativo

II. ÁREA FUNCIONAL:

Dirección de Contratación

III. PROPÓSITO PRINCIPAL

Diseñar, dirigir, planear, controlar y coordinar las actividades relacionadas con el proceso de contratación de la entidad para garantizar que la adquisición de productos, bienes y servicios de la entidad se realice oportunamente y dentro del marco legal que rige la institución.

IV. DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES ESENCIALES

1. Establecer el proceso contractual de la entidad de acuerdo al Estatuto y Manual de contratación de la entidad.
2. Definir y ajustar con la Subgerencia Corporativa, la Dirección Financiera, la Oficina Asesora de Planeación y la Subgerencia técnico científica la estrategia de contratación de venta de servicios.
3. Asesorar a las diferentes áreas de la entidad y ejecutar los procesos de contratación, ejecución, supervisión y liquidación de contratos y convenios.
4. Establecer los lineamientos y directrices para el seguimiento y evaluación de los resultados de la ejecución del plan anual de adquisiciones de acuerdo con la ejecución de las actividades y acciones contempladas en el POA, el plan de desempeño y la ejecución activa y pasiva del presupuesto.
5. Coordinar la elaboración de informes o reportes de contratación que se realicen en la entidad para cumplir con las normas y requerimientos de los entes de control.
6. Coordinar los estudios y/o documentos jurídicos propios de los procesos de selección y/o conceptos jurídicos que en materia contractual sean generados por el área, con el fin de prestar un servicio ágil, oportuno y confiable.
7. Dirigir la preparación, aprobación o negación de la legalidad de las actas de liquidación suscritas por los contratistas y los administradores de contratos de la entidad.
8. Coordinar la revisión, aprobación y/o negación de las pólizas y garantías de los contactos y/o convenios que suscriba la entidad.
9. Gestionar el archivo de gestión y soportes de los procesos a su cargo de acuerdo con la normatividad aplicable.
10. Liderar la elaboración de indicadores de gestión de su área, acorde con las políticas, metas y objetivos de la entidad.
11. Gestionar su proceso dentro del Sistema Integrado de Gestión.

Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 26 "Manual de Funciones"

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico continúa incumpliendo con los numerales 6.2.1 de la Circular Externa nro. 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, dado que en los periodos de la auditoría 2024 y 2025 no cuenta con un Oficial de Cumplimiento que cumpla el lleno de los requisitos. Adicionalmente, continúa sin efectuar la segmentación de factores de riesgos basada en los datos recopilados de conocimiento del cliente, incumpliendo el numeral 5.2.2.2.2.6.2 de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.

Sistema de Administración del Riesgo Operacional

A través de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021, en el capítulo II-II, en el numeral 2, la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo Operacional.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En ese sentido, en la revisión del cumplimiento de las directrices de los numerales 2.1.1., 2.1.3 y 2.1.3.1 asociados a: identificación del riesgo operativo, base de eventos de riesgo operativo y plan de continuidad del negocio, en el desarrollo de la auditoría de la vigencia 2024, se formuló el siguiente hallazgo:

“Hallazgo nro.12 La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO incumple deberes relacionados con el Sistema de Administración del Riesgo Operacional, establecidos en los numerales 2.1.1., 2.1.3 y 2.1.3.1. del Capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme se indica a continuación:

- No considera dentro de la etapa de identificación del riesgo operativo, los procesos jurídicos en los que se encuentra, incumpliendo lo dispuesto en el literal c) del numeral 2.1.1. del Capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.*
- No cuenta con una base de eventos de riesgo operativo materializados, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 2.1.1. del Capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.*
- Para la fecha de la auditoría no cuenta con un plan de continuidad del negocio, incumpliendo lo dispuesto en los numerales 2.1.3 y 2.1.3.1. del Capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.”*

Con fundamento en lo expuesto, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estableció las siguientes acciones con fecha de finalización del 21 de mayo de 2025:

- “1. Realizar manual de políticas y procedimientos del sistema de administración de riesgo operacional de la ESE universitaria del atlántico.*
- 2. Incluir en la identificación de riesgos operacionales en la ESE Universitaria del Atlántico, los potenciales riesgos jurídicos a los que está expuesta la entidad.*
- 3.Llevar registro de los eventos de riesgos operativos materializados.*
- 4. Construir un plan que garantice la continuidad del negocio en situaciones de emergencia o desastre, incluyendo elementos como la prevención y la atención de emergencias, administración de la crisis, planes de contingencia y capacidad de retorno a la operación normal de conformidad con los numerales 2.1.3 y 2.1.3.1. del Capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.”*

Igualmente, esta Superintendencia efectuó primer y segundo seguimiento a dichas acciones, las cuales fueron notificadas mediante radicados nros. 20244100302884291 y 20254100300428021 y reiteradas a través de la sesión virtual del 13 de marzo:

“Respecto a la observación que se indicó en el primer seguimiento “Plan de Continuidad de Negocio” Continúa la observación.
Respecto al formato FT-GR-028 se recuerda que el formato debe tener los campos: a) Área o Dependencia en la cual se detecta el evento y b) divisa (Toda vez que no siempre puede ser en pesos).
Por otra parte, se exhorta la entidad a allegar la base consolidada de eventos de riesgo operativo materializado a la fecha para el próximo seguimiento, a generar cultura de reporte de eventos de riesgo operativo y evaluar dichos ejercicios.”

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Por su parte, en el marco de la auditoría 2025, se solicitó:

- Plan de Continuidad del negocio
- Formato registro de eventos de riesgo operativo
- Base consolidada de eventos de riesgo operativo materializados a la fecha.

Así las cosas, se verificó la entrega de dicha información evidenciando que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO allegó la misma información entregada en el segundo seguimiento, la cual fue el formato registro de eventos de riesgo operativo, el cual será objeto de revisión del último seguimiento del plan de mejoramiento debidamente aprobado por esta superintendencia, por lo que resulta improcedente evaluar este tema en el marco de la auditoría integral ordenada mediante el Auto nro.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

No obstante, llama la atención que, pese a que existen unos meses de plazo para el cierre del plan de mejoramiento, no se cumplirá con la implementación del Plan de Continuidad de Negocio porque su puesta en marcha consta de las fases de definición, implementación, pruebas y mantenimiento, además de su aprobación por parte de la Junta Directiva y a la fecha no se ha entregado evidencia de ningún avance.

A tal efecto, se advierte que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO al no haber implementado el Plan de Continuidad del Negocio continúa incumpliendo el numeral 2.1.3, literal c) del capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. Asimismo, respecto a la base consolidada de eventos de riesgo operativo materializados, se señala que la IPS no ha entregado evidencia que dé cuenta del cumplimiento del numeral 2.1.1 de la misma normativa.

Sistema de Administración del Riesgo de Liquidez

A través de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021, en el numeral 5 del capítulo II-II, la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Liquidez.

Al respecto, se verificó el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el numeral 5.1.2.1 relacionado con la herramienta básica para calcular la posición neta de liquidez, en el desarrollo de la auditoría de la vigencia 2024, se formuló el siguiente hallazgo:

Hallazgo nro.13 La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no cuenta con una herramienta de proyección de flujo de caja con el fin de establecer las necesidades de liquidez, posición neta de liquidez y margen de liquidez, así como para monitorear y gestionar el riesgo de liquidez asociado al desarrollo de sus actividades, incumpliendo de esta manera el numeral 5.1.2.1 del capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En respuesta, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estableció las siguientes acciones con fecha de finalización del 21 de diciembre de 2024:

- “1. Implementar Herramienta de flujo de caja de la E.S.E. Universitaria del Atlántico.*
- 2. Seguimiento y monitoreo mensual del riesgo de liquidez de la E.S.E. Universitaria del Atlántico.”*

Así las cosas, esta Superintendencia efectuó primer y segundo seguimiento a dichas acciones, generando algunas observaciones que fueron transmitidas mediante radicados nros.20244100302884291 y 20254100300428021 y reiteradas a través de la sesión virtual del 13 de marzo:

“Respecto a la observación que se indicó en el primer seguimiento:

- a) Respecto a los soportes del flujo de caja con margen de liquidez, no se entiende si lo allegado corresponde al flujo de caja ejecutado. Además, enviaron el archivo bloqueado y no se pudo ver la fuente de los cálculos. Se le recuerda a la ESE que el origen del hallazgo radica en que la UNA no contaba con una herramienta para proyectar las entradas y salidas futuras de efectivo con el fin de determinar las necesidades de liquidez y tomar las acciones adecuadas y oportunas. Se mantiene la observación. Consultar el instructivo y la herramienta sugerida por este ente de control <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/INSTRUCTIVO%20FT018.pdf>*
- b) En lo concerniente a documentar como la información del flujo converge en los datos reportados a través del FT018 enviado a la SNS. Se mantiene la observación*
- c) En lo relativo al informe trimestral del análisis del riesgo de liquidez que incluya acciones de mejora pertinentes del riesgo de liquidez de la E.S.E. Universitaria del Atlántico. La E.S.E avanzó en este aspecto sin embargo deben establecerse compromisos concretos y luego evaluar la adopción de estas medidas.”*

Por su parte, en el marco de la auditoría 2025, se solicitó:

- Flujo de caja con margen de liquidez.
- Flujo de caja y relación de la información que se reporta a través del FT018.
- Informes de riesgo de liquidez (en el que se evidencie el seguimiento a las medidas establecidas).

De cara a lo expuesto, se verificó la entrega de dicha información evidenciando que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO allegó la misma información del segundo seguimiento.

En ese sentido, es preciso señalar que el plazo para ejecutar esta acción venció el 21 de diciembre de 2024, lo cual llama la atención porque los soportes entregados no dan cuenta que la IPS proyecté sus entradas y salidas y calculé los indicadores de posición neta de liquidez, margen de liquidez conforme lo exige el numeral 5.1.2 del Capítulo II-II de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021.

Por lo anterior, esta Superintendencia Nacional de Salud se pronuncia advirtiendo que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO continúa

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

incumpliendo lo reglamentado a través del numeral 5.1.3 porque no ha realizado la proyección del flujo de caja de sus activos y pasivos, en diferentes horizontes de tiempo, incorporando diferentes escenarios y no calcula los indicadores que le permitan conocer sus necesidades de liquidez y tomar las decisiones de manera oportuna para evitar la materialización del riesgo de liquidez.

Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude -SICOF

A través de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021, la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones relativas al Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

De modo particular, se validó el cumplimiento de los preceptos de los numerales 5.2.2., 5.2.2.4. y 5.2.3.5.3 relacionados con metodologías para la medición de riesgos de corrupción, opacidad y fraude, indicadores y plan de acción SICOF. En consecuencia, en el desarrollo de la auditoría de la vigencia 2024, se formuló el siguiente hallazgo:

“Hallazgo nro.14 La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO incumple deberes relacionados con el Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude -SICOF, establecidos en los numerales 5.2.2., 5.2.2.4. y 5.2.3.5.3 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme se indica a continuación:

•No cuenta con las metodologías para la medición de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 5.2.2. de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

•No cuenta con indicadores para monitorear el riesgo de corrupción, opacidad y fraude, incumpliendo lo dispuesto en el literal b) del numeral de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

•No ha elaborado un plan de acción del SICOF, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 5.2.3.5.3 de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.”

En vista de lo anterior, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estableció las siguientes acciones con fecha de finalización del 21 de mayo de 2025:

“1. Construir manual de políticas y procedimientos del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude -SICOF de la ESE Universitaria del Atlántico.

2. Adoptar manual de políticas y procedimientos del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude -SICOF de la ESE Universitaria del Atlántico.

3. Formular indicadores de seguimiento a riesgos SICOF identificados en la ESE Universitaria del Atlántico.

4. Formulación de plan de acción para la correcta implementación del SICOF en la institución.”

Aunado a lo expuesto, esta Superintendencia efectuó primer y segundo seguimiento a dichas acciones, las observaciones fueron notificadas mediante radicados

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

nros.20244100302884291 y 20254100300428021 y reiteradas a través de la sesión virtual del 13 de marzo:

"Respecto a las observaciones que se indicaron en el primer seguimiento se informa:

"Frente a las metodologías de medición de los riesgos COFS se exhorta a la ESE a considerar las observaciones descritas en el hallazgo nro.6. Además, revisar lo que propone el DAFP sobre la valoración de este riesgo." Se reitera la observación porque los riesgos de corrupción no se pueden considerar con un nivel de riesgo inherente y/o residual bajo (Página 89 de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6 de la Función Pública)

3) "Se evidenció la matriz de riesgos, pero no se observaron los indicadores para monitorear los riesgos COFS." No adjuntaron evidencias por lo tanto se mantiene la observación.

4) "Pendiente el Plan de Acción SICO." No adjuntaron evidencias por lo tanto se mantiene la observación."

Por su parte, en el marco de la auditoría 2025, se solicitó:

- Valoración de riesgos de corrupción
- Plan de acción SICO

Frente a lo cual se verificó la entrega de dicha información evidenciando que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO allegó la misma información respecto al plan de acción SICO. Y un documento adicional a la entrega de información del segundo seguimiento, denominado FT-GR-003 MATRIZ DE RIESGO marzo 2025 (Riesgos COF y LAFT), el cuál será objeto de revisión del último seguimiento en el marco del plan de mejoramiento debidamente aprobado por esta superintendencia, por lo que resulta improcedente evaluar este tema en el marco de la auditoría integral ordenada mediante el Auto nro.2025410030000321-7 del 10 de marzo del 2025.

Sin embargo, es preciso señalar, que, pese a que a que existen unos meses de plazo para cerrar el plan de mejoramiento, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO completo el ciclo para la gestión de riesgos abarcando las etapas de identificación, medición, control y tratamiento para los riesgos y en la matriz de riesgos de corrupción, opacidad y fraude se observó que 10 de los 17 riesgos identificados se pueden materializar debido a que estos pueden estar subvalorados, y no se les definió controles dado que el nivel de riesgo es bajo y tampoco se les ha formulado planes de tratamiento ya que el nivel de riesgo residual, también es bajo.

Incumplimiento de instrucciones impartidas en desarrollo de la auditoría 2024

Durante la ejecución de la auditoría 2024, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no entregó soportes que dieran cuenta del cumplimiento de los siguientes lineamientos establecidos en la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021, capítulo II-II, numeral 4.1.2 relativas a la evaluación y medición del riesgo de crédito, numeral 2.1.2. y 2.1.3 relacionados con la medición y tratamiento del riesgo operacional y el numeral 5.1.1 sobre la etapa de identificación del riesgo de liquidez.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En consecuencia, en el desarrollo de la auditoría de la vigencia 2024, se formuló el siguiente hallazgo:

Hallazgo nro.28 El gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no entregó parte de la documentación e información solicitada durante la auditoría ordenada mediante el Auto nro. 2024410000000212-7 del 23 de febrero de 2024 en los términos y condiciones expresamente señalados, lo que constituiría una posible incursión en las infracciones establecidas en los numerales 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019.

A tal efecto, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estableció las siguientes acciones con fecha de finalización del 21 de mayo de 2025:

- “1. Levantar procedimiento documentado para la evaluación de la probabilidad de incumplimiento de los deudores (entidades con las que la E.S.E. tiene cuentas por cobrar) dentro de un período de tiempo de 12 meses.*
- 2. Desarrollar una metodología para medir la probabilidad de ocurrencia y del impacto de los riesgos identificados acorde con los eventos de riesgo operacional materializados.*
- 3. La metodología para el diseño y evaluación de los controles de los riesgos operacionales.”*

Aunado a lo expuesto, esta Superintendencia efectuó primer y segundo seguimiento a dichas acciones, las observaciones fueron notificadas mediante radicados nros.20244100302884291 y 20254100300428021 y reiteradas a través de la sesión virtual del 13 de marzo, a continuación, se resalta la observación relacionada con el riesgo de crédito, acción que se encuentra pendiente:

*“(…) Para el último seguimiento se debe aportar evidencia de la puesta en marcha del procedimiento.
(…)”*

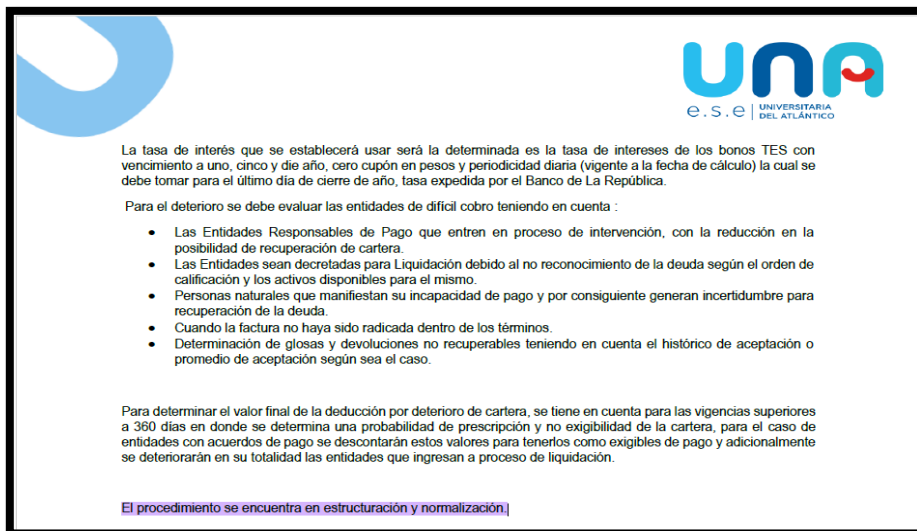
Por su parte, en el marco de la auditoría 2025, se solicitó:

- Evidencia de la implementación del procedimiento de evaluación de la probabilidad de incumplimiento de los deudores morosos.

Frente a lo cual se verificó la entrega de dicha información evidenciando que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO allegó carpeta denominada “Programación de Pago y Deudores morosos 2024”, que no corresponde con lo solicitado para este compromiso. Ahora bien, si existen unos meses de plazo para el cierre del plan de mejoramiento, llama la atención que el procedimiento entregado tiene extractos del documento denominado “Manual de Cartera”, almacenado en la carpeta nro. 75, es decir que durante los meses que han transcurrido del plan de mejoramiento no se ha hecho ningún avance al respecto. De hecho, en el documento con título “Evaluación de la probabilidad de incumplimiento de los deudores morosos” se dejó la frase: “*el procedimiento se encuentra en estructuración y normalización*”, como se puede apreciar en la siguiente imagen:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Imagen nro.91. Resolución nro. 0577 del 30 de diciembre de 2023



Fuente: Información suministrada por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en disco duro, carpeta No. 75 "75-76 MANUAL DE CARTERA"

4.2 COMPONENTE FINANCIERO

Hallazgo Nro. 16

“La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no ha actualizado su manual de políticas contables, en particular los numerales de cuentas por cobrar y cuentas por pagar, con lo cual incumple con el artículo 1, 2 de la Resolución 332 de 2022 y el numeral 8.1.2 del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 y modificatoria, en concordancia con las normas previstas para el Sistema de Información Contable de los prestadores de servicios de salud en el artículo 185 de la Ley 100 de 1993”.

El equipo auditor identificó la actualización del Manual de Políticas Contables mediante la Resolución 458 del 3 de octubre de 2024, con la cual se pretendía cumplir con la acción de mejora propuesta.

No obstante, se identificó un nuevo hallazgo dada la necesidad de una actualización adicional del Manual en consideración con las Resoluciones 286 del 05 de septiembre de 2023 y 413 del 04 de diciembre de 2023, expedidas por la Contaduría General de la Nación y dadas nuevas situaciones evidenciadas, tal y como se expuso en el capítulo 3.3.4.2 del presente informe.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Hallazgo Nro. 17

“La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, en su proceso de programación presupuestal incorporó durante la vigencia 2023, apropiaciones que superaron la expectativa real de recaudo, lo que implicó la adquisición de compromisos sin contar con una fuente cierta que respaldara su pago, generando déficit presupuestal del recaudo frente a los compromisos adquiridos del -39.03% (-\$59.198 millones) dado por recaudos de \$92.487 millones y compromisos de \$151.685 millones, comportamiento que implica un incumplimiento a lo establecido en los artículos 2, 6 y 21° del Decreto 115 de 1996, en concordancia con el artículo 17 de la Ley 1797 del 13 de julio de 2016”.

De conformidad con el análisis de la ejecución presupuestal de la vigencia 2024, se confirma un nuevo déficit presupuestal del 40,61%, el cual incrementó respecto de la vigencia 2023, generando así un nuevo hallazgo, tal y como se incluyó en el capítulo 3.3.3.1 del presente informe.

Hallazgo Nro. 18

“La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, no cuenta con la información de costos distribuida en sus unidades funcionales que le permita determinar el valor de los servicios ofrecidos y que le sirva de herramienta gerencial para la contratación y toma de decisiones con las entidades responsables de pago, incumpliendo el artículo 185 de la Ley 100 de 1993”.

Respecto de la documentación suministrada al equipo auditor en el numeral 176 del requerimiento de información, se evidenció que la misma difiere de aquella suministrada el 17 de febrero de 2025, como respuesta al plan de mejora propuesto; no obstante en la ejecución de las pruebas de recorrido *in situ* y de conformidad con la reunión llevada a cabo con el equipo administrativo de la ESE el pasado 13 de marzo de 2025, se evidenció que a la fecha de la auditoría la ESE no había implementado un sistema de costos que permitiera la identificación y clasificación de los mismos en sus unidades funcionales, razón por la cual se identificó un nuevo hallazgo en el capítulo 3.3.4.3.2. del presente informe.

COMPONENTE PRESTACION DE SERVICIOS

Hallazgo nro. 20

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, No garantiza el acceso efectivo y oportuno a la población gestante, incumpliendo el literal d del numeral 4 de la Circular Externa 047 de 2022 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social (...).”

La ESE formuló la siguiente acción de mejoramiento frente al hallazgo nro. 20:

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Acción de mejoramiento: “(...) Garantizar el acceso efectivo y oportuno a la población gestante del CACR Soledad (...)”

Descripción de la acción de mejora: “(...) 1. Fortalecer capacidades del procedimiento: Priorización de Triage Obstétrico al talento humano de la sede CARCR Soledad.

2. Publicación del Triage Obstétrico en el servicio de Urgencias del CACR Soledad

3. Medición de adherencia mensual de la oportunidad de la atención de las gestantes en el servicio de urgencias del CACR Soledad (...)”.

El incumplimiento relacionado con el acceso efectivo y oportuno a la población gestante es reiterativo, aclarando que desde el grupo de mejoramiento de esta Superintendencia se hizo verificación documental de la acción propuesta por la entidad quedando en estado “en ejecución” debido a que el plazo propuesto por la entidad para cumplir esta acción fue el 31/12/2024, no obstante, teniendo en cuenta lo verificado en campo, dicho hallazgo se apertura nuevamente.

“(...) Hallazgo nro.21

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, en el servicio farmacéutico, no garantiza las exigencias para su funcionamiento, toda vez que no realiza seguimiento a las condiciones ambientales de la conservación de los medicamentos encontrados en los servicios asistenciales, incurriendo en el incumplimiento de lo establecido en el numeral 3.2, literal i “condiciones de las áreas de almacenamiento”, de la resolución 1403 de 2007.

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico formuló la siguiente acción de mejoramiento frente al hallazgo nro. 21:

Acción de mejoramiento:

“(...)Garantizar las condiciones ambientales y de conservación de los medicamentos en la sede CACE Alta Complejidad. (...)”

“(...)1. Ajustar documento de semaforización de medicamentos

2. Fortalecer las capacidades al personal de salud involucrado sobre la semaforización de medicamentos de la sede CACE de Alta Complejidad

3. Verificar el cumplimiento de control de fechas de vencimiento en carros de paro(...)”

Descripción de la Acción de Mejora:

“1. Ajustar documento de semaforización de medicamentos

2. Fortalecer las capacidades al personal de salud involucrado sobre la semaforización de medicamentos de la sede CACE de Alta Complejidad

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

3. Verificar el cumplimiento de control de fechas de vencimiento en carros de paro(...)"

De acuerdo con lo anterior, se evidencia el mismo incumplimiento relacionado con las exigencias para el funcionamiento del servicio farmacéutico, aclarando que desde el grupo de mejoramiento de esta Superintendencia se hizo verificación documental de la acción propuesta por la entidad quedando en estado cerrado, no obstante, teniendo en cuenta lo verificado en campo, dicho hallazgo se apertura nuevamente.

(...)Hallazgo 22:

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no garantiza la asesoría y provisión del método anticonceptivo post evento obstétrico, incumpliendo el numeral 4 "Valorar la intención reproductiva" del numeral 4.8 "Atención del Puerperio", del numeral III "Lineamiento Técnico y operativo ruta integral de atención en salud materno perinatal" de la Resolución 3280 de 2018 y literal n del numeral 4 de la Circular Externa 0047 de 2022 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico formuló la siguiente acción de mejoramiento frente al hallazgo nro. 22:

Acción de mejoramiento: "(...) Garantizar la asesoría y provisión del método anticonceptivo post evento obstétrico. (...)"

Descripción de la acción de mejora: "(...) 1. Fortalecer las capacidades sobre la disponibilidad de metodo de anticoncepcion al persona de salud de la sede CACE Alta Complejidad

2. Registrar en ordenes medicas , evolucion y en anotaciones de enfermeria el suministro y aceptacion de anticoncepcion

3. Verificar registro de suministro de anticoncepcion proporcionado antes del egreso hospitalario (...)"

Se evidencia el mismo incumplimiento relacionado con la asesoría y provisión del método anticonceptivo post evento obstétrico, aclarando que desde el grupo de mejoramiento de esta Superintendencia se hizo verificación documental de la acción propuesta por la entidad quedando en estado "en ejecución" debido a que el plazo propuesto por la entidad para cumplir esta acción fue el 31/12/2024, no obstante, teniendo en cuenta lo verificado en campo, dicho hallazgo se apertura nuevamente.

"(...) Hallazgo nro. 23

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, no garantiza la atención integral a las víctimas de violencia sexual, ya que no cumple con los pasos del Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, toda vez que no realiza la clasificación del Triage en I o II a estos pacientes, incumpliendo lo establecido en el numeral 2.3 paso 3 "Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas ", de la resolución 459 de 2012 (...)"

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico formuló la siguiente acción de mejoramiento frente al hallazgo nro. 23:

Acción de mejoramiento: “(...) *Garantiza la atención integral a las víctimas de violencia sexual. (...)*”

Descripción de la acción de mejora: “(...) *1. Capacitacion de Protocolo de atencion integral en salud para victimas de violencia sexual al personal de salud de la ESE UNA*

2. Realizar adherencia al protocolo de atención integral en salud para victimas de violencia sexual (...)”.

Se evidencia el mismo incumplimiento relacionado con la garantía de la atención integral a las víctimas de violencia sexual, aclarando que desde el grupo de mejoramiento de esta Superintendencia se hizo verificación documental de la acción propuesta por la entidad quedando en estado “*en ejecución*” debido a que el plazo propuesto por la entidad para cumplir esta acción fue el 31/12/2024, no obstante, teniendo en cuenta lo verificado en campo, dicho hallazgo se apertura nuevamente.

“(...) Hallazgo nro. 25

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, no implementa las buenas prácticas de seguridad de paciente obligatorias según su complejidad, incurriendo en el incumplimiento de los numerales 4.3 y 4.4 del numeral 11.1.5 estándar de procesos prioritarios del numeral 11.1 "Estándares y Criterios aplicables a todos los servicios" del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019 (...)”.

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico formuló la siguiente acción de mejoramiento frente al hallazgo nro. 25:

Acción de mejoramiento: “(...) *Implementar las buenas prácticas de seguridad de paciente obligatorias según su complejidad (...)*”

Descripción de la acción de mejora: “(...) *1. Ejecutar jornadas de fortalecimiento de capacidades de las buenas practicas de seguridad del paciente y medicion de la apropiacion del conocimiento*

2. Informe mensual de auditoria de aplicación de buenas practicas de seguridad del paciente , desviaciones y acciones de mejora pertinentes

3. Monitoreo diario por parte de las referentes de seguridad del paciente de las sedes adscritas a la ESE UNA del cumplimiento de estrategias (...)”.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Se evidencia el mismo incumplimiento relacionado con las buenas prácticas de seguridad de paciente obligatorias según su complejidad, aclarando que desde el grupo de mejoramiento de esta Superintendencia se hizo verificación documental de la acción propuesta por la entidad quedando en estado “*en ejecución*” debido a que el plazo propuesto por la entidad para cumplir esta acción fue el 31/12/2024, no obstante, teniendo en cuenta lo verificado en campo, dicho hallazgo se apertura nuevamente.

“(…) Hallazgo nro. 26

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no garantiza el buen diligenciamiento de la historia clínica, incumpliendo con la característica relacionada a la “Racionalidad científica” y “la utilización de siglas” mencionadas en el artículo 3 y 5 respectivamente de la Resolución 1995 de 1999 (…).”

La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, formuló la siguiente acción de mejoramiento frente al hallazgo nro. 26:

Acción de mejoramiento: “(…) Garantizar el buen diligenciamiento de la historia clínica (…).”

Descripción de la acción de mejora:“(…) 1. Ejecutar jornadas de capacitacion al talento humano en salud de la UNA en el correcto diligenciamiento de la historia clinica que permita el buen diligenciamiento y el cumplimiento de la característica de racionalibilidad científica.

2. Informe mensual de auditoria de aplicación de buenas practicas de seguridad del paciente, desviaciones y acciones de mejora pertinentes (…).”

El mismo incumplimiento relacionado con el registro de historia clínica fue identificado en la presenta auditoria, aclarando que desde el grupo de mejoramiento de esta Superintendencia se hizo verificación documental de la acción propuesta por la entidad quedando en estado “*en ejecución*” debido a que el plazo propuesto por la entidad para cumplir esta acción fue el 31/12/2024, no obstante, teniendo en cuenta lo verificado en campo, dicho hallazgo se apertura nuevamente.

“(…) Hallazgo nro. 27

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO no garantiza la clasificación y segregación adecuada en la fuente de los residuos hospitalarios y similares incumpliendo el numeral 7.2.3 “SEGREGACION EN LA FUENTE” del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia MPGIRH, adoptado por la Resolución 01164 de 2002 (…).”

El respectivo informe fue enviado a la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico por medio del oficio nro. 20244100400926021 del 7 de mayo de 2024, con la instrucción que debía formularse un plan de mejoramiento que permitiera subsanar y conjurar las causas de fondo que generaron los hallazgos formulados, a fin de evitar que situaciones similares se vuelvan a presentar.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Posteriormente, con oficio nro. 20244100301413071 del 17 julio de 2024 la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud aprobó el plan de mejoramiento presentado por la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, dentro del cual se formuló la siguiente acción de mejoramiento frente al hallazgo nro. 27:

Acción de mejoramiento: “(...) *Garantizar el cumplimiento del plan Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia MPGIRH en la ESE Universitaria del Atlántico (...)*”.

Descripción de la acción de mejora:

“(...) 1. *Rotular las canecas en cada uno de los servicios de la ESE Universitaria del atlántico, para identificación del residuo correspondiente.*
2. *Ejecutar cronograma de capacitación sobre la correcta segregación de residuos en el ámbito hospitalario.*
3. *Realizar rondas de inspección de la correcta clasificación y segregación adecuada en la fuente de los residuos hospitalarios y similares (...)*”.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia el mismo incumplimiento relacionado con la segregación en la fuente, aclarando que desde el grupo de mejoramiento de esta Superintendencia se hizo verificación documental de la acción propuesta por la entidad quedando en estado cerrado, no obstante, teniendo en cuenta lo verificado en campo, dicho hallazgo se apertura nuevamente.

Conclusión del Seguimiento del Plan de Mejora

El plan de mejoramiento comprende veintinueve (29) hallazgos, frente al avance o estado de ejecución del plan se observó que: 11 hallazgos están cerrados, dos (2) abiertos y dieciséis (16) en ejecución por lo cual se concluye que, al momento de la auditoría de seguimiento, este se encuentra en un estado de avance de cumplimiento del 37%.

Por lo anterior, se observa que la ESE no ha dado cumplimiento al plan de mejoramiento, los hallazgos evidenciados durante la auditoría realizada del 26 de febrero al 1 de marzo de 2024 siguen estando presentes, sin que se observen controles efectivos para mitigar las situaciones que afectan la prestación de los servicios de salud. Por el contrario, se han incrementado los factores que condicionan la calidad en la atención, lo que genera un riesgo aún mayor para los usuarios.

Por lo tanto, se exhorta a la entidad a priorizar el inicio de aquellas acciones que no presentan evidencias y continuar adelantando la ejecución de las actividades en desarrollo con la finalidad de lograr el 100% de cumplimiento en el plazo aprobado para tal fin.

En ese orden de ideas, se le informa a la entidad que debe entregar las evidencias pendientes para el último seguimiento a más tardar el 13 de junio de 2025 con fecha de

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

corte de la información del 30 de mayo de 2025, de acuerdo con lo informado mediante el radicado nro. 20254100300428021.

3. CONCLUSIONES

La Superintendencia Nacional de Salud, como resultado a la auditoría realizada a La **Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico** soportada en la verificación de los documentos e información suministrada por la entidad, determina presuntos incumplimientos de normas que regulan la prestación del servicio de salud en términos de estructura y procesos, que se traducen en la afectación directa sobre la calidad en la prestación de servicios de salud así:

- No cuenta con estudio de necesidades de recurso humano conforme a la capacidad instalada, que permita conocer los requerimientos de personal para posterior contratación y distribución del personal en los servicios, de acuerdo con oferta y habilitación de estos.
- La inoportunidad en los pagos al personal se constituye en una falta de garantías para el recurso humano, así como de las condiciones laborales justas y dignas que favorezcan la estabilidad de los mismos.
- Falta de gestión administrativa y celebración de reuniones de junta directiva con la periodicidad establecida que permita generar estrategias y lineamientos, para el cumplimiento de la misión y objetivos de la entidad.
- Fraccionamiento de contratos de talento humano, situación que genera riesgo en la calidad de la prestación de los servicios, así como el desgaste administrativo.
- Falta de medicamentos e insumos medico quirúrgicos; evidenciando un desabastecimiento claro, situación que afecta y pone en riesgo la vida de los pacientes que está siendo atendidos en la ESE, ya que no cuenta con lo necesario y básico para atención y adopción del tratamiento ordenado por el equipo de salud.
- Ineficiencia administrativa por la falta de acciones frente a incumplimiento de contratos de asociación correspondientes a Servicio farmacéutico y Laboratorio Clínico.
- Deficiencias en el Cumplimiento de los estándares de Habilitación exigidos por la norma para cada uno de los servicios, asimismo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS del Decreto 780 de 2016 ya que las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los servicios de salud, no se cumplen toda vez que: en algunas áreas las paredes no presentan superficies lisas en algunas áreas de la entidad, no son lavables ni de fácil limpieza y algunos no están en condiciones adecuadas de mantenimiento. Asimismo, no garantiza la dotación en seguridad

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

necesaria para la atención de los usuarios toda vez que: no suministra soportes de los mantenimientos preventivos, correctivos y/o calibraciones de los equipos; No garantiza la totalidad de la dotación en los servicios y en los carros de paro, utilizada en la reanimación cardio cerebro pulmonar.

- No presta servicios y/o capacidad instalada a pesar de tenerlos habilitados en el REPS, además presta servicios y/o capacidad instalada a pesar de NO contar con la respetiva declaración en el REPS.
- El servicio de Urgencias, i) No garantiza la atención oportuna en el servicio de urgencias ya que se evidencio usuarios clasificados triage II con tiempo de espera mayor a 30 minutos, ii) no garantiza el registro de la información del "triage" de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, iii) no activación de la ruta de salud mental con enfoque diferencial y protección especial, iv) la Sala de observación pediátrica y adultos no cumple con los espacios establecidos de 6 m2 por camilla, ni presenta barreras físicas móvil o fija entre camillas, ni cuenta con sistema de llamado de enfermería, v) no se garantiza una atención con calidad, resolutiveidad del problema y definición de conductas tendientes a disminuir el riesgo para el usuario, de acuerdo con su proceso de salud – enfermedad, vi) no prestación de los servicios de salud con accesibilidad, seguridad, continuidad y oportunidad.
- Para el servicio quirúrgico se identifican fallas importantes respecto a las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los servicios de salud, toda vez que, se encuentra en inadecuadas condiciones de mantenimiento; no cuentan con adecuada limpieza y desinfección; las paredes o muros no son impermeables, presentando deterioros que generan partículas que aumentan el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud como las de sitio operatorio – ISO.
- El proceso de esterilización se debe fortalecer con mejoras en la Infraestructura, dotación, fortalecer procesos de limpieza y desinfección, socializar normas de almacenamiento de productos estériles, mejorar la marcación de los dispositivos estériles, garantizar la integridad de los dispositivos estériles, garantizar el reúso de los dispositivos médicos, ya que es un área donde presuntamente se destruyen todos los microorganismos patógenos y no patógenos importante en la prevención de las infecciones adquiridas en el ambiente hospitalario.
- No adherencia al manual de bioseguridad el manual de bioseguridad, ni el manual de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias y de equipo biomédicos ya que se evidenció varias acciones que corroboraron esto.
- En cuanto al material de osteosíntesis - MAOS: No realiza tarjetas de implante por triplicado que incluya información como lo establece la norma.
- El diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a los usuarios, no se evidencian en forma completa ya que no establece lo subjetivo, objetivo y análisis, con

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

el agravante en algunos casos de no registro de signos vitales, deficiente calidad en registros clínicos no contiene los mínimos de una historia clínica; algunos registros de la prestación de los servicios en salud no son concordantes sugiriendo inconsistencia en el registro.

- Manejo de residuos hospitalarios inadecuado toda vez que, residuos peligrosos están al aire libre generando contaminación, no adherencia al PGIRASA, NO cuenta con almacenamiento intermedio y central de residuos, que cumpla con las características exigidas normativamente para el almacenamiento seguro; y no realiza segregación adecuada.
- Incumple con el estándar de Medicamentos y la correcta gestión del servicio farmacéutico en la medida en que NO dispone de los medicamentos para los tratamientos interpuestos por el médico tratante, no control de inventarios en las áreas de reservas; almacenamiento inadecuado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos; no control de fechas de vencimiento; no garantía de la cadena de frío; entre otros.
- Cuenta con prácticas inseguras y no genera acciones para minimizar el riesgo de que un usuario pueda llegar a presentar un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias, se identifica las siguientes prácticas y aspectos no favorables a una atención segura: Medicamentos, dispositivos médicos e insumos almacenados inadecuadamente, no disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos, equipos biomédicos con presencia de oxido, historias clínicas sin registro de datos como signos vitales, no control de los usuarios ubicados en urgencias, entre otros.
- No disponibilidad de medicamentos, lo que fue corroborado en campo donde se observan faltantes de medicamentos para el tratamiento del dolor en general, hipertensión, inflamación, anticoagulantes, antiarrítmicos, diuréticos, enfermedades pulmonares, antiácidos, antifibrinolíticos, broncodilatadores, para la esquizofrenia, para restaurar el equilibrio de la flora intestinal, uterotónicos, antibióticos, anestésicos, entre otros; lo que indica que la ESE, presuntamente no ejecuta los planes de tratamiento prescritos por los médicos tratantes, al observarse en la farmacia la no disponibilidad de medicamentos que al ser ordenados y no tener existencias no son administrados a los pacientes, aspecto que se correlaciona con la falta de gestión contractual, aunado a los eventos adversos que se puedan **presentar y presuntas complicaciones y hasta la muerte de los pacientes por la no prestación de los servicios de salud con accesibilidad, seguridad, pertinencia y oportunidad.**
- No proporcionó información fidedigna conforme a lo requerido en la solicitud de información realizada por el equipo auditor, incurre en infracciones administrativas por el no suministro de información con calidad, pertinencia y transparencia, obstruyendo así labores de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

- Incumple con la implementación de estrategias para la atención preferencial, seguimiento, ni consultas requeridas para las poblaciones especiales como los son pacientes desnutrición, dengue, violencias de género, víctima de conflicto armado y gestantes.
- En lo concerniente al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, la ESE continúa incumpliendo los siguientes lineamientos i) Responsabilidades de la alta Dirección en cuenta los pronunciamientos a los informes de gestión de riesgos de la segunda y tercera línea de defensa. ii) Revelación de la gestión de riesgos en las notas a los estados financieros. iii) Contar con un Oficial de Cumplimiento que cumpla con todos los requisitos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. Asimismo, el proceso de segmentación de factores de riesgos no ha sido implementada con base en la información de la debida diligencia realizada. iv) No cuenta con una base de eventos de riesgo operativo materializados y no ha implementado el Plan de Continuidad del negocio. v) No ha realizado la proyección del flujo de caja de sus activos y pasivos y no determina sus necesidades de liquidez para tomar las decisiones oportunas que eviten la materialización del riesgo de liquidez.
- No se ha dado cumplimiento al plan de mejoramiento vigente y aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud. Los hallazgos evidenciados durante la auditoría realizada del 26 de febrero al 1 de marzo de 2024 siguen estando presentes, sin que se observen controles efectivos para mitigar las situaciones que afectan la prestación de los servicios de salud. Por el contrario, se han incrementado los factores que condicionan la calidad en la atención, lo que genera un riesgo aún mayor para los usuarios.
- La ESE presenta déficit presupuestal, continúa presentando falencias en el proceso de programación presupuestal, en razón a que ha comprometido la mayoría de los gastos sin recibir la totalidad del ingreso. En consecuencia, la entidad no ha logrado mantener una operación equilibrada y, por ende, mantiene déficit presupuestal.
- La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico aumentó sus pasivos en un 65% aproximadamente, entre 2023 y 2024. Dentro de sus mayores acreedores, se mantienen los aliados estratégicos quienes durante 2024 concentraron el 10% del total de pagos realizados, no obstante, se evidenciaron faltantes en el presupuesto para cumplir con los compromisos de pago.
- La ESE preparó sus Estados Financieros con errores materiales, hecho que generó la abstención de opinión por parte de revisoría fiscal, y en consecuencia, genera incertidumbre acerca de su realidad económica.
- La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico mantiene una gestión ineficiente de recursos que han impacta su viabilidad financiera, hecho que genera el incumplimiento del principio de negocio en marcha.

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

En general la ESE Universitaria del Atlántico no garantiza la prestación de los servicios de salud a la población que lo requiere con las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS: accesibilidad, seguridad, pertinencia y oportunidad, situaciones que representan un altísimo riesgo en la atención de los usuarios.

4. CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
1	La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no se reúne con la periodicidad establecida, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 2.5.3.8.4.2.6. del Decreto 780 de 2016.	el artículo 2.5.3.8.4.2.6. del Decreto 780 de 2016	X			
2	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico contravino lo dispuesto en los artículos 12 y 13 del Decreto 111 de 1996 respecto de los principios de programación y universalidad, toda vez que no formuló su presupuesto con base en una planeación rigurosa que garantizara la disponibilidad de recursos suficientes para atender las necesidades previstas ni contempló la totalidad de gastos desde el inicio de la vigencia presupuestal.	Artículos 12 y 13 del Decreto 111 de 1996	X			
3	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza las condiciones laborales justas y dignas que generan estabilidad del personal que trabaja en la entidad, toda vez que deben debe por concepto de honorarios, incumpliendo lo establecido	en el artículo 25 de la Constitución Política de Colombia, artículo 18 de la Ley 1751 del 2015 y numeral 4 del artículo 57 del Código sustantivo de trabajo.	X			
4	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no reconoce sus pasivos ni sus gastos y costos de conformidad con el marco normativo que le aplica y en consecuencia no cuenta con información financiera relevante ni representa fielmente los hechos económicos, toda vez que se evidenciaron situaciones en las cuales: i) Las cuentas por pagar a contratistas no fueron reconocidas en el periodo en el cual se prestaron efectivamente los servicios, ii) existen registros contables que no corresponden o no explican los hechos económicos sucedidos en cada periodo y iii) los costos asociados a la prestación de los	Párrafos 17 al 20, 22, 80, 81 y 85 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público y el numeral 3.1 del Capítulo II de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014, e infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019	X			

⁹ Incidencia del Hallazgo: (A) Administrativo, (F) Fiscal, (D) Disciplinario y (P) Penal

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	servicios de contratistas no fueron reconocidos en los periodos correspondientes aun cuando el mismo podía medirse con fiabilidad en razón a la existencia de contratos con honorarios pactados					
5	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, al no contar con el talento humano necesario para los servicios habilitados y tener usuarios, entre ellos, sujetos de especial protección constitucional en los servicios de internación, sin garantías de atención integral	los artículos 2.5.1.1.1 y numeral 1 y 3 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, el numeral 3.1 y 3.2 del numeral 11.6.4 del servicio para la atención del parto y numeral 7.1 y 7.2 del numeral 11.4.1 del servicio de hospitalización del anexo técnico manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud de la Resolución 3100 de 2019, literal de elementos esenciales a), c) y d) y principios a), c) y f) y parágrafo del artículo 6, artículo 8, literales a), c), e), h) y j) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015	X			
6	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, al presentar diferencias en la información financiera relacionada con la propiedad planta y equipo, y al mantener activos fijos con etiquetas desactualizadas y bajo condiciones que denotan evidente falta de control, no cumple con los principios de relevancia y presentación fiel, y adicionalmente no reconoce los activos de conformidad con lo expuesto en los marcos técnicos normativos que le son aplicables, en consecuencia, infringe lo dispuesto.	En los párrafos 17 al 20, 22, 78 y 79 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público y el numeral 10 del Capítulo II de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 e incurriendo en la infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.	X			
7	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico NO garantiza la presentación y mantenimiento de la infraestructura en los servicios habilitados para la atención de los usuarios, toda vez que, en algunas áreas, se encontraron paredes y techos con presencia de humedad, mesones de trabajo en inadecuadas condiciones; incurriendo en el incumplimiento del	numeral 11.1.2. ""estándar de infraestructura del numeral 11.1. ""estándares y criterios aplicables a todos los servicios"" del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, Artículo 2.5.3.8.1.7 del Decreto 780 de 2016 y numeral 8 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de Ley 1949 de 2019.	X			
8	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no garantiza la dotación en seguridad necesaria para la atención de los usuarios toda vez que: i) no suministra soportes de los mantenimientos preventivos, correctivos y/o calibraciones de los equipos; ii) No garantiza la totalidad de la dotación en los carros de paro, utilizada en la reanimación cardio cerebro pulmonar, incurriendo en el incumplimiento de los	Numerales 2 y 8 del numeral 11.1.3 "estándar de dotación" del numeral 11.1 "estándares y criterios aplicables a todos los servicios" del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019; Literal b) del numeral 3 "estructura del servicio farmacéutico" del capítulo I "disposiciones generales" del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007, artículo 38 del decreto 4725 del 2005. (Traslado a Entidad Territorial).	X			
9	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no garantiza la continuidad, seguridad, accesibilidad, y oportunidad de los servicios debido faltantes de medicamentos e insumos, por la falta de planeación, seguimiento y control de los procesos contractuales; generando alto riesgo de ocurrencia de eventos adversos tales como	artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 del año 2016, literales a), y e) del artículo 6, artículo 8 y literales a), e), i) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2011. Numeral 3.8 artículo 3 Ley 1438 del 2011 y artículo 3, numeral 4.14 del artículo 4 de la Resolución 5185 de 2013.	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	complicaciones de estado de salud y muerte de los pacientes, por la no ejecución de los planes de tratamiento ordenados por los médicos tratantes					
10	El doctor PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GOMEZ, incumple las funciones como gerente, al no tomar acciones respecto a las irregularidades en la ejecución del contrato de Asociación No. 2778-2022 suscrito con la UT SERVICIOS FARMACEUTICOS EL ATLANTICO S. & D	numeral 7 del artículo 4 del Decreto 139 de 1996.	X		X	
11	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en el servicio farmacéutico NO satisface los requerimientos y exigencias para su funcionamiento, toda vez que: i) presenta almacenamiento inadecuado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos; ii) no garantiza el control de fechas de vencimiento y conservación de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos, iii) no controla las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos; iv) NO garantiza la cadena de frío de los medicamentos que requieren refrigeración o congelación; v) No garantiza el reempaque de tabletería; vi) reenvase de medicamentos; vii) no cuenta con los medicamentos de acuerdo con lo establecido por el prestador en sus procesos prioritarios; viii) No cumple con la prohibición relacionada con la tenencia de muestras médicas, ix) no genera acciones de mejoramiento que impacten de manera definitiva la disponibilidad de tecnologías necesarias para la prestación de servicios de salud, x) presenta fallas en el procedimiento de devolución de medicamentos a la farmacia; incumpliendo.	lo establecido en el numeral 1 y 9 del artículo 2.5.3.10.7 y el artículo 2.5.3.10.17, del Decreto 780 de 2016; numeral 8.3.1.4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos del numeral 8.3.1. Estándares de habilitación, del numeral 8.3. condiciones de capacidad tecnológica y científica, numerales 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 y 4.11 del numeral 4, numeral 12 del numeral "estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos" del numeral 11.1.4 "Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos" del numeral, 11.1 "estándares y criterios aplicables a todos los servicios" del numeral 11 "estándares y criterios de habilitación", del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019. Literales h) e i), del numeral 1.1 "condiciones locativas" del numeral 1 "infraestructura física" del capítulo II "servicio farmacéutico Hospitalario" del Título I; numeral 3.6.5 "control de fechas de vencimiento" del numeral 3.6 "control durante el proceso de almacenamiento" del numeral 3, Literal k) del numeral 3.2 "condiciones de las áreas de almacenamiento" del numeral 3 "recepción y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos"; artículo 13 y 15, numerales 4.3.1 y 4.3.2 del numeral 4.3 Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria del numeral 4. Distribución de Medicamentos y Dispositivos, numeral 1.2.2 Servicio farmacéutico hospitalario de mediana y alta complejidad; numerales 5.4.1 y 5.4.2 "control de reservas" del numeral 5.4 "control durante el proceso de dispensación" del numeral 5 "dispensación de medicamentos" del capítulo II "procedimientos para los procesos generales" del Título II del Manual de condiciones esenciales y Procedimientos del servicio farmacéutico adoptado por la Resolución 1403 de 2007, artículo 15 de la resolución 1403 de 2007.	X			
12	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico subestimó el total de sus pasivos y presentó falencias relacionadas con la clasificación de riesgo de sus procesos judiciales impactado así la relevancia de su información financiera, toda vez que: i) No constituyó provisiones para los procesos judiciales que fueron clasificados como probables con un 70% de ocurrencia, ii) asignó probabilidades de pérdida de 0% a procesos judiciales clasificados como	Párrafos 17 al 19 y 22 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público y los numerales 1 al 6 del párrafo 6.1 del Capítulo II de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 y el numeral 2.4 del Procedimiento Contable para el registro de los procesos judiciales, arbitrajes, conciliaciones extrajudiciales y	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	probables, hecho que no es coherente con su naturaleza, iii) asignó una mayor probabilidad de pérdida a los procesos remotos que a los probables y vi) presentó diferencias entre los valores estimados versus los reconocidos en las cuentas de orden	embargos sobre cuentas bancarias expedido por la Contaduría General de la Nación e infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019				
13	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico continúa incumpliendo con los numerales, emanadas por la Superintendencia Nacional de Salud, preceptos relacionados con el pronunciamiento del Representante Legal frente a los informes periódicos de seguimiento a la efectividad de todos los sistemas de gestión de riesgos y la presentación de los resultados de estos monitoreos, junto con los informes realizados por los órganos de control a la Junta Directiva. Respecto al Subsistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, se hace énfasis en las siguientes disposiciones.	5.1 literal d) y 7.2 del acápite II-I de la Circular Externa nro. 20211700000004-5 de 2021 y los numerales 5.1.9 y 5.2.3.5.4.2. de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021. i) numeral "6.2.1. Requisitos del Oficial de Cumplimiento" de la Circular Externa nro. 009 de 2016 y ii) numeral "5.2.2.2.6.2 Segmentación de los factores de riesgo" de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.	X			
14	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico continúa incumpliendo, dado que en los periodos de la auditoría 2024 y 2025 no cuenta con un Oficial de Cumplimiento que cumpla el lleno de los requisitos. Adicionalmente, continúa sin efectuar la segmentación de factores de riesgos basada en los datos recopilados de conocimiento del cliente, incumpliendo	Con el numeral 6.2.1 de la Circular Externa nro. 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud el numeral 5.2.2.2.6.2 de la Circular Externa nro. 20211700000005-5 de 2021.	X			
15	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico al no haber implementado el Plan de Continuidad del Negocio continúa incumpliendo, Asimismo, respecto a la base consolidada de eventos de riesgo operativo materializados, se señala que la IPS no entregó evidencia que dé cuenta del cumplimiento de	El numeral 2.1.3, literal c) del capítulo II-II y el 2.1.1. de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.	X			
16	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico continúa incumpliendo lo reglamentado, porque no ha realizado la proyección del flujo de caja de sus activos y pasivos en diferentes horizontes de tiempo, incorporando diferentes escenarios y no calcula los indicadores que le permitan conocer sus necesidades de liquidez y tomar las decisiones de manera oportuna para evitar la materialización del riesgo de liquidez.	Numeral 5.1.2 del capítulo II-II de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021	X			
17	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico presentó falencias en el reconocimiento, medición y presentación de las transacciones económicas realizadas con sus aliados durante 2024 y en consecuencia	Párrafos 19, 22 al 25, 29, 33, 42, 62, 71, 76 y 85 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, así como los numerales 3.1, 3.6 y 6.1	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	afectó la razonabilidad de su información financiera, toda vez que: i) Se identificaron facturas que no fueron reconocidas dentro de las cuentas por pagar aun cuando cumplían con los criterios para hacerlo, generando riesgo de subestimación de pasivos, ii) No se reconocieron costos asociados a la prestación de servicios por parte de los aliados, iii) Se reconocieron provisiones en lugar de cuentas por pagar en transacciones que no tenían ninguna incertidumbre, iv) Se presentó la totalidad de las cuentas por pagar como corrientes, aun cuando existen partidas con antigüedad superior a 360 días y v) no se revelaron hechos materiales que impactaron la operación de la ESE tales como la suspensión del contrato de alimentación	del Capítulo II, el literal d) del párrafo 64 del numeral 1 del Capítulo VI y el numeral 1.3.2.2 del Capítulo VI de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 e infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019				
18	La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no analizó los informes de ejecución presupuestal presentados por el Gerente ni emitió concepto sobre los mismos, toda vez que no se evidenció el registro en las actas respectivas de apartados que así lo comprobaran	Numeral 9 del artículo 2.5.3.8.4.2.7 del Decreto 780 de 2016	X			
19	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico entregó información incompleta y que carece de fiabilidad sobre adiciones y traslados presupuestales de la vigencia 2024, toda vez que: i) no se suministró la totalidad de actos administrativos que soportaran el valor de las adiciones certificadas por el gerente en el documento de ejecución presupuestal de ingresos de 2024 y ii) se observaron discrepancias en el total de actos administrativos informados por la administración de la ESE y el área de Control Interno	Numerales 11 y 12 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019	X			
20	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico en su proceso de programación presupuestal incorporó durante la vigencia 2024, apropiaciones que superaron la expectativa real de recaudo, lo que implicó la adquisición de compromisos sin contar con una fuente cierta que respaldara su pago, generando déficit presupuestal del recaudo frente a los compromisos adquiridos del 40,61% (\$74.571 millones)	Artículos 2, 5, 6, 7 y 21 del Decreto 115 de 1996, en concordancia con el artículo 17 de la Ley 1797 del 13 de julio de 2016	X			
21	El gerente de la Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no veló por la utilización eficiente de los recursos financieros de la entidad, toda vez que incluyó en el presupuesto de 2024 asignaciones destinadas al pago de los aliados estratégicos, los contratistas y otras obligaciones las cuales no fueron suficientes	Numerales 7 y 10 del artículo 4 del Decreto 139 de 1996	X		X	

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	para cubrir el valor a facturar durante la vigencia citada					
22	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico presentó situaciones que reflejan una gestión ineficiente de recursos que impactaron su viabilidad financiera y no contó con información financiera libre de errores materiales, en consecuencia, no observó el principio de contabilidad pública de negocio en marcha	Párrafo 41 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público	X			
23	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no ha efectuado la actualización de su manual de políticas contables	Artículo 2 de la Resolución 286 de 2023 y artículo 3 de la Resolución 413 de 2023 expedidas por la Contaduría General de la Nación, numeral 8.1.2 del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 y modificatorios, en concordancia con las normas previstas para el Sistema de Información Contable de los prestadores de servicios de salud en el artículo 185 de la Ley 100 de 1993	X			
24	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no presentó los estados financieros al 31 de diciembre de 2024 aplicando los criterios establecidos en el marco normativo aplicable a las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público toda vez que: i) no elaboró el Estado de Cambios en el Patrimonio con la estructura requerida, ii) no incluyó la afirmaciones que debe contener una certificación de estados financieros, iii) presentó falencias en la revelación de los pasivos y el patrimonio, iv) no efectuó la declaración explícita y sin reservas del cumplimiento del marco normativo, v) no reveló las limitaciones operativas y administrativas presentadas durante 2024 ni los hechos ocurridos de manera posterior al cierre, vi) no re-expresó los estados financieros de 2023, a pesar de que existían condiciones que lo justificaban y vii) consignó erradamente en las revelaciones, temáticas asociadas con la aplicación inapropiada de políticas y posibles riesgos de saldos no razonables	Artículo 37 de la Ley 222 de 1995, párrafos 10, 12, 15, 19, 22, 33 y 124 a 127 del Marco Conceptual para la preparación y presentación de la información financiera de las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público y numerales 3.6 y 6.4 del Capítulo II; 1.3.4.1, 1.3.6.2, 4.3 y 5.3 del Capítulo VI de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014 e infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019	X		X	
25	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no realizó la debida estimación y reconocimiento del deterioro de las cuentas por cobrar para la vigencia 2024, ni reveló si la estimación se realizó de manera individual o colectiva	Numeral 2.4 del Capítulo I de las Normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, incorporado al régimen de contabilidad pública en el artículo 1 de la Resolución 414 de 2014, numeral 1.2. de la sección de Cuentas por Cobrar del Manual de Políticas Contables y el artículo 17 del Manual de Cartera e infracción administrativa establecida en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019	X			
26	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no cuenta con la información de costos distribuida en sus unidades funcionales que le permita determinar el valor de los servicios ofrecidos y que le sirva de	Artículo 185 de la Ley 100 de 1993	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	herramienta gerencial para la contratación y toma de decisiones con las entidades responsables de pago					
27	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, NO garantiza el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la inscripción y habilitación de servicios ante la entidad territorial en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, toda vez que: 1) NO presta servicios y/o capacidad instalada a pesar de tenerlos habilitados en el REPS; 2) Presta servicios y/o capacidad instalada que NO están habilitadas en el REPS; incurriendo en el incumplimiento del	Artículo 5 capítulo I, artículo 9, numeral 12,3 del artículo 12 del capítulo III de la Resolución 3100 del 2019 este último modificado por el artículo artículo 5 de la resolución 544 de 2023; artículos 2.5.1.3.1.1, 2.5.1.3.2.6, parágrafo 2 del artículo 2.5.1.3.2.7 y el artículo 2.5.1.3.2.9 del Decreto 780 de 2016, numeral 8 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de Ley 1949 de 2019.	X			
28	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, No garantiza la atención de urgencias de manera integral, continua y oportuna que conlleve a la seguridad del usuario, toda vez que: i) No garantiza la atención oportuna en el servicio de urgencias ya que se evidencio usuarios clasificados triage II con tiempo de espera mayor a 30 minutos, ii) no garantiza el registro de la información del "triage" de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, iii) no activación de la ruta de salud mental con enfoque diferencial y protección especial, iv) la Sala de observación pediátrica y adultos no cumple con los espacios establecidos de 6 m2 por camilla, ni presenta barreras físicas móvil o fija entre camillas, ni cuenta con sistema de llamado de enfermería, v) no se garantiza una atención con calidad, resolutivez del problema y definición de conductas tendientes a disminuir el riesgo para el usuario, de acuerdo con su proceso de salud – enfermedad, vi) no prestación de los servicios de salud con accesibilidad, seguridad, continuidad y oportunidad.	Numeral 5.2 del artículo 5 y artículo 10 de la Resolución 5596 de 2015, artículo 14 de la Ley 1616 del 2013; numerales 18.15 y 18.16 del numeral 18 del Estándar de infraestructura del numeral 11.6 GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA 11.6.1 SERVICIO DE URGENCIAS del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, instrucción segunda y tercera de la Circular 013 de 2016, numerales 4.1 y 4.4 del numeral 4 de la Circular 035 del 2018.	X			
29	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, i) No garantiza el acceso efectivo y oportuno a la población gestante, ii) no garantiza la completitud de los kits de emergencia obstétrica.	numerales 4.7.6, 4.8.5 y 4.9.5 del Lineamiento Técnico y operativo nro. III y el anexo 7 contenidos en la Resolución 3280 de 2018, y el literal a, d y g del numeral 4 de la Circular Externa 047 de 2022 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	X			
30	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, NO garantiza el cumplimiento de las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los servicios de salud especialmente en salas de cirugía, toda vez que: 1) infraestructura se encuentra en inadecuadas condiciones de mantenimiento; 2) las salas no cuentan con	11.1.2. ""estándar de infraestructura del numeral 11.1. ""estándares y criterios aplicables a todos los servicios"" numeral 11.5.1 "servicio de cirugía" del numeral 11.5 "grupo quirúrgico" del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019, artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.2.1 y 2.5.3.8.1.7 del Decreto 780 de 2016.	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	adecuada limpieza y desinfección; 3) paredes o muros no son impermeables, presentando deterioros que generan partículas que aumentan el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud como las de sitio operatorio – ISO; 4) Inmobiliario con presencia de óxido incurriendo en el incumplimiento del numeral					
31	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, NO garantiza la seguridad del paciente con relación a la implementación de los procesos de esterilización, toda vez que: a) NO cuenta con los ambientes y áreas señalizadas unidireccionales de circulación restringida; b) autoclaves en un ambiente que no permite la limpieza y sanitización; c) no cuenta con las zonas de apoyo como área para elementos de aseo; d) existe solo un espacio para ingreso y salida del personal lo que llevaría a contaminar el material "estéril"; e) techo presenta resquebrajamiento generando partículas que contaminan el material estéril; f) No cuentan con mesa de transporte de equipos dentro de la central de esterilización, ni carros de transporte de equipos estériles y contaminados; g) las uniones entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, no cuentan media caña que evite la formación de aristas o de esquinas, h) no socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central, i) Presenta fallas en la marcación de los dispositivos estériles, toda vez que algunos productos presuntamente estériles que se encontraban en el servicio no contaban con ningún tipo de rotulo, j) No se garantiza la integridad de los dispositivos estériles, no se identifica cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad; k) no garantiza la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado, número límite de reusos, nuevo etiquetado, registros y validación de los dispositivos médicos en reuso; l) no realiza seguimiento ni trazabilidad de los productos después de ser despachados; incurre en el incumplimiento	de los numerales 25, 27, de las generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus características, numeral 41, 47, de las generalidades de las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección, numeral 2 del numeral 11.1.2. Estándar de infraestructura del numeral 11.1. Estándares y criterios aplicables a todos los servicios, numeral 13.1.9. del numeral 11.1.5. Estándar de procesos prioritarios, numeral 11 del numeral 11.1.6. Estándar de Historia Clínica y Registros, numeral 8 del estándar de infraestructura del numeral del 11.5.1 Servicio de Cirugía del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado por la resolución 3100 de 2019, literal b del numeral 1.6.2 Esterilización de insumos y artículos especiales; numeral 2.4.4 Bioseguridad y numeral 2.4.5 Normas generales de bioseguridad; literales c, d y e del numeral 3.2 Áreas de la Central de Esterilización, literal h del numeral 4. Equipos de esterilización y (ambientes suficientemente amplios); 5.2 Rótulos para empaque, numeral 11. Seguimiento y trazabilidad, capítulo II del manual de buenas prácticas de esterilización para los prestadores de servicios de salud adoptado por la Resolución 2183 de 2004.	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
32	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, incumple las responsabilidades relacionadas con los dispositivos médicos implantables, toda vez que: i) NO realiza diligenciamiento de la tarjeta de implante por triplicado, ii) No realizan trazabilidad de los dispositivos médicos, iii) NO cumple con la responsabilidad que tiene frente a la información veraz y completa de los dispositivos médicos utilizados en la ESE que garanticen el cumplimiento de las normas sanitarias; incurriendo en el incumplimiento de los	Artículos 40 y 64 del Decreto 4725 de 2005; artículo 31 de la Resolución 4816 de 2008.	X			
33	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza el cumplimiento de sus responsabilidades frente a los principios del derecho fundamental a la salud, definidos en	el c, d y e "principios" del artículo 6, literal a y p del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, numerales 1, 2 y 5 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016.	X			
34	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no implementa las practicas seguras obligatorias según su complejidad, incurriendo en el incumplimiento de los	numerales 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6,4.7;4.8; 4.9; 4.10 y 4.11 del numeral 11.1.5 estándar de procesos prioritarios del numeral 11.1 "Estándares y Criterios aplicables a todos los servicios" del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019.	X			
35	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, No garantiza atención de pacientes en cumplimiento de las normas de bioseguridad, toda vez que: No implementa el manual de bioseguridad, ni el manual de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias y de equipo biomédicos, incurriendo en el incumplimiento del	Numeral 12.5 del numeral 12 del numeral 11.1.5 "estándar de procesos prioritarios" y Numerales 41 y 42 Generalidades de las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección del numeral 11.1.2. "Estándar de infraestructura" del numeral 11.1 "estándares y criterios aplicables a todos los servicios", del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019.	X			
36	La Empresa Social Universitaria del Atlántico, incumple sus obligaciones de reporte de información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia, frente a: i) No reportó los indicadores dominio de Experiencia de la Atención para la vigencia 2024; ii) suministro de información inconsistente, incurriendo con lo dispuesto en	el artículo 5 y 6 de la Resolución 256 de 2016; para el que se adiciona un párrafo en el artículo 9 de la Resolución 3539 de 2019 y; artículos 2.5.1.5.2, 2.5.1.5.3 y 2.5.1.5.4 del Decreto 780 de 2016; y artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.	X			
37	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico No garantiza la atención de la población materno Perinatal en la reducción	las seis líneas estratégicas del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna v5, vinculante en la	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	de la morbilidad y mortalidad materna, incumpliendo	parte inicial o introductoria de la circular 047 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.				
38	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza la atención de consultas de control ambulatorio post parto, incumpliendo el	numeral 4.8.3 "Atenciones incluidas" del numeral 4.8 "Atención del Puerperio" del "Lineamiento Técnico y operativo ruta integral de atención en salud materno perinatal" adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018.	X			
39	La ESE Universitaria del Atlántico, NO garantiza el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la implementación del Lineamiento Técnico para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, toda vez que: i) No garantiza la disponibilidad de equipos antropométricos para la toma de medidas antropométricas, según la edad; ii) no realiza el seguimiento individual a los niños de cero (0) a 59 meses de edad con desnutrición aguda moderada y severa, que sean derivados hacia el manejo ambulatorio, iii) no realiza la evaluación de la adherencia al lineamiento técnico por tanto no formula un plan de mejoramiento con el correspondiente seguimiento, ni cuenta los indicadores de seguimiento y monitoreo, iv) no realiza las acciones de notificación de vigilancia en salud pública, de conformidad con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del SIVIGILA, a saber; v) no garantiza el fortalecimiento continuo de capacidades por parte del talento humano en salud, en lo relacionado con el lineamiento que desarrolla las atenciones en niños de cero (0) a 59 meses, para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa; vi) No Garantiza la prestación de servicios de salud con enfoque diferencial a los niños de cero (0) a 59 meses, con desnutrición aguda, moderada y severa, pertenecientes a la población indígena, implementando estrategias de búsqueda activa, atención extramural con traductores y teniendo en cuenta la cosmovisión, usos y costumbres de esta población vii) no ejecuta las actividades respecto de la adherencia al Lineamiento Técnico, incurriendo en el incumplimiento de los	artículos 1, 2 y 4 y numerales 11.3, 11.6, 11.7, 11.8, 11.9 del Artículo 11 de la Resolución 2350 de 2020 y numerales 1,5 y 9 del artículo 46 del Código de la Infancia y la Adolescencia Ley 1098 del 2006.	X			
40	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza la atención integral a las víctimas de violencia sexual, ya que no cumple con los pasos del Protocolo de	2.5, 2., 2.7, 2.9 y 2.13 de la resolución 459 de 2012, Capítulo III, Artículo 9 de la Ley 1146 de 2007 en especial el numeral 5,6 y 7.	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, toda vez que i) no se evidencia registro de la notificación del evento a SIVIGILA, ii) no se registra asesoría de VIH, iii) no se registra la evidencia de aplicación de los kit de violencia sexual y forense, así como el uso de los formatos seguimiento de los mismos, iv) seguimiento y conformación de laboratorios, del numeral					
41	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico al no gestionar atención integral de la violencia contra las mujeres, incumple lo establecido en el	literal a, d, e y g del artículo 8 de la Ley 1257 de 2008.	X			
42	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no cumple los deberes relacionados a la atención inclusiva para las poblaciones en condición de discapacidad; incumpliendo lo definido en	los literales a) y e) del numeral 2 del artículo 10 y artículo 14 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y, el numeral 4 de la Circular Externa 10 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social y; artículos 2 y 3 del numeral 2.2.4. del Capítulo 2 "Gestión de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud" y, literales b) "Adecuaciones para la prestación de las atenciones/intervenciones" y c) "Intervenciones de las RIAS" del numeral II del numeral 7.1.1. del capítulo 7 del numeral I. "lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018.	X			
43	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico no garantiza la atención en salud con enfoque diferencial étnico, en este sentido: i) No realiza la caracterización étnica de población indígena, afrocolombiana, palenquera o raizal en los registros institucionales, módulos de historia clínica ni en los sistemas de información de atención en salud. ii) No dispone de rutas o protocolos operativos que reconozcan prácticas culturales propias en los servicios de salud. iii) No cuenta con intérpretes de lenguas indígenas ni con personal capacitado o sensibilizado en enfoque diferencial étnico, generando barreras en la comunicación y acceso. iv) No implementa adecuaciones estructurales ni funcionales que permitan una atención respetuosa de la diversidad étnica, pese a contar con un protocolo institucional para tal fin, lo cual configura una vulneración	numeral 2.4 del artículo 2 de la Resolución 1964 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social.	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	al derecho a la salud con enfoque diferencial. Incumpliendo lo definido en el					
44	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, no garantiza el cumplimiento de los lineamientos de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, lo que vulnera los principios de priorización, atención integral, diferencial y no revictimización toda vez que; i) No se realiza procesos de caracterización que permitan la identificación oportuna de la población víctima del conflicto armado en los procedimientos de admisión y atención, lo cual limita la aplicación efectiva de los principios de acceso preferente y atención prioritaria. ii) No se aplican rutas específicas ni protocolos de atención clínica y psicosocial orientados a las víctimas del conflicto armado en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa, desconociendo los lineamientos establecidos iii) No realizan capacitación al talento humano en salud sobre la atención integral a víctimas del conflicto armado, lo cual afecta la calidad, pertinencia y enfoque diferencial de la atención brindada. iv) No se existen ni se realizan mecanismos de coordinación o articulación interinstitucional con las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV), lo que limita la implementación de una atención integral y coordinada, incumpliendo lo establecido en el	parágrafo 2 del artículo 47, artículos 53, 54 y 55 de la Ley 1448 de 2011, y los artículos 2.9.1.1.1, 2.9.1.1.2 y 2.9.1.1.4 del Decreto 1650 de 2022.	X			
45	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico frente la organización y respuesta para el control del dengue incumple las funciones que como Unidad Primaria Generadora de Datos le corresponde, toda vez que, i) no mantiene actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia, ii) no notifica la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, iii) se evidencia ausencia de información clínica y seguimiento: La base de datos no incluye signos de alarma, tratamiento administrado, resultados de laboratorio ni condición de egreso (mejorado, remitido, fallecido, etc.), lo cual impide hacer un análisis clínico integral o evaluar la calidad del manejo institucional de los casos; iv) Falta de vigilancia por	literales c y e del artículo 2.8.8.1.1.13. Funciones de las unidades primarias generadoras de datos del decreto 780 de 2016, literal a del numeral 2.3, numeral 2.4; literal a del numeral 4.3 de la circular 013 del 2023; y numerales 3.5 y 3.6 de la Circular 002 del 2023.	X			

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
	laboratorio: No hay evidencia de envío de muestras al Laboratorio de Salud Pública, lo cual contraviene lo estipulado en el protocolo de vigilancia para el dengue, que exige la toma y remisión de muestras en fase aguda (primeros 5 días de síntomas); v) presenta capacitaciones sin verificación efectiva de impacto no se evidenció un control sistemático de la asistencia del personal, ni un análisis del impacto de estas actividades sobre la calidad de la atención y la adherencia clínica. Varios documentos están incompletos o ilegibles, y no se garantiza su aplicabilidad en los servicios asistenciales; vi) Seguimiento institucional limitado a la adherencia clínica: si bien se presentó un informe institucional de evaluación de adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC), el mismo se limita al análisis de 26 historias clínicas, sin evidencias claras de retroalimentación al personal, ni del cierre de los hallazgos mediante un plan de mejora verificado y actualizado; incumpliendo lo establecido en los					
46	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, NO garantiza el adecuado registro de las Historias Clínicas, toda vez que: i) no registro de signos vitales, ii) deficiente calidad en registros clínicos, iii) no contiene los mínimos de una historia clínica; iv) algunos registros de la prestación de los servicios en salud no son concordantes sugiriendo inconsistencia en el registro, v) deficiencia en la custodia de la historia clínica, incurriendo presuntamente con lo dispuesto en los	artículos 2,3,4, 5 y 6 y 13 de la Resolución 1995 de 1999; el artículo 8 de la Ley 2015 del 2020.	X			
47	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, frente a la gestión de residuos hospitalarios y similares: a) NO cuenta con almacenamiento intermedio y central de residuos, que cumpla con las características exigidas normativamente para el almacenamiento seguro; b) no realiza segregación adecuada de los residuos hospitalarios; incurriendo presuntamente en el incumplimiento del	numeral 7.2.3. "Segregación en la fuente", numeral 7.2.6.1. y 7.2.6.2. del numeral 7.2.6 "Almacenamiento Intermedio", del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia – MPGIRH adoptado por la Resolución 01164 de 2002 y el artículo 2 de la Resolución 01164 de 2002; artículo 23 de la Resolución 04445 de 1996 del Ministerio de salud; artículo 2.8.10.6 del título 10 del Decreto 780 de 2016.	X			
48	La ESE Universitaria del Atlántico, presenta fallas en la gestión del sistema de información y atención al usuario, toda vez que, i) No cuenta con un sistema de información confiable y efectivo que permita la radicación, seguimiento y control de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias de los usuarios, que sea insumo para el plan de mejoramiento de la calidad; incurriendo en el incumplimiento del	numeral 2 del artículo 2.10.1.1.5. del Decreto 780 de 2016, Literal b del numeral 3.2 multicanales del Título VII Protección al usuario y Participación Ciudadana del Capítulo Primero Protección Al Usuario de la circular externa 008 del 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, literal L del Artículo 10 de la Ley 1751 de 2015.	X			

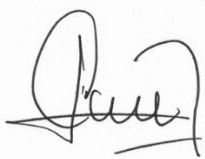
	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada	Incidencia del Hallazgo ⁹			
			A	F	D	P
49	La Empresa Social del Estado Universitaria del Atlántico, obstruye las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia, toda vez que, la información detallada en la tabla nro.68 no fue entregada de manera completa o no corresponde a lo solicitado, incumpliendo las instrucciones de entrega de información durante el desarrollo de la auditoria, incurriendo en el incumplimiento en los	numerales 11, 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de Ley 1949 de 2019.	X			

Firma del Equipo auditor


 Firma _____

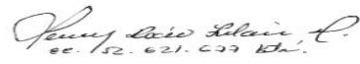
Nombre: Yamile González Restrepo
Profesional Especializado


 Firma _____

Nombre: Ana Paola Rios Cabra
Profesional Especializado

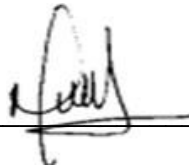

 Firma _____

Nombre: Sandra Milena Villegas Avila
Profesional Especializado


 Firma _____

Nombre: Yenny Rocio Tulcán Hernández
Profesional Especializado

	AUDITORÍAS	CÓDIGO	ATFT03
	INFORME DE AUDITORÍA	VERSIÓN	01
		FECHA	16/09/2022

Firma 

Nombre: Maria Fernanda Mancipe Gomez
Profesional Especializado

Firma 

Nombre: Karen Alexandra Ostos Forero
Profesional Especializado

Fecha: Bogotá D.C, 2 de abril de 2025.