

Bogotá D.C, Diciembre 23 de 2025

Doctores

CARLOS FERNANDO GONZÁLEZ PRADA

Director Administrativo,

GUSTAVO AXEL VARGAS GALINDO

Director Científico,

JEFFREY MANOLO TORRES VALLADARES

Líder de Proyecto de Mantenimiento y Arquitectura,

WANDERLEY ORJUELA BARRETO

Líder de Proyecto Farmacia,

YANET CRISTINA GIL ZAPATA

Directora Financiera,

OLGA PATRICIA CHACÓN

Líder de Proyecto Tesorería,

ADRIANA VANESSA CABALLERO HERNÁNDEZ

Coordinadora de Apoyo y Enlace Administrativo Sede HR Y UF Zipaquirá,

ANA CAROLINA SERNA

Coordinadora Sede UF Zipaquirá,

NESTOR ANDRÉS RODRÍGUEZ ORDÓÑEZ

Gestor Asistencial Sede HR Zipaquirá

E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana

E.

S.

D.

REFERENCIA: INFORME AUDITORÍA ARQUEOS DINEROS PÚBLICOS EN CAJAS - 2025

Cordial Saludo:

Se adjunta el Informe de Auditoría de Arqueos de Dineros Públicos en Cajas, correspondiente a la vigencia 2025, por lo que se solicita que, dentro de los próximos cinco (5) días hábiles, se elabore el Plan de Mejoramiento para atender las recomendaciones que lo requieran, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento 02CIN01-V2 (Actividad 21), el instructivo "Lineamiento Oportunidades de Mejora" identificado con el código 06GIC03-V2, y los lineamientos definidos en el procedimiento "Formulación, Seguimiento y Cierre del Plan Único de Mejora por Procesos", identificado con el código 02GIC03-V10.

Anexo: Cuarenta y dos (42) folios

Cordialmente;



YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA

Jefe Oficina Asesora de control Interno

c.c. Jorge Andrés López Quintero – Gerente

Aprobó: Yetica Jhasvelli Hernández Ariza

Elaboró: Claudia Yamile Rubiano

Revisó: Claudia Yamile Rubiano



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

NIT. 899.999.032-5

AUDITORÍA ARQUEOS DINEROS PÚBLICOS EN CAJAS - 2025

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, DICIEMBRE DE 2025

INDICE

1. Aspectos generales	3
1.1. Objetivo	3
1.1.1. Objetivos Específicos.....	3
1.2. Alcance de la Auditoría	3
1.3. Metodología de la Auditoría	3
1.4. Base Legal	4
1.5. Normas Internas.....	4
1.6. Objetivos Estratégicos Asociados a la Auditoría.....	5
1.7. Políticas Asociadas a la Auditoría	6
1.8. Riesgos identificados por los Procesos y asociados a la Auditoría.....	10
1.9. Indicadores del Proceso Auditado.....	12
1.9.1. Flujo de Caja Disponible en Efectivo y Equivalentes	12
1.10. Estándares de Acreditación Asociados a la Auditoría.....	14
1.11. Componentes y Elementos del MECI	15
2. Resultados de los Arqueos realizados	15
2.1. Arqueos Cajas Menores.....	15
2.2. Seguimiento a actividades Procedimiento Manejo y Custodia de Dineros públicos en caja y Arqueo Cajas Urgencias y Facturación Sedes HRZ y UFZ	26
3. Seguimiento a recomendaciones anteriores y Planes de mejora formulados	32
4. Recomendaciones.....	33
4.1. Recomendaciones 2025.....	33
4.2. Recomendaciones Anteriores	38

1. Aspectos generales

1.1. Objetivo

Realizar el seguimiento integral al uso y manejo de los dineros públicos administrados en las cajas del Hospital Universitario de la Samaritana, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 87 de 1993, Artículo 12, numeral g, así como de los procedimientos institucionales definidos para la gestión de recursos públicos. El propósito es verificar la correcta aplicación de los lineamientos normativos y garantizar la transparencia, eficiencia y legalidad en la administración de los fondos.

1.1.1. Objetivos Específicos

Verificar el cumplimiento de los procedimientos institucionales establecidos para el recibo, manejo y custodia de los dineros públicos en las cajas del hospital.

Evaluar la legalidad y pertinencia de los actos administrativos relacionados con la constitución, modificación y funcionamiento de las cajas menores.

Revisar la trazabilidad de las operaciones financieras, asegurando que los registros contables y soportes documentales reflejen de manera fidedigna las transacciones realizadas.

Analizar la eficiencia en el uso de los recursos públicos, identificando posibles inconsistencias, sobrecostos o debilidades en la ejecución de los rubros.

Comprobar la existencia física de los recursos mediante arquezos de caja y conciliaciones con los saldos bancarios correspondientes.

Identificar riesgos asociados al manejo de los dineros públicos y proponer acciones de mejora que fortalezcan el sistema de control interno.

Garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en la administración de los fondos, alineando la gestión con los principios de eficiencia, eficacia y legalidad establecidos en la Ley 87 de 1993.

1.2. Alcance de la Auditoría

La auditoría comprende la revisión del procedimiento institucional establecido para el **recibo, manejo y custodia de los dineros públicos**, a cargo de los servidores responsables de esta función. El alcance incluye la validación de la aplicabilidad de dichos procedimientos y de los actos administrativos que regulan la constitución, modificación y funcionamiento de las cajas menores, asegurando que las operaciones financieras se ejecuten conforme a la normativa vigente y a los principios de control interno.

1.3. Metodología de la Auditoría

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo Décimo Quinto de la Resolución No. 025 del 21 de enero de 2025, la Oficina de Control Interno de sus propios mecanismos de verificación y evaluación para garantizar el correcto manejo de los recursos asignados a las cajas: menores, principales y de facturación y frente a sus responsables.

En desarrollo de esta metodología, la Oficina solicitó los actos administrativos relacionados con la constitución, modificación y demás disposiciones aplicables a las cajas menores durante la vigencia 2025, así como los saldos en bancos de las cuentas vinculadas a cada una de ellas.

Una vez recibida la documentación, se procedió a:

Realizar arquezos físicos de los dineros públicos disponibles en las cajas: menores, principales y de facturación.

Verificar la ejecución de cada uno de los rubros, contrastando los registros contables con la documentación soporte.

Revisar de manera aleatoria los comprobantes de las compras reconocidas, validando su pertinencia, legalidad y correspondencia con los procedimientos institucionales.

Evaluar la trazabilidad y consistencia de la información financiera, asegurando que los registros reflejen de manera fidedigna las operaciones realizadas.

Este enfoque metodológico permitió identificar hallazgos, desviaciones y oportunidades de mejora, garantizando que la auditoría se desarrollara bajo criterios de transparencia, objetividad y control basado en riesgos.

1.4. Base Legal

- Constitución Política de Colombia de 1991 - Principios de transparencia, responsabilidad y control en el manejo de los recursos públicos.
- Ley 87 de 1993 - Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades del Estado.
- Ley 610 de 2000 - Procedimiento de responsabilidad fiscal aplicable a los servidores públicos y particulares que administren recursos públicos.
- Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) - Refuerza los mecanismos de control y sanción frente al uso indebido de recursos públicos.
- Decreto 1876 de 1994 - Reglamenta aspectos relacionados con la administración de recursos y control interno.
- Decreto 1599 de 2005 - Adopta el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), aplicable a todas las entidades públicas.
- Decreto 943 de 2014 - Actualiza el MECI y lo articula con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Ley 1952 de 2019 (Código General Disciplinario) - Regula las faltas disciplinarias relacionadas con el manejo de recursos públicos.
- Resolución Interna No. 025 de 2025 - Constituye cuatro (4) cajas menores para la vigencia 2025, designa responsables y determina su manejo y funcionamiento en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
- Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas (Función Pública, 2025) - Lineamientos técnicos para la verificación y evaluación de procesos financieros y administrativos.
- Todas las demás disposiciones aplicables en materia de control fiscal, disciplinario y gestión de recursos públicos.

1.5. Normas Internas

Resolución Interna No. 025 de 2025. Constituye cuatro (4) cajas menores para la vigencia 2025, designa responsables y determina su manejo y funcionamiento en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en su Artículo 2º; Designar responsables del manejo y funcionamiento de dichas cajas menores de la siguiente manera:

- ✓ **Caja Menor No. 1: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**
Responsable: Carlos Fernando González Prada
Valor asignado: Seis millones doscientos noventa y dos mil pesos (\$6.292.000).

- ✓ **Caja Menor N. 2: MANTENIMIENTO**
Responsable: Jeffrey Manolo Torres Valladares
Valor asignado: Tres millones quinientos veinticuatro mil pesos (\$3.524.000).
- ✓ **Caja Menor N. 3: FARMACIA**
Responsable: Wanderley Orjuela Barreto
Valor asignado: Once millones setenta y cuatro mil pesos (11.074.000): para Bogotá; Cinco millones quinientos treinta y siete mil pesos (\$5.537.000) y para la Sede HR de Zipaquirá; Cinco millones quinientos treinta y siete mil pesos (\$5.537.000).
- ✓ **Caja Menor N. 4: SEDES UF Y HR DE ZIPAQUIRÁ**
Responsable: Gustavo Axel Vargas Galindo
Valor asignado: Catorce millones cuatrocientos setenta y dos mil pesos (14.472.000):
Distribución del valor asignado:
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA: Sede HRZ; Seis millones doscientos noventa y dos mil pesos (\$6.292.000) para la Sede Hospital Regional de Zipaquirá y Sede UFZ; Tres millones ciento cuarenta y seis mil pesos (\$3.146.000).
MANTENIMIENTO: Sede HRZ; Tres millones quinientos veinticuatro mil pesos (\$3.524.000) y Sede UFZ; Un millón quinientos diez mil pesos (\$1.510.000).

Procedimiento Apertura, Manejo y Control de Cajas Menores, identificado con el Código 02GFI11-V5, cuya última actualización fue realizada el 27 de junio de 2023. El objetivo del procedimiento es: "Controlar los recursos destinados para las cajas menores, en lo referente a la apertura autorización de compras, reembolsos y liquidación para cubrir pequeños gastos en las áreas de Bienes, Compras y Suministros, Arquitectura y Mantenimiento, y Farmacia de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, Sedes Unidad Funcional y Hospital Regional de Zipaquirá."

Procedimiento Manejo y Custodia de dineros públicos en caja, identificado con el Código 02GFI22-V3, cuya última actualización fue realizada el 27 de junio de 2023. El objetivo del procedimiento es: "Garantizar el adecuado manejo y custodia de los dineros públicos entregados por los usuarios, en contraprestación de un servicio de salud a los auxiliares de facturación (Servidores públicos – Trabajadores en misión) de las cajas designadas por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, Sedes UF y HR de Zipaquirá."

1.6. Objetivos Estratégicos Asociados a la Auditoría

De conformidad con lo establecido en el Acuerdo No. 041 de 2024, "Por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2024–2028 y el Plan Operativo Anual Armonizado de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana", y específicamente en el numeral 5°, se adoptó una metodología participativa que involucró activamente a representantes de las diferentes partes interesadas de la institución. Como resultado de este ejercicio colectivo, se definieron nueve (9) objetivos estratégicos orientados a fortalecer el desempeño institucional en el marco del periodo 2024–2028.

En el marco de la presente auditoría interna, se determinó que tres (3) de los objetivos estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo Institucional 2024–2028 guardan una relación directa y significativa con el objeto de evaluación, específicamente en lo referente al seguimiento y control del manejo de los dineros públicos administrados en las cajas del Hospital Universitario de la Samaritana. Esta vinculación evidencia la importancia de la auditoría como herramienta de apoyo a la gestión estratégica, al contribuir al cumplimiento

de metas institucionales relacionadas con la sostenibilidad financiera, el fortalecimiento del sistema de control interno y la eficiencia administrativa.

En consecuencia, los objetivos estratégicos identificados como directamente relacionados con el tema de la auditoría se detallan a continuación, destacando su pertinencia en la verificación de la transparencia, legalidad y eficiencia en la administración de los recursos públicos.

Objetivo Estratégico	Relación con la Auditoría de Arqueos de Dineros Públicos
No. 4. Lograr un Incremento del 20% en el valor EBITDA de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para el año 2028, mediante la implementación de un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro, asegurando la sostenibilidad financiera y la eficiencia en los procesos administrativos a largo plazo.	El arqueo asegura que los recursos públicos se administren con transparencia y eficiencia, evitando sobrecostos o irregularidades que afecten la sostenibilidad financiera.
No. 7. Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028.	La auditoría de arqueos es un mecanismo de control interno que valida el cumplimiento normativo y fortalece los estándares de calidad exigidos por el SGI y el MIPG.
No. 9. Actualizar y renovar en un 25% la infraestructura física y tecnológica del Hospital Universitario de La Samaritana para el año 2028, fomentando de manera eficiente el registro de información clínica mediante el sistema de gestión hospitalaria electrónica con el objetivo de mejorar la eficiencia administrativa y la calidad de la atención al paciente.	El arqueo garantiza que los recursos destinados a infraestructura y sistemas hospitalarios electrónicos se administren de manera transparente y eficiente.

1.7. Políticas Asociadas a la Auditoría

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana dispone actualmente de un marco normativo institucional compuesto por dieciocho (18) políticas y dos (2) manuales, los cuales constituyen instrumentos fundamentales de orientación, regulación y control para el desarrollo de sus procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Dichos documentos establecen lineamientos claros en materia de gestión administrativa, financiera, clínica, ambiental, social y de talento humano, asegurando que la entidad opere bajo principios de legalidad, transparencia, eficiencia y responsabilidad social.

Este conjunto normativo no solo respalda la gestión cotidiana de la institución, sino que también sirve de referencia obligatoria en el contexto de las auditorías internas, al proporcionar criterios de evaluación y parámetros de cumplimiento que permiten verificar la correcta aplicación de los procedimientos, la trazabilidad de las operaciones y la alineación con los objetivos estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo 2024-2028.

01 Políticas, Programas y Manuales (26)

- 01GE05-V1 POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA (V 1.0)
- 01GE12-V1 POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (V 1.0)
- 01GE26-V1 POLÍTICA PRESCRIPCIÓN (V 1.0)
- 01GES02-V2 POLÍTICA GESTIÓN DOCUMENTAL (V 2.0)
- 01GES03-V7 POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO (V 7.0)
- 01GES04-V4 POLÍTICA DAÑO ANTIDURÍDICO (V 1.0)
- 01GES06-V2 POLÍTICA DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO (V 2.0)
- 01GES07-V2 MANUAL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERROSRISMO - SARLAFT (V 2.0)
- 01GES08-V3 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (V 3.0)
- 01GES09-V1 POLÍTICA DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO (V 1.0)
- 01GES10-V4 POLÍTICA AMBIENTAL (V 4.0)
- 01GES11-V4 POLÍTICA DOCENCIA, INNOVACIÓN Y GESTION DEL CONOCIMIENTO (V 4.0)
- 01GES12-V2 POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (V 2.0)
- 01GES13-V1 POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN (V 1.0)
- 01GES14-V2 POLÍTICA NO REUSO DE DISPOSITIVOS MEDICOS DE UNICO USO (V 2.0)
- 01GES15-V1 POLÍTICA DE CONTROL INTERNO (V 1.0)
- 01GES16-V2 RESPONSABILIDAD SOCIAL (V 2.0)
- 01GES17-V2 POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (V 2.0)
- 01GES18-V2 POLÍTICA DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO Y TRANSFORMACIÓN CULTURAL (V 2.0)
- 01GES20-V2 MANUAL DE INTEGRIDAD (V 2.0)

02 Procedimiento (16)

De las dieciocho (18) políticas y dos (2) manuales con los que cuenta la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se identificó que cinco (5) políticas guardan una relación directa y significativa con el objeto de la presente auditoría interna independiente, en tanto que establecen lineamientos normativos, éticos y operativos que regulan el manejo de los recursos públicos y fortalecen el sistema de control institucional. Estas políticas constituyen el marco de referencia para la verificación de la transparencia, legalidad, eficiencia y trazabilidad en la administración de los dineros públicos en las cajas menores del hospital. Las políticas asociadas son:

Código	Nombre del Documento	Relación con la Auditoría de Arqueos
01GES02-V2	Política de Gestión Documental	Relevante para la auditoría al validar la existencia, organización y trazabilidad de soportes de gasto y actos administrativos.
01GES03-V7	Política de Administración del Riesgo	Permite identificar, valorar y mitigar riesgos asociados al manejo de efectivo, custodia y ejecución presupuestal en cajas menores.
01GES06-V2	Política de Calidad y Mejoramiento Continuo	Alinea la auditoría con los procesos de mejora institucional, asegurando eficiencia y legalidad en el uso de recursos.
01GES07-V2	Manual Sistema de Administración de Riesgos de lavado de Activos y financiamiento del terrorismo - SARLAFT	Aunque enfocado en prevención de lavado de activos, establece controles financieros que pueden ser revisados en auditorías de arqueo.
01GES20-V2	Manual de Integridad	Refuerza los principios éticos y de transparencia que deben regir la administración de fondos públicos.

La Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, como parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, establece lineamientos fundamentales para garantizar la transparencia, el control y el uso eficiente de los recursos asignados en los arcos de dinero público. Aunque no existen políticas específicas para los arcos en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, esta norma fomenta la responsabilidad en el manejo de fondos, promoviendo prácticas que minimicen riesgos de irregularidades. En este contexto, los arcos se convierten en una herramienta clave para verificar la correcta ejecución del presupuesto y asegurar que los recursos cumplan su finalidad.

Por lo tanto, se recomienda adoptar e implementar esta política mediante un acto administrativo para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, asegurando así la integridad y eficiencia en la gestión financiera.

No obstante, en el contexto del Marco General del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el cual está conformado por diecinueve (19) políticas de gestión pública, se establece un conjunto de directrices estratégicas que orientan el funcionamiento institucional hacia la eficiencia, la transparencia, la calidad en la prestación de servicios y el fortalecimiento del control interno. Estas políticas constituyen el marco de referencia obligatorio para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los procesos administrativos, operativos y misionales, incluyendo aquellos relacionados con la administración del servicio de alimentos en el Hospital Universitario de la Samaritana.



FUNCIÓN PÚBLICA

2.3. Políticas de Gestión y Desempeño Institucional

Las políticas de Desarrollo Administrativo que establecía la Ley 489 de 1998, cambian su denominación a políticas de Gestión y Desempeño Institucional, las cuales se entienden como el conjunto de lineamientos, directrices e instrucciones formulados por las entidades líderes de política para el desarrollo de la gestión y el desempeño institucional de las entidades y organismos del Estado; estas políticas pueden operar a través de planes, programas, proyectos, metodologías o estrategias y pueden contar con instrumentos de recolección de información administrados por una o varias de las entidades líderes. Las 19 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional se enuncian a continuación:

1. Planeación Institucional
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
3. Talento humano
4. Integridad
5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
7. Servicio al ciudadano
8. Participación ciudadana en la gestión pública
9. Racionalización de trámites
10. Archivos y Gestión documental
11. Gobierno Digital
12. Seguridad Digital
13. Defensa jurídica
14. Gestión del conocimiento e innovación
15. Control interno
16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
17. Mejora Normativa
18. Gestión de la Información Estadística
19. Compras y contratación pública

El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información. Así mismo, es compatible con los modelos de acreditación específicos, establecidos para los sectores de Educación y Salud.

3. Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG

En 2018 se actualizó la denominación de esta política, que originalmente solo tenía alcance en materia de gestión documental.

Mediante Decreto 1299 de 2019 se incorpora la política de Mejora Normativa a cargo del Ministerio de Justicia y del Derecho.

Aprobada en la Sesión del Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional del 18 de octubre de 2019 y aceptada mediante Decreto 454 de 2020.

En el marco del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)**, adoptado como referente obligatorio para la gestión pública en Colombia, se establecen diecinueve (19) **políticas de Gestión y Desempeño Institucional**, orientadas a fortalecer la eficiencia administrativa, la transparencia, la calidad en la prestación de servicios y el control interno en las entidades del Estado.

Estas políticas operan como directrices estratégicas que articulan los sistemas de planeación, evaluación, control y mejora continua, y son aplicables a todos los procesos misionales, estratégicos y de apoyo de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

En el contexto específico de la **auditoría interna independiente sobre el manejo de los dineros públicos en las cajas menores – Vigencia 2025**, se identifican nueve (9) **políticas MIPG** que guardan una relación directa con el objeto de evaluación, en tanto que proporcionan criterios normativos, operativos y éticos para verificar la legalidad, trazabilidad y eficiencia en la administración de los recursos públicos.

Las políticas MIPG directamente asociadas a esta auditoría son:

Política MIPG	Relación con la Auditoría de Arqueos de Dineros Públicos
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	La auditoría verifica que los recursos públicos asignados a cajas menores se administren con eficiencia, legalidad y trazabilidad.
4. Integridad	Refuerza los principios éticos en el manejo de fondos públicos, asegurando transparencia y responsabilidad en cada transacción.
5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	La auditoría contribuye a la rendición de cuentas y previene prácticas indebidas en la ejecución de recursos.
6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	El proceso de arqueos permite identificar oportunidades de mejora en los procedimientos administrativos relacionados con el manejo de efectivo.
10. Archivos y gestión documental	La auditoría valida la existencia, organización y conservación de soportes contables, administrativos y financieros que respaldan las operaciones en cajas menores.
14. Gestión del conocimiento e innovación	Los hallazgos y recomendaciones derivados de la auditoría alimentan el aprendizaje institucional y la mejora continua en la gestión financiera.
15. Control interno	La auditoría de arqueos es una herramienta clave para evaluar la efectividad del sistema de control interno en el manejo de recursos públicos.
16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Los resultados de la auditoría permiten medir el cumplimiento de metas, identificar desviaciones y fortalecer la gestión institucional.
19. Compras y contratación pública	Aunque indirecta, la auditoría puede revisar la legalidad y trazabilidad de adquisiciones menores realizadas con recursos de caja, asegurando cumplimiento normativo.

Estas políticas constituyen el marco de referencia para la formulación de observaciones, hallazgos y recomendaciones, y permiten que la auditoría se alinee con los principios rectores del MIPG, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de control interno, la mejora de los procesos administrativos y la garantía de una gestión financiera transparente y eficiente.

1.8. Riesgos identificados por los Procesos y asociados a la Auditoría

Se llevó a cabo la revisión de la Matriz de Riesgo Institucional 2025, matriz con fecha de publicación mayo 19 de 2025, la cual podrá ser consultada como Matriz de Riesgos Institucional 2025, la cual se encuentra disponible en la página web de la entidad a través de la siguiente ruta de acceso: Transparencia y Acceso a la Información → Planeación, Gestión y Control → Planes, Programas y Proyectos → Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 → Matriz de Riesgos Institucional 2025.

La matriz Institucional relacionada anteriormente se encuentra vigente a la fecha del presente informe e identifica un total de Setenta y ocho (78) riesgos con las siguientes tipologías de riesgos: Con tipología Fiscal, cinco (5) riesgos; con tipología Operacional, cincuenta y seis (56); con tipología Seguridad Digital, tres (3) y con tipología SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude, catorce (14); a continuación se relacionan por proceso:

PROCESO	CANTIDAD RIESGOS
Gestión Apoyo Diagnóstico	3
Gestión Servicios Hospitalarios	7
Gestión Servicios Quirúrgicos	2
Atención al Usuario, Familia y Comunidad	1
Control Interno	2
Bienes y Servicios	6
Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento	3
Gestión de Hotelería Hospitalaria	3
Gestión Integrada de la Calidad	5
Gestión de la Información TIC	4
Gestión Servicios Ambulatorios	1
Tecnología Biomédica	2
Gestión del Talento Humano	4
Gestión Estratégica	1
Gestión Financiera	12
Gestión Jurídica	3
Gestión Servicio de Urgencias	3
Gestión Servicios Complementarios	6
Ingeniería Hospitalaria	4
Inteligencia de Mercados	3
Gestión Salud Pública	3
TOTAL RIESGOS MATRIZ INSTITUCIONAL 2025	78



Matriz de Riesgos SICOF (CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE) 2025 V2, con fecha de publicación Mayo 19 de 2025, la cual podrá ser consultada como Riesgos SICOF 2025 V2; con ruta de acceso desde la página web: Transparencia y Acceso a la Información → Planeación, Gestión y Control → Planes, Programas y Proyectos → Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 → Riesgos SICOF 2025 V2. La matriz de Riesgos SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude) 2025, relacionada anteriormente se encuentra vigente a la fecha del presente informe e identifica un total de catorce (14) riesgos de los procesos:

PROCESO	CANTIDAD RIESGOS
Bienes y Servicios	3
Gestión de la Información TIC	1
Tecnología Biomédica	1
Gestión del Talento Humano	2
Gestión Financiera	4
Gestión Jurídica	1
Gestión Servicios Complementarios	1
Ingeniería Hospitalaria	1
TOTAL RIESGOS SICOF 2025	14

Como parte del proceso de planeación de la auditoría, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la Matriz de Riesgo Institucional 2025 y de la Matriz de Riesgos SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude) correspondientes a la misma vigencia. Ambas herramientas fueron consideradas como insumos fundamentales para la identificación y valoración de riesgos potenciales asociados al objeto de la presente auditoría, específicamente en lo relacionado con el manejo de los dineros públicos en las cajas menores y caja principal de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

El examen detallado de dichas matrices permitió establecer que se encuentran registrados tres (3) riesgos directamente vinculados con el tema de la auditoría, los cuales constituyen puntos críticos de control y deben ser objeto de verificación durante el desarrollo del proceso. Estos riesgos se presentan a continuación en la tabla respectiva, con el fin de garantizar su adecuada trazabilidad y seguimiento dentro del informe de auditoría.

Número del Riesgo	Código	Proceso Institucional	Tipología	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)
30	GF22012	Gestión Financiera	SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude)	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros por inadecuado manejo (jineteo) en las cajas menores o caja principal, cuentas de anticipos (cuotas moderadoras y/o copagos).	Falta de verificación en el cumplimiento de los arqueos de acuerdo a lo establecido en la institución	Pérdidas Económicas FORMAS DE MATERIALIZACIÓN: Cuando hay novedades en los arqueos de caja Cuando hay faltantes y sobrantes en los cuadros de caja sin justificación pertinente y validado por la jefe de tesorería	Extremo
38	GF25090	Gestión Financiera	OPERACIONAL	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido a falta de identificación y seguimiento a errores en los registros diarios de la información de cierre de caja, inoportunidad en la verificación por parte de la tesorería de la afectación de los registros en sistema de Información registrada por los cajeros, facturadores o responsables de recaudo y falta de adherencia a procesos y procedimientos Institucionales	Falta de identificación y seguimiento a errores en los registros diarios de la información de cierre de caja Inoportunidad en la verificación por parte de la tesorería de la afectación de los registros en sistema de Información registrada por los cajeros, facturadores o responsables de recaudo Falta de adherencia a procesos y procedimientos Institucionales	Inconsistencia en la información reportada a entes de control, investigación, multa, sanción, demanda e intervención FORMAS DE MATERIALIZACIÓN: Diferencias de información entre los módulos (no justificadas) Por denuncia o investigación de algún ente de control	Alto

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		
	CONTROL INTERNO		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE		
	05CIN01-V2		
		05GIC92-V1	

Número del Riesgo	Código	Proceso Institucional	Tipología	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)
39	GF25091	Gestión Financiera	FISCAL	Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por reconocimiento o causación de cuentas por pagar de bienes y servicios, OPS y temporales a razón de no contar con Registro presupuestal y falta de adherencia a los procedimientos institucionales	No contar con Registro presupuestal Falta de adherencia a los procedimientos institucionales	Sanción, investigación, intervención FORMAS DE MATERIALIZACIÓN: Reconocimiento o causación de cuentas por pagar de bienes y servicios, OPS y temporales sin el Registro presupuestal.	Alto

1.9. Indicadores del Proceso Auditado

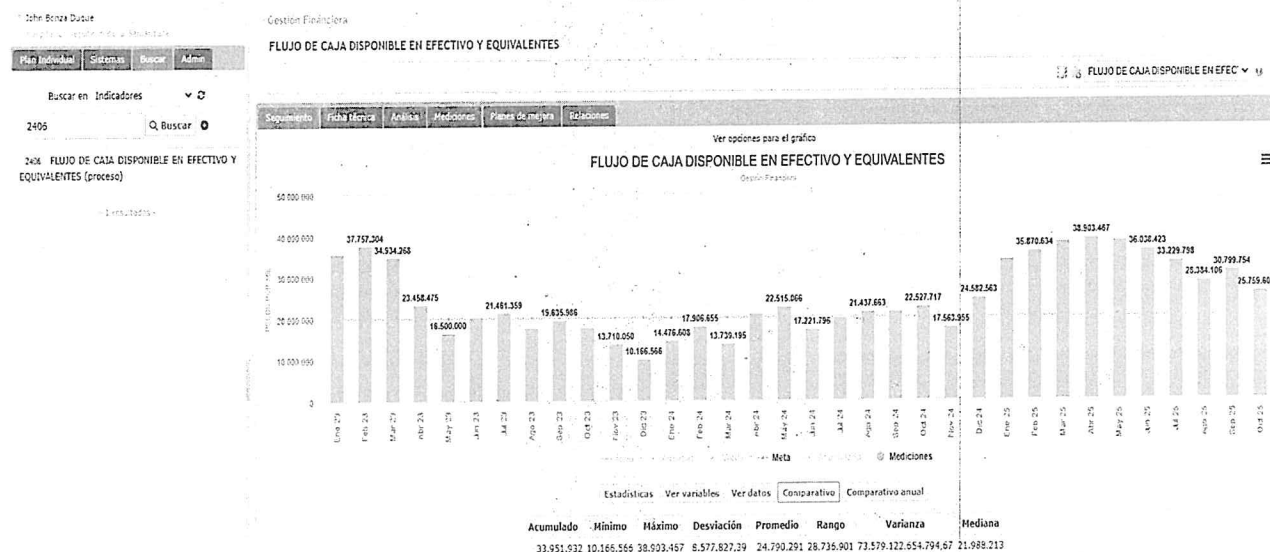
1.9.1. Flujo de Caja Disponible en Efectivo y Equivalentes

En el Sistema de Gestión Integral "ALMERA", se llevó a cabo una verificación de indicadores, encontrando en el proceso de Gestión Financiera el indicador identificado con el código 2406, denominado "Flujo de Caja Disponible en Efectivo y Equivalentes". A continuación, se detalla su composición se muestra la evolución del indicador en la tabla junto con su correspondiente gráfica.

Composición del Indicador

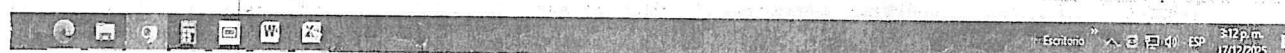
Frecuencia	Mensual
Objetivo Institucional	Sostenibilidad financiera.
Variables	1. Saldo de Efectivo en Caja y Banco del Mes Anterior
	2. Ingresos en Caja y Banco del Mes de Medición
	3. Gastos en Caja y Bancos del Mes de Medición
Formula	$(\text{Saldo de Efectivo en Caja y Banco del Mes Anterior} + \text{Ingresos en Caja y Banco del Mes de Medición}) - \text{Gastos Caja y Bancos del Mes de Medición}$

Resultados del Indicador



Periodos *	Indicador	Indicador	Meta	Calificación	% Variación
Enero	14.476.608	33.951.260	20.000.000	169,8%	134,52
Febrero	17.905.655	35.870.634	20.000.000	179,4%	100,32
Marzo	13.739.195	38.194.044	20.000.000	191,0%	177,99
Abril	21.022.712	38.903.467	20.000.000	194,5%	85,05
Mayo	22.515.066	38.388.325	20.000.000	191,9%	70,50
Junio	17.221.796	36.038.423	20.000.000	180,2%	109,26
Julio	19.895.990	33.229.799	20.000.000	166,2%	67,02
Agosto	21.437.653	28.384.106	20.000.000	141,9%	32,40
Septiembre	21.358.516	30.799.754	20.000.000	154,0%	44,20
Octubre	22.527.717	25.759.605	20.000.000	128,8%	14,35
Noviembre	17.563.955				
Diciembre	24.592.563				
Acumulado	19.520.703	33.951.932	20.000.000		

Mostrando registros del 1 al 12 de un total de 12 registros



Meta establecida: Para este indicador es de \$20.000.000, con una periodicidad Mensual.

Comportamiento mensual: Durante los primeros 10 meses del año, el indicador superó consistentemente la meta, con calificaciones entre 128.8% y 194.5%, lo que refleja una disponibilidad de caja superior a lo esperado.

Los meses con mayor desempeño fueron:

Abril: \$38.903.467 (194.5%)

Marzo: \$38.194.044 (191.0%)

Mayo: \$38.828.325 (191.9%)

Los meses con menor variación positiva fueron:

Octubre: \$25.799.605 (128.8%)

Agosto: \$28.344.106 (141.9%)



Variación porcentual: El % de variación muestra una tendencia decreciente desde marzo (177.99%) hasta octubre (14.35%), lo que podría indicar una reducción progresiva en el excedente de caja disponible respecto a la meta.

Meses sin calificación: Noviembre y diciembre no presentan datos de calificación ni variación, lo que sugiere: Que hay retrasos en el registro y validación del indicador, mes de noviembre.

Promedio acumulado: El valor acumulado del indicador es de \$33.951.932, lo que representa un cumplimiento global de 169.8% frente a la meta anual, evidenciando una gestión financiera sólida en términos de liquidez.

El comportamiento del indicador evidencia un desempeño sobresaliente durante la mayoría de los meses del año, superando ampliamente la meta establecida y reflejando una sólida capacidad de generación y disponibilidad de flujo de caja operativo por parte de la institución. Este resultado sugiere una gestión financiera eficiente, con niveles de liquidez que han permitido atender las obligaciones corrientes sin restricciones significativas.

No obstante, se observa una tendencia descendente en el porcentaje de variación mensual, especialmente a partir del segundo semestre, lo cual merece especial atención. Esta disminución progresiva podría estar

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	
	CONTROL INTERNO	
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	
	05CIN01-V2	
		05GIC92-V1

anticipando presiones de liquidez hacia el cierre del ejercicio fiscal, derivadas de factores como el incremento en los compromisos financieros, la reducción en los ingresos operacionales o la acumulación de cuentas por pagar. En consecuencia, se recomienda realizar un seguimiento técnico continuo al comportamiento del indicador, con el fin de identificar oportunamente desviaciones relevantes y adoptar medidas correctivas que aseguren la sostenibilidad financiera institucional.

En relación con el análisis registrado en el aplicativo institucional ALMERA, se evidenció que la información correspondiente a los meses de **octubre y noviembre de 2025** se encuentra desactualizada, lo cual limita la confiabilidad y oportunidad del seguimiento financiero. Esta situación puede generar vacíos en la interpretación del comportamiento del indicador y afectar la toma de decisiones estratégicas en materia de gestión de liquidez.

Por lo anterior, se recomienda que el registro sea actualizado de manera inmediata y que se realice un análisis técnico más riguroso, incorporando criterios de consistencia, trazabilidad y validación de datos. De esta forma, se garantizará que el indicador refleje con precisión la realidad financiera de la entidad y que los resultados obtenidos puedan ser utilizados como insumo confiable en los procesos de auditoría, planeación y control institucional.

1.10. Estándares de Acreditación Asociados a la Auditoría

Según el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia (versión 3.1, Resolución 5095 de 2018), los estándares de acreditación asociados con la auditoría de arqueos de dineros públicos en caja se ubican principalmente en el Grupo de Estándares de Gerencia, por su relación directa con la gestión, control y protección de los recursos financieros. En particular, se identifican los siguientes:

Estándar 99 — Código: (GER.11): "Asignación y gestión de recursos financieros, físicos, Tecnológicos y el Talento Humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional". (Presupuestos, evaluación de costos, análisis de presupuestos), por lo que los procedimientos de tesorería y registros de caja se evalúan también bajo este estándar.

Criterios asociados:

- ✓ Revisión de prioridades en el plan estratégico.
- ✓ Balance oferta-demanda.
- ✓ Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.
- ✓ Análisis de los presupuestos.
- ✓ Evaluación de costos.
- ✓ Evaluación de los recursos disponibles.

Estándar 100 — Código: (GER.12): "Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo." Entre sus criterios incluye expresamente auditoría y mejoramiento de procesos y el monitoreo de indicadores financieros, lo que cubre actividades como arqueos de caja y controles sobre efectivo.

Criterios asociados:

- ✓ Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo.
- ✓ Monitorización y gestión de la cartera.
- ✓ Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.
- ✓ Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.
- ✓ Análisis de la productividad.

- ✓ Análisis de costos.
- ✓ Gestión de inventarios.

En consecuencia, la auditoría de arqueo de dineros públicos en caja constituye una evidencia concreta del cumplimiento de los estándares GER.11 y GER.12, al demostrar la existencia de controles efectivos, monitoreo financiero, gestión del riesgo y salvaguarda de los recursos públicos dentro del sistema de acreditación en salud.

1.11. Componentes y Elementos del MECI

Es importante recordar que la articulación entre ambos sistemas se materializa a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), dentro del cual el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) se incorpora como la séptima dimensión, consolidándose como un eje transversal para la gestión institucional. Esta integración permite alinear la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de la gestión pública bajo un enfoque preventivo, orientado al logro de los objetivos estratégicos y al fortalecimiento del control interno.

En este marco, el MECI define objetivos esenciales de control interno que resultan indispensables para el desarrollo de procesos de auditoría, particularmente en auditorías de carácter financiero y de control, como la auditoría de arqueo de dineros públicos en caja. Dichos objetivos buscan garantizar:

- La obtención de información confiable, segura, íntegra y oportuna, que sirva de soporte para la toma de decisiones.
- La protección y salvaguarda de los recursos públicos, minimizando los riesgos de pérdida, uso indebido o fraude.
- La eficiencia y eficacia en las operaciones, mediante el uso adecuado y racional de los recursos.
- La prevención de errores e irregularidades, así como su detección oportuna para la adopción de acciones correctivas y de mejora.

En consecuencia, una adecuada articulación entre el MIPG y el MECI no solo fortalece la capacidad de la entidad para cumplir de manera efectiva sus objetivos institucionales, sino que además proporciona un marco sólido para la ejecución de auditorías internas. De esta forma, se facilita que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana dé cumplimiento a sus obligaciones normativas, administrativas y operativas, garantizando una gestión transparente, eficiente y segura de los recursos públicos a su cargo.



2. Resultados de los Arqueos realizados

2.1. Arqueos Cajas Menores

Mediante la Resolución Interna No. 025 del 21 de enero de 2025, la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana constituyó cuatro (4) cajas menores correspondientes a la vigencia 2025, por un valor global de treinta y cinco millones trescientos sesenta y dos mil pesos moneda corriente (\$35.362.000).

En dicha resolución se establecieron los responsables directos de cada caja menor, así como los lineamientos normativos y operativos que regulan su administración, garantizando la correcta utilización de los recursos públicos, la trazabilidad de las operaciones y el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes.

De manera específica, el Artículo Segundo de la resolución citada define la distribución de los recursos asignados, precisando los montos correspondientes a cada caja menor y las dependencias responsables de su manejo. Esta disposición constituye el marco de referencia para la ejecución, control y auditoría de los

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		
	CONTROL INTERNO		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE		
	05CIN01-V2		

fondos, asegurando que las operaciones se desarrollen bajo criterios de eficiencia, transparencia y responsabilidad institucional.

En el Artículo Segundo - PARÁGRAFO 1: Las cajas menores serán administradas bajo los siguientes rubros presupuestales y por los valores relacionados así:

AREA	PRESUPUESTO				
	NUMERO DEL RUBRO	NOMBRE DEL RUBRO	BOGOTÁ		
Subdirección de Bienes, Compras y Suministros	Código 2.1.2.02.02.008.891	Servicios de edición, impresión y reproducción	\$1.384.000		
	Código2.1.2.02.02.006.642	Servicios de transporte de pasajeros	\$2.146.000		
	Código 2.1.2.02.01.003.38	Muebles; otros bienes transportables n.c.p.	\$1.762.000		
	Código 2.1.2.02.02.006.68021.01	Servicios locales de mensajería Nacional	\$1.000.000		
TOTAL CAJA No.1 - Subdirección de Bienes, Compras y Suministros			\$6.292.000		
Oficina Líder de proyecto de Arquitectura y Mantenimiento	Código 2.4.5.01.04.481	Aparatos médicos y quirúrgicos y aparatos ortésicos y protésicos	\$1.762.000		
	Código 2.4.5.02.08.87	Servicios de mantenimiento, reparación e instalación (excepto servicios de construcción)	\$1.762.000		
TOTAL CAJA No.2 - Arquitectura y Mantenimiento			\$3.524.000		
Farmacia	Código 2.4.5.01.03.35291.1	Medicamentos Bogotá	\$2.700.000		
	Código 2.4.5.01.03.35291.2	Material Médico Quirúrgico Bogotá	\$2.837.000		
	Código 2.4.5.01.03.35291.1	Medicamentos Hospital Regional de Zipaquirá	\$2.700.000		
	Código 2.4.5.01.03.35291.2	Material Médico Quirúrgico Hospital Regional de Zipaquirá	\$2.837.000		
TOTAL CAJA No.3 - Farmacia			\$11.074.000		
AREA	NUMERO DEL RUBRO	NOMBRE DEL RUBRO	SEDE HR DE ZIPAQUIRÁ	SEDE UF DE ZIPAQUIRÁ	
Dirección Científica	Código 2.1.2.02.02.008.891	Servicios de edición, impresión y reproducción	\$2.140.000	\$655.000	\$9.438.000
	Código2.1.2.02.02.006.642	Servicios de transporte de pasajeros	\$2.140.000	\$1.234.000	
	Código 2.1.2.02.01.003.38	Muebles; otros bienes transportables n.c.p.	\$1.712.000	\$957.000	
	Código 2.1.2.02.02.006.68021.01	Servicios locales de mensajería Nacional	\$300.000	\$300.000	
	Código 2.4.5.01.04.481	Aparatos médicos y quirúrgicos y aparatos ortésicos y protésicos	\$1.762.000	\$755.000	\$5.034.000
	Código 2.4.5.02.08.87	Servicios de mantenimiento, reparación e instalación (excepto servicios de construcción)	\$1.762.000	\$755.000	
TOTAL CAJA No.4 - Zipaquirá			\$9.816.000	\$4.656.000	\$14.472.000
TOTAL CAJA No.1, CAJA No.2, CAJA No.3 Y CAJA No.4 - Zipaquirá			\$35.362.000		

A la fecha del arqueo de las cajas menores, aún no se encuentran legalizadas definitivamente de acuerdo a la Resolución Interna 025 de 2025 en su Artículo Décimo Primero. De la Legalización, Parágrafo 1 "La legalización definitiva de la caja menor constituida durante la vigencia fiscal 2025, se hará antes del 29 de diciembre de 2025, fecha en la cual se deberá reintegrar el saldo sobrante. Para el presente caso; la legalización definitiva de las cajas menores deberá elevarse mediante acto administrativo (resolución) suscrita por el Gerente del Hospital y la Directora Financiera, previo a la presentación del Paz y Salvo que deberá expedir la Directora Financiera de la institución".

Con fundamento en lo anteriormente expuesto y en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución Interna No.025 del 21 de enero de 2025, se procedió a la realización de los arqueos de las cajas menores No. 1, 2, 3 y 4 correspondientes a la vigencia 2025.

El desarrollo de esta actividad permitió verificar la existencia física de los recursos, la consistencia de los registros contables y administrativos, así como la adecuada aplicación de los lineamientos establecidos para su manejo y funcionamiento.

Los resultados obtenidos en cada arqueo se consolidaron en informes técnicos que evidencian el nivel de cumplimiento de las disposiciones normativas y procedimentales, constituyendo insumos clave para la evaluación del sistema de control interno y la transparencia en la administración de los dineros públicos.

A continuación, se presenta la síntesis de los resultados alcanzados en cada una de las cajas menores auditadas, con el fin de garantizar la trazabilidad y facilitar el análisis comparativo dentro del informe de auditoría.

Caja Menor No. 1 – Dirección Administrativa

Mediante Resolución Interna No. 025 del 21 de enero de 2025, en su Artículo Segundo, el Dr. Carlos Fernando González Prada, en su calidad de Director Administrativo, fue designado como responsable del manejo, administración y adecuado funcionamiento de la Caja Menor No. 1, asignada por un valor total de \$6.292.000,00.

El día miércoles 10 de diciembre de 2025, se informó previamente al responsable de la caja menor sobre la realización de un arqueo de caja, precisando que dicha actividad sería efectuada y recibida por la señorita Tatiana López, Técnico II, adscrita a la Subdirección de Compras y Suministros.

Para el desarrollo del procedimiento, se solicitó el auxiliar contable y el extracto bancario correspondiente, con el fin de realizar el respectivo cruce y validación de valores. Adicionalmente, se indagó sobre la existencia de dinero en efectivo, a lo cual el responsable indicó que los recursos se encontraban debidamente custodiados en la caja fuerte.

Posteriormente, se procedió a efectuar el arqueo de la caja menor, el cual incluyó la revisión de las facturas pendientes de reembolso, la verificación del dinero en efectivo disponible y la conciliación de dicha información con los registros bancarios y contables suministrados. Como resultado de este ejercicio de control, se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO	VALOR
VALOR ASIGNADO CAJA MENOR No.1	\$ 6.292.000,00
SALDO EN BANCO DAVIVIENDA A DICIEMBRE 10 DE 2025	\$ 5.642.041,00
RECIBOS PROVISIONALES Y RECIBOS CON FACTURAS	\$ 647.814,00
DINERO EN EFECTIVO	\$ 15.450,00
SOBRANTE CAJA MENOR No.1	\$ 13.305,00
COMISIÓN POR RETIROS EN CAJERO ELECTRÓNICO	\$ 14.000,00

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	
	CONTROL INTERNO	
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	
	05CIN01-V2	
		05GIC92-V1

Durante el desarrollo del arqueo de la caja menor se evidenciaron las siguientes situaciones relevantes:

Recibos provisionales y pendientes de registro: Se identificaron recibos provisionales (pendientes de factura) por un valor de \$522.574,00, así como recibos con factura (pendientes de registro en el sistema DGH) por un valor de \$125.240,00, lo que representa un total acumulado de \$647.814,00 en documentos por legalizar o registrar.

Retiros por cajero electrónico: La funcionaria Tatiana López – Técnico II, informó que se efectuaron cinco (5) retiros en cajero electrónico, cada uno de los cuales generó un descuento por comisión de \$2.800,00, para un total de \$14.000,00. De acuerdo con lo manifestado por el área de tesorería, este valor es posteriormente reembolsado por la entidad bancaria, por lo que no constituye un gasto definitivo para la institución.

Sobrante de dinero: Una vez concluido el arqueo físico, se encontró un sobrante en efectivo por valor de \$13.305, el cual deberá ser conciliado y registrado conforme a los procedimientos institucionales establecidos.

El responsable de la Caja Menor No. 2 entregó como soporte documental los siguientes elementos, con el fin de respaldar la verificación realizada durante el arqueo:

- ✓ **Fotocopias de los cinco (5) retiros efectuados en cajero electrónico**, en los cuales la entidad bancaria aplicó descuentos por concepto de comisión (Cada uno por valor de \$2.800).
- ✓ **Extracto bancario con corte al 10 de diciembre de 2025**, utilizado para el cruce de valores y la conciliación con la información contable registrada por valor de \$5.642.041.
- ✓ **Tablas en formato Excel** que contienen el detalle de los recibos provisionales (pendientes de legalización) y de los recibos con factura (pendientes de registro en el sistema contable).

La entrega de estos documentos constituye evidencia objetiva que respalda la gestión de la caja menor, permitiendo verificar la trazabilidad de las operaciones, la consistencia entre los registros contables y bancarios, y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución Interna No. 025 de 2025.

Finalmente, se verificó el saldo contable al 10 de diciembre de 2025, de acuerdo con el auxiliar contable de la cuenta 11050203 – BG Caja Menor – Cartera Apoyo Administrativo, el cual registra un valor de \$6.292.000, coincidiendo con la información impresa en la fecha señalada.

Caja Menor No.2 - MANTENIMIENTO

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución Interna No. 025 del 21 de enero de 2025, en su Artículo Segundo, el Ingeniero Jeffrey Manolo Torres Valladares – Líder del Proyecto de Arquitectura y Mantenimiento, fue designado como responsable del manejo y funcionamiento de la Caja Menor No. 2, con un valor total asignado de tres millones quinientos veinticuatro mil pesos moneda corriente (\$3.524.000,00).

El día miércoles 10 de diciembre de 2025, se notificó al responsable la realización del arqueo de la caja menor, solicitándole el auxiliar contable y el extracto bancario correspondientes, con el fin de efectuar el respectivo cruce de valores. Adicionalmente, se indagó sobre la existencia de dinero en efectivo, a lo cual el funcionario informó que este se encontraba custodiado en la caja fuerte de la oficina.

Posteriormente, se llevó a cabo el arqueo considerando los siguientes elementos:

- Facturas pendientes de solicitar reembolso.
- Dinero en efectivo disponible.
- Cruce de información bancaria y contable.

El procedimiento permitió consolidar la información y verificar la consistencia entre los registros contables, los soportes documentales y la existencia física del efectivo, arrojando el siguiente resultado:

CONCEPTO	VALOR
VALOR ASIGNADO CAJA MENOR No.2	\$3.524.000,00
SALDO EN BANCO DAVIVIENDA A DICIEMBRE 10 DE 2025	\$197.839,00
REEMBOLSO POR LEGALIZAR DICIEMBRE 4 DE 2025	\$3.276.350,00
DINERO EN EFECTIVO	\$49.800,00
FALTANTE CAJA MENOR No.2	\$11,00
COMISIÓN POR RETIROS EN CAJERO ELECTRÓNICO	\$0,00

Durante el proceso de arqueo de la Caja Menor No. 2 – Mantenimiento, se evidenciaron las siguientes situaciones:

El responsable de la caja menor entregó copia de oficio sin número consecutivo, mediante el cual remitió documentos para legalización con referencia de reembolso de caja menor – Mantenimiento, recibido por la Dirección Financiera el día 4 de diciembre de 2025, por un valor de \$3.276.350,00.

Una vez concluido el arqueo físico y documental, se identificó un faltante en efectivo por valor de \$11,00, situación que deberá ser conciliada y registrada conforme a los procedimientos institucionales establecidos.

El saldo contable registrado al 10 de diciembre de 2025, según el auxiliar contable impreso correspondiente a la cuenta 11050202 – BG Caja Menor – Suministros y Mantenimiento, asciende a **\$247.650**, valor que se toma como base de referencia para la verificación y cruce de información contable en el marco del proceso de auditoría. No obstante, al comparar dicho saldo con los registros en libros, se identificó una diferencia de \$3.276.350, la cual coincide plenamente con el valor pendiente de reembolso a esa fecha. Esta situación indica que, si bien el saldo contable refleja únicamente los recursos disponibles en caja, el valor total ejecutado y aún no reembolsado se encuentra debidamente soportado y en proceso de legalización, lo que permite inferir que la diferencia no corresponde a un faltante, sino a una ejecución en curso dentro del ciclo operativo de la caja menor. Se recomienda mantener actualizados los registros contables y asegurar la trazabilidad de los reembolsos en trámite, con el fin de garantizar la consistencia entre los saldos contables, los soportes físicos y los registros del sistema institucional.

Como evidencia adicional, el responsable de la caja menor entregó copia de los siguientes documentos:

- ✓ **Saldo bancario** con corte a diciembre 10 de 2025.
- ✓ **Auxiliar contable** correspondiente a la misma fecha.
- ✓ **Oficio de reembolso** con fecha 4 de diciembre de 2025 por valor de \$3.276.350,00.

Estos documentos respaldan la gestión de la caja menor y permiten verificar la trazabilidad de las operaciones, la consistencia entre los registros contables y bancarios, así como el cumplimiento de los lineamientos definidos en la Resolución Interna No. 025 de 2025.

Caja Menor No.3 - FARMACIA

Mediante Resolución Interna No. 025 del 21 de enero de 2025, y de conformidad con lo dispuesto en su Artículo Segundo, el QF. Wanderley Orjuela Barreto, en su calidad de Líder del Proyecto de Farmacia, fue designado como responsable del manejo, administración y adecuado funcionamiento de la Caja Menor No. 3, asignada por un valor total de \$11.074.000,00, distribuido de la siguiente manera: \$5.537.000,00 para la ciudad de Bogotá y \$5.537.000,00 para la Sede HRZ.

El día miércoles 10 de diciembre de 2025, se informó de manera previa al responsable de la caja menor sobre la realización del arqueo de la caja, solicitándole para tal efecto el auxiliar contable y el extracto bancario correspondiente, con el fin de efectuar el respectivo cruce y validación de los valores registrados.

Adicionalmente, se consultó sobre la existencia de dinero en efectivo, a lo cual manifestó que los recursos se encontraban debidamente custodiados en la caja fuerte de la oficina. Así mismo, indicó que no contaba con facturas pendientes de reembolso al momento de la diligencia.

Una vez adelantado el procedimiento de arqueo de la caja menor, el cual comprendió la verificación del dinero en efectivo disponible, así como la conciliación de dicha información con los registros bancarios y contables suministrados, se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO	VALOR
VALOR ASIGNADO CAJA MENOR No.3	\$11.074.000,00
SALDO EN BANCO DAVIVIENDA A DICIEMBRE 10 DE 2025	\$9.686.664,00
FACTURAS POR LEGALIZAR Y/O SOLICITAR REEMBOLSO	\$0,00
DINERO EN EFECTIVO	\$104.950,00
FALTANTE CAJA MENOR No.3	\$1.282.386,00
COMISIÓN POR RETIROS EN CAJERO ELECTRÓNICO	\$0,00

Como evidencia adicional, el responsable de la caja menor entregó copia de los siguientes documentos soporte:

- ✓ **Saldo bancario** con corte al 10 de diciembre de 2025.
- ✓ **Auxiliar contable** correspondiente a la misma fecha de las cuentas contables No. 11050201 – BG Caja Menor Farmacia y 11050230 – HR Caja Menor Farmacia.

Una vez finalizado el procedimiento de arqueo de la caja menor, y realizada la verificación del dinero en efectivo, así como la conciliación con los registros bancarios y contables suministrados, se evidenció un faltante de recursos por valor de **\$1.282.386,00**, situación que fue registrada como hallazgo del proceso de auditoría.

Con base en la información registrada en el auxiliar contable con corte al 10 de diciembre de 2025, se estableció que la cuenta contable No. 11050201 – BG Caja Menor Farmacia presenta un saldo contable de \$4.110.456, mientras que la cuenta contable No. 11050230 – HR Caja Menor Farmacia registra un saldo contable de \$5.511.285, para un total consolidado en libros de **\$9.621.741**. No obstante, al realizar el cruce de información con los valores físicos y los registros del sistema institucional, se identificó una diferencia de **\$1.452.259**, la cual requiere verificación y conciliación para establecer su origen, ya sea por registros pendientes de legalización, errores de digitación, o inconsistencias en el proceso de reembolso. Se recomienda documentar esta diferencia y realizar el análisis contable correspondiente y adoptar las acciones correctivas necesarias para garantizar la trazabilidad y confiabilidad de la información financiera.

Aclaración realizada por el Líder del Proyecto de Farmacia

Mediante comunicado con consecutivo CI2025500001857, de fecha 19 de diciembre de 2025, el QF. Wanderley Orjuela Barreto, en su calidad de Líder del Proyecto de Farmacia, presentó aclaración respecto al arqueo efectuado el 10 de diciembre de 2025 a la Caja Menor No. 3. En dicho comunicado, el funcionario adjunta la **Tabla No. 1**, correspondiente al conteo de efectivo, en la cual relaciona un valor de \$149.000 en billetes y \$5.750 en monedas, para un total de efectivo de \$154.750. Así mismo, informa que realizó un retiro de \$50.000 con el fin de verificar el saldo de la cuenta bancaria, anexando como soporte copia del recibo No.

0510. Adicionalmente, presenta la **Tabla No. 2**, en la que detalla el movimiento bancario, partiendo de un saldo según extracto al 30 de noviembre de 2025 por valor de \$6.393.445, dos (2) reembolsos efectuados el 2 de diciembre por valores de \$1.381.627 y \$2.911.592, dos (2) retiros realizados el 4 de diciembre por \$1.000.000 y \$100.000, y un retiro adicional el 10 de diciembre por \$50.000, obteniendo un saldo en bancos al 10 de diciembre de 2025 de \$9.536.664. De igual forma, en la **Tabla No. 3** relaciona los gastos efectuados, correspondientes a dos (2) facturas de fechas 2 de diciembre por \$1.188.333 y 4 de diciembre por \$159.000, las cuales cuentan con los respectivos comprobantes de egreso Nos. CM2000000001802 y CM2000000001803. Finalmente, en la **Tabla No. 4** se consolidan los recursos asignados por \$11.074.000, discriminados en efectivo por \$154.750, saldo en bancos por \$9.536.664, gastos con soporte por \$1.347.333 e impuestos del mes de diciembre por \$35.667, arrojando un total de \$11.074.414, lo que genera una diferencia de \$414. No obstante, se precisa que el valor correspondiente a gastos con soporte por \$1.347.333 ya se encuentra registrado en los libros contables, razón por la cual persiste una diferencia entre el valor asignado a la caja menor y los registros contables por un valor de \$1.452.259, situación que requiere verificación y conciliación contable.

Observación de la Oficina Asesora de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno precisa que los valores informados en la aclaración presentada por el Líder del Proyecto de Farmacia difieren de los resultados obtenidos durante el arqueo efectuado por esta dependencia, toda vez que, al momento del conteo físico del efectivo, se estableció un total en billetes por valor de \$99.000 y un total en monedas por \$5.950, para un efectivo total de \$104.950, cifras que no coinciden con las relacionadas posteriormente en el oficio de aclaración. Así mismo, se aclara que el retiro por valor de \$50.000, efectuado por el Líder del área con el fin de verificar el saldo de la cuenta bancaria, no fue incluido dentro del arqueo, en razón a que dicho movimiento se realizó con posterioridad al cierre del conteo del efectivo, por lo cual no hace parte de los valores verificados durante la diligencia de control.

Adicionalmente, al momento del arqueo fue solicitado el extracto bancario a la fecha del arqueo, es decir diciembre 10 de 2025; fue presentado un documento en el cual se indicaba un saldo en bancos por valor de \$9.686.664, cifra que difiere del valor de \$9.536.664 relacionado en el oficio de aclaración, evidenciándose una diferencia de \$150.000 entre ambos saldos bancarios, situación que requiere aclaración y conciliación.

En cuanto a los gastos relacionados por valores de \$1.188.333 y \$159.000, estos fueron verificados en el auxiliar contable de la cuenta 11050201 – BG Caja Menor Farmacia, constatándose que fueron causados el 10 de diciembre de 2025, de conformidad con el documento contable entregado al momento del arqueo, el cual refleja un saldo contable de \$4.110.456, información que sirve de base para los análisis y conciliaciones correspondientes.

Caja Menor No.4 - Sedes HRZ y UFZ

En cumplimiento de lo establecido en la Resolución Interna No. 025 del 21 de enero de 2025, y conforme a lo dispuesto en su Artículo Segundo, el Dr. Gustavo Axel Vargas Galindo – Director Científico, fue designado como responsable del manejo y funcionamiento de la Caja Menor No. 4, por un valor total de catorce millones cuatrocientos setenta y dos mil pesos moneda corriente (\$14.472.000). Este valor fue distribuido de la siguiente manera: Sede HRZ: \$9.816.000 y Sede UFZ: \$4.656.000, con el fin de atender las necesidades operativas específicas de cada sede.

El día jueves 11 de diciembre de 2025, a las 10:10 a.m., se realizó visita a las instalaciones de la Sede HRZ, específicamente a la oficina de la Dra. Adriana Vanessa Caballero Hernández, con el propósito de informar y dar inicio al proceso de arqueo de la Caja Menor No. 4, así como de las cajas principales y de facturación correspondientes tanto a la Sede HRZ como a la Sede UFZ.

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empreses Sociales del Estado</i>	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		 SAM Hogar para la salud transformamos vidas
	CONTROL INTERNO		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE		
	05CIN01-V2		
			05GIC92-V1

Esta actividad se enmarca dentro del cronograma de auditoría interna y tiene como objetivo verificar la existencia física de los recursos, la consistencia de los registros contables y bancarios, y el cumplimiento de los lineamientos establecidos para el manejo de fondos públicos, conforme a la normatividad vigente y a los principios de transparencia, eficiencia y control institucional.

La Dra. Adriana entregó el auxiliar contable de la cuenta No. 11050232 – HR Caja Menor – Cartera – Apoyo Administrativo, en el cual se evidencian dos registros de apertura: el primero por valor de \$14.472.000,00, con fecha 21 de enero de 2025, y el segundo por valor de \$9.438.000,00, con fecha 20 de febrero de 2025. Frente a esta situación, indicó que se llevaría a cabo una reunión con el área de Tesorería con el fin de realizar la conciliación de los valores, teniendo en cuenta que esta caja menor se encuentra asociada adicionalmente a la cuenta contable No. 11050231 – HR Caja Menor – Suministros – Mantenimiento, lo que podría haber generado inconsistencias en los registros contables, derivadas de una asignación inadecuada entre cuentas.

Una vez analizado el documento y durante la elaboración del presente informe, se efectuó el seguimiento detallado a cada uno de los registros contables, encontrándose que en la cuenta contable No. 11050232 – HR Caja Menor – Cartera – Apoyo Administrativo, con fecha 1 de marzo de 2025, se realizó la reversión de un registro contable por valor de \$14.472.000,00. Con base en esta verificación, se concluye que los registros contables han sido efectuados de manera adecuada, conforme a la naturaleza de cada cuenta contable, y que la situación inicialmente identificada fue debidamente corregida.

Adicionalmente, la Dra. Adriana informó que se formuló e implementó un Plan de Mejoramiento para atender recomendaciones derivadas de la vigencia anterior, el cual quedó registrado en el Aplicativo Institucional ALMERA bajo el código No. 3217. Dicho plan contempla cuatro (4) acciones de mejoramiento, con fecha de inicio 2 de enero de 2025 y fecha de finalización 31 de diciembre de 2025. A la fecha de realización del arqueo, el plan presenta un avance ponderado del 64,50%, lo cual evidencia un nivel de cumplimiento parcial y un compromiso institucional con el fortalecimiento de los controles y la mejora continua del proceso.

Informe: PIMP HRE 2025 (2025-01-01) Evaluador: Planeación y Garantía de la Calidad ID: 3217

Planes de Mejoramiento Hospital Regional de Zapaquirá

Unidad: Gestión Financiera

Hallazgo: Auditoría caja menor N° 4 - Hospital Regional de Zapaquirá y Unidad Funcional de Zapaquirá

Descripción: Conforme al auditoría realizada por control interno se detectaron los siguientes hallazgos:

- Realizar el registro de los valores de las transacciones con decimales
- Realizar las deducciones de manera mensual
- Registrar contablemente la caja menor correspondiente a UFZ en DGH

Evento: AUDITORÍA CONTROL INTERNO

Fecha: 2024-12-30

Calificación: 1

Acciones de mejoramiento propuestas (4)

	Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Definir metas de mejora en términos de precisión en los registros y tiempos de respuesta.	2025-01-02	2025-01-20	0,00% [0,00%]
2. Establecer una rutina de conciliación y arqueo mensual.	2025-01-02	2025-12-31	0,00% [0,00%]
3. Verificar los informes de caja menor en relación a la consistencia con los registros.	2025-01-02	2025-12-31	0,00% [0,00%]
4. Tomar acciones pertinentes de acuerdo a los resultados obtenidos.	2025-03-06	2025-12-31	0,00% [0,00%]

Avance ponderado: 64,50% [64,50%]

Hospital Universitario de la Samaritana
Almora y Sistema de Gestión Institucional
2025-12-30 14:00:00

Durante la visita se evidenció que la recolección de dinero está siendo realizada por la Sra. Yamile Varón, funcionaria responsable de la Caja Principal de la sede UFZ, quien informó que se encuentra reemplazando temporalmente a la Cajera Principal de la sede HRZ, debido a que esta última se encuentra en situación de incapacidad médica. Así mismo, manifestó que recoge el dinero correspondiente a la Sede HRZ y lo traslada

en vehículo institucional hasta la Sede UFZ, desde donde posteriormente es entregado a la transportadora de valores.

Frente a esta situación, se dejó constancia de la observación de riesgo, teniendo en cuenta que el traslado de dinero en efectivo bajo esta modalidad incrementa la exposición a pérdidas, robos o incidentes de seguridad, y no se ajusta a las buenas prácticas de control y custodia de recursos públicos.

Adicionalmente, se consultó a la funcionaria si existía un acto administrativo, oficio o comunicación formal mediante el cual se le hubieran asignado temporalmente las funciones correspondientes a la Caja Principal de la Sede HRZ. Al respecto, indicó que a la fecha no se ha expedido ningún documento formal que respalde la asignación de dichas funciones, lo cual constituye una debilidad en la segregación de funciones y en la formalización de responsabilidades.

De igual manera, se indagó a la Dra. Adriana sobre la realización de arqueos periódicos por parte de la Líder de la Oficina de Tesorería de Bogotá, a lo cual respondió que no se realizan arqueos por dicha dependencia, y que estos controles son efectuados únicamente por la Cajera Principal de Zipaquirá, situación que limita la independencia y periodicidad del control sobre los recursos recaudados.

La Dra. Adriana manifestó contar con el documento de autorización mediante el cual se le asigna formalmente el manejo y administración de la caja menor, indicando que se encuentra a cargo de la caja menor de la Sede HRZ.

Una vez iniciado el procedimiento de arqueo de la caja menor, se solicitó el auxiliar contable correspondiente, así como el extracto bancario con corte a la fecha del presente arqueo, con el fin de efectuar la conciliación de los valores registrados. De igual manera, se indagó sobre la existencia de dinero en efectivo, procediendo a realizar el conteo físico por denominaciones, tanto de billetes como de monedas.

Como resultado de las verificaciones efectuadas y de la conciliación entre el efectivo disponible, los documentos soporte y los registros contables y bancarios, se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO	VALOR
VALOR ASIGNADO CAJA MENOR No.4	\$14.472.000,00
SALDO EN BANCO DAVIVIENDA A DICIEMBRE 10 DE 2025	\$11.363.665,00
FACTURAS POR LEGALIZAR Y/O SOLICITAR REEMBOLSO	\$0,00
DINERO EN EFECTIVO	\$2.622.550,00
FALTANTE CAJA MENOR No.4	\$485.785,00
COMISIÓN POR RETIROS EN CAJERO ELECTRÓNICO	\$0,00

Como evidencia adicional, el responsable de la caja menor entregó copia de los siguientes documentos soporte:

- ✓ Saldo bancario con corte al 11 de diciembre de 2025.
- ✓ Auxiliar contable correspondiente a la misma fecha de las cuentas contables No. 11050231 – HR Caja Menor – Suministros – Mantenimiento y 11050232 – HR Caja Menor – Cartera – Apoyo Administrativo.

Una vez finalizado el procedimiento de arqueo de la caja menor, y realizada la verificación del dinero en efectivo, así como la conciliación con los registros bancarios y contables suministrados, se evidenció un faltante de recursos por valor de \$485.785,00, situación que fue registrada como hallazgo del proceso de auditoría.

Frente a este resultado, la Dra. Adriana manifestó que el faltante obedece, presuntamente, a descuentos efectuados por concepto de comisiones bancarias, por lo cual solicitó que la Dirección Financiera adelante las gestiones necesarias ante la entidad bancaria correspondiente, con el fin de obtener la devolución de los valores descontados.

De acuerdo con la información contenida en el auxiliar contable con corte al 11 de diciembre de 2025, la cuenta contable No. 11050231 – HR Caja Menor – Suministros y Mantenimiento registra un saldo contable por valor de \$3.879.000,00, mientras que la cuenta contable No. 11050232 – HR Caja Menor – Cartera – Apoyo Administrativo presenta un saldo contable de \$8.294.300,00.

Así mismo, se tuvo en cuenta lo dispuesto en la Resolución Interna No. 025 del 21 de enero de 2025, “Por medio de la cual se constituyen cuatro (4) cajas menores de la vigencia 2025, se designan responsables y se determina su manejo y funcionamiento al interior de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana”. Conforme a lo establecido en el Parágrafo 1 del Artículo Segundo, las cajas menores deben ser administradas bajo rubros presupuestales específicos y por los valores allí definidos.

Adicionalmente, se recuerda que los registros contables en el Aplicativo Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) deben efectuarse de acuerdo con las cuentas contables asignadas, así:

11050203 – BG Caja Menor – Cartera – Apoyo Administrativo (Caja Menor No. 1).

11050202 – BG Caja Menor – Suministros y Mantenimiento (Caja Menor No. 2).

11050201 – BG Caja Menor – Farmacia (Caja Menor No. 3).

11050230 – HR Caja Menor – Farmacia (Caja Menor No. 3).

11050231 – HR Caja Menor – Suministros y Mantenimiento (Caja Menor No. 4).

11050232 – HR Caja Menor – Cartera – Apoyo Administrativo (Caja Menor No. 4).

Finalmente, se realizó una nueva verificación sobre los registros contables asociados a los valores asignados presupuestalmente a la Sede UFZ, por valor de \$4.656.000,00, evidenciándose que dichos recursos están siendo registrados contablemente en las cuentas contables asignadas a la Sede HRZ, situación que constituye una inconsistencia contable y deberá ser objeto de ajuste y corrección por parte de las áreas responsables, a fin de garantizar la adecuada clasificación, control y seguimiento de los recursos.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
899999032

Fecha Actual: jueves, 18 diciembre 2025
Página 1/1

PLAN UNICO DE CUENTAS

DESDE LA CUENTA 110502 HASTA LA CUENTA 11050232

						MANEJO DE			
CODIGO	NOMBRE DE LA CUENTA	NIVEL	CT.MAYOR	ANEXO	CIERRE	TERCERO	CENTRO	RETENCION	AJUSTES
110502	CAJAS MENORES	Subcuenta	1105					Ninguna	
11050201	BG - CAJA MENOR - FARMACIA	Auxiliar	110502					Ninguna	
11050202	BG - CAJA MENOR - SUMINISTROS-MANTENIMIENTO	Auxiliar	110502					Ninguna	
11050203	BG - CAJA MENOR - CARTERA-APOYO ADMIN.	Auxiliar	110502					Ninguna	
11050204	GD - CAJA MENOR ADMIN. - GDOT	Auxiliar	110502					Ninguna	
11050205	GD - CAJA MENOR MITO - GDOT	Auxiliar	110502					Ninguna	
11050230	HR - CAJA MENOR - FARMACIA	Auxiliar	110502					Ninguna	
11050231	HR - CAJA MENOR - SUMINISTROS - MANTENIMIENTO	Auxiliar	110502					Ninguna	
11050232	HR - CAJA MENOR - CARTERA - APOYO ADMIN.	Auxiliar	110502					Ninguna	

Con base en los hallazgos evidenciados durante la realización de los arqueos a las cajas menores y en atención a la normatividad interna vigente, se formulan las siguientes recomendaciones:

- **Crear y habilitar las cuentas contables correspondientes** en el Aplicativo Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) para el registro contable de los recursos asignados a la Sede UFZ, con el fin de garantizar que los movimientos financieros de cada sede se encuentren debidamente

identificados, clasificados y controlados, evitando cruces inadecuados de información contable entre sedes.

- **Establecer y documentar un proceso formal de monitoreo, seguimiento y verificación**, que permita asegurar la correcta implementación y cumplimiento de las políticas internas, resoluciones y lineamientos relacionados con el manejo y funcionamiento de las cajas menores en todas las sedes de la entidad, minimizando el riesgo de omisiones administrativas y debilidades en el control interno.
- **Fortalecer la capacitación continua del personal responsable de la gestión financiera y administrativa**, especialmente en lo relacionado con el manejo de cajas menores, registros contables, conciliaciones, reembolsos y arqueos, con el propósito de garantizar la adecuada comprensión y aplicación de los procedimientos establecidos y reducir la ocurrencia de errores administrativos.

Sustento normativo y observaciones de control

De conformidad con lo establecido en el Artículo Cuarto de la Resolución Interna No. 021 del 21 de enero de 2025, el Tesorero del área financiera y/o quien haga sus veces es el responsable de realizar arqueos periódicos durante la ejecución y funcionamiento de las cajas menores.

En este contexto, mediante correo electrónico dirigido a la Directora Financiera y a la Líder de Tesorería, se solicitó el envío de copias de los arqueos realizados durante la ejecución y funcionamiento de las cuatro (4) cajas menores designadas a los siguientes responsables: Director Administrativo – Dr. Carlos Fernando González Prada; Director Científico – Dr. Gustavo Axel Vargas Galindo; Líder del Proyecto de Mantenimiento y Arquitectura – Ing. Jeffrey Manolo Torres Valladares; y Líder del Proyecto de Farmacia – QF. Wanderley Orjuela Barreto. La fecha límite para la entrega de la información requerida fue el 10 de diciembre de 2025; no obstante, NO se obtuvo respuesta ni se recibió documentación alguna, situación que evidencia una debilidad en el cumplimiento de los controles establecidos.

El Artículo Décimo de la Resolución citada establece que las dependencias de la Dirección Financiera y/o Dirección Administrativa deberán efectuar arqueos periódicos y sorpresivos, de manera independiente a las verificaciones realizadas por las oficinas de control y/o Control Interno Institucional. La ausencia de evidencia documental de dichos arqueos limita la trazabilidad y efectividad del control sobre los recursos de las cajas menores.

Así mismo, el Artículo Décimo Segundo – Del Reembolso dispone que los reembolsos de las cajas menores deban efectuarse mensualmente, o antes, cuando se haya consumido más del 70% del valor total de la caja menor o de alguno de sus rubros.

No obstante, de acuerdo con los auxiliares contables suministrados por los responsables de las cajas menores, se evidenció que los reembolsos no se están realizando de manera mensual, como lo establece la normatividad interna, lo cual puede afectar la adecuada administración, disponibilidad y control de los recursos asignados.

Resumen de recursos asignados

Finalmente, se presenta un resumen del dinero reembolsado y del valor asignado para la apertura de las cajas menores, con base en los registros por cuenta contable del Módulo de Contabilidad del Aplicativo Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) y de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 586 del 20 de enero de 2025. El valor total asignado asciende a TREINTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS (\$35.362.000,00), distribuidos en cuatro (4) cajas menores, según lo dispuesto en la Resolución Interna No. 025 del 21 de enero de 2025, Artículo Segundo, Párrafo 1.

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA										 SAM Humanizando la salud transformando vidas
	CONTROL INTERNO										
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE										
	05CIN01-V2										
											05GIC92-V1

				VIGENCIA 2023		VIGENCIA 2024			VIGENCIA 2025		
CODIGO CONTABLE	No.	NOMBRE CAJA MENOR	TOTAL CAJAS MENORES	NÚMERO DE REEMBOLSOS	VALOR GIRADO	NÚMERO DE REEMBOLSOS	VALOR GIRADO	Variación 2024 vs. 2023	NÚMERO DE REEMBOLSOS	VALOR GIRADO	Variación 2025 vs. 2024
11050203	1	BG CAJA MENOR – CARTERA-APOYO ADMON.	6.292.000	7	24.840.703	3	18.081.001	-27%	11	17.205.295	-5%
11050202	2	BG CAJA MENOR - SUMINISTROS MANTENIMIENTO	3.524.000	4	14.495.651	2	4.989.303	-66%	2	4.247.458	-15%
11050201	3	BG CAJA MENOR – FARMACIA	5.537.000	8	43.881.757	7	30.786.263	-30%	9	28.082.076	-9%
11050230		HR CAJA MENOR – FARMACIA	5.537.000	7	30.097.697	5	14.530.996	-52%	8	17.722.484	22%
11050231	4	HR CAJA MENOR – SUMINISTROS Y MANTENIMIENTO	5.034.000	8	13.952.025	5	2.342.520	-83%	9	5.949.991	154%
11050232		HR CAJA MENOR – CARTERA APOYO ADMON.	9.438.000	7	14.214.931	5	4.653.082	-67%	10	9.260.150	99%
TOTALES			35.362.000	41	141.482.764	32	75.383.165	-54%	49	82.467.454	41%

Durante el análisis de la ejecución de las cajas menores en la vigencia 2025 se identificó como hallazgo clave una recuperación parcial en el valor girado respecto a 2024, con un incremento del 9% en el número total de reembolsos y un aumento del 41% en el valor ejecutado, lo que evidencia una mayor dinámica operativa; sin embargo, persisten desequilibrios entre cuentas, subejecuciones en algunas cajas (como 11050202 y 11050201) y crecimientos acelerados en otras (como 11050231 y 11050232), lo cual requiere atención técnica; en consecuencia, se recomienda revisar los criterios de asignación de recursos para las cajas con baja ejecución, fortalecer el seguimiento mensual de reembolsos y saldos, documentar y justificar las variaciones significativas en los informes de gestión, y alinear la ejecución presupuestal con los planes operativos anuales para asegurar eficiencia, trazabilidad y pertinencia en el uso de los recursos públicos.

2.2. Seguimiento a actividades Procedimiento Manejo y Custodia de Dineros públicos en caja y Arqueo Cajas Urgencias y Facturación Sedes HRZ y UFZ

En el Aplicativo Institucional ALMERA, Identifica el procedimiento con código 02GFI22-V3, publicado en junio 27 de 2023. Tiene por objetivo: "Garantizar el adecuado manejo y custodia de los dineros públicos entregados por los usuarios, como contraprestación de un servicio de salud a los auxiliares de Facturación (servidores públicos – trabajadores en Misión) de las cajas designadas por el Hospital Universitario de la Samaritana".

Numera 5. Descripción de Actividades

Actividad No.2. Recibo, manejo y custodia de dineros públicos

Evidencia: En el marco del plan de auditoría interna, se llevaron a cabo arqueos físicos y documentales a las cajas principales y de facturación correspondientes a Bogotá y a las Sedes UFZ y HRZ. Para tal fin, se notificó oportunamente a la Lider de Tesorería de Bogotá y a la Coordinadora Administrativa y Financiera de las sedes ubicadas en Zipaquirá, informándoles sobre la realización de los procedimientos de verificación. Durante la ejecución de esta actividad, se constató que los funcionarios encargados de las funciones de m pertenecen a una empresa temporal bajo la modalidad de trabajadores en misión, a pesar de que tienen a su cargo el manejo directo de recursos públicos. Los arqueos fueron realizados por el Profesional

Universitario y la Secretaria de la Oficina de Control Interno, quienes documentaron las condiciones operativas y administrativas de cada caja, así como la trazabilidad de los fondos en custodia.

Los resultados obtenidos permitieron identificar situaciones relevantes en materia de control interno, cumplimiento normativo y gestión del riesgo, las cuales se detallan en los apartados siguientes del informe, con el fin de establecer acciones de mejora que fortalezcan la transparencia y la seguridad en el manejo de los recursos institucionales.

Durante la verificación del proceso de recibo, manejo y custodia de dineros públicos, se constató que las cajas principales de Bogotá y de las sedes UFZ y HRZ cuentan con cajas fuertes de seguridad, en las cuales los servidores públicos responsables depositan diariamente los recursos recaudados. Los funcionarios entrevistados confirmaron que ejercen la custodia directa de dichos fondos, cumpliendo con los procedimientos establecidos para su resguardo.

La Oficina de Tesorería de Bogotá informó que la función de caja principal se encuentra centralizada en la Caja de Urgencias, y que la combinación de la caja fuerte es administrada por una funcionaria de planta, quien actualmente labora en dicha oficina con el cargo de Auxiliar Administrativo.

Una vez notificada la realización de los arqueos a las tesoreras principales de cada sede, se procedió a la impresión de los listados resumen de recibos de caja por consecutivo, generados directamente por cada funcionario responsable a través del Aplicativo Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH). Estos listados constituyen evidencia documental clave para la verificación de la trazabilidad de los ingresos y la consistencia de los registros contables asociados a la gestión de caja.

Actividad No.3. Arqueo de Cajas

Evidencia: El procedimiento de arqueo se inició con la participación de los funcionarios responsables de las cajas, procediéndose a la clasificación del dinero en efectivo de acuerdo con su denominación, y posteriormente al conteo físico de billetes y monedas, discriminado por denominaciones. La información resultante de esta actividad fue registrada en las actas de reunión, utilizando el formato institucional 05GIC38-V3, diligenciado por la Secretaria, con el acompañamiento y verificación del Profesional Universitario de la Oficina Asesora de Control Interno.

Así mismo, se solicitó la impresión del "Listado resumen de recibos de caja por consecutivo" del Módulo de Tesorería, documento que permitió verificar el valor que debía encontrarse en custodia al momento de la realización del arqueo, y efectuar la correspondiente conciliación con el dinero en efectivo contado.

Para Bogotá, el arqueo de la caja fue atendido por el señor Sebastián Sánchez Sierra, quien manifestó que ingresó a laborar al Hospital a través de la empresa temporal Horizonte desde el mes de enero de 2025, y que esta fue la primera vez que se le practicó un arqueo de caja. Al ser consultado sobre la realización de arqueos periódicos por parte de la Oficina de Tesorería del Hospital, indicó que a la fecha no se le han realizado verificaciones de este tipo, lo cual evidencia una debilidad en la periodicidad y formalidad de los controles.

Con relación a las sedes ubicadas en Zipaquirá, se encontró que la función de Cajera Principal está siendo desempeñada por la señora Yamile Varón, debido a que la cajera titular de la sede HRZ se encuentra en incapacidad médica. No obstante, se evidenció que dichas funciones le fueron asignadas de manera verbal,

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		
	CONTROL INTERNO		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE		
	05CIN01-V2		
			05GIC92-V1

sin que a la fecha exista un acto administrativo, oficio o comunicación formal que respalde la delegación de responsabilidades, situación que constituye un riesgo en términos de control interno y definición de funciones.

A continuación, se presenta una tabla que contiene los resultados obtenidos del arqueo realizado a la Caja Principal de Bogotá y a las cajas correspondientes a las sedes de Zipaquirá, en la cual se detallan los valores verificados, los registros contables y las diferencias identificadas, producto del ejercicio de control efectuado.

DESCRIPCIÓN	ARQUEO DE CAJA PRINCIPAL		ARQUEO DE CAJA PRINCIPAL		ARQUEO DE CAJA PRINCIPAL	
LUGAR	Bogotá		Sede - UFZ		Sede - HRZ	
RESPONSABLE	SEBASTIAN SANCHEZ SIERRA		YAMILE VARON GOMEZ		YAMILE VARON GOMEZ	
FECHA Y HORA DE REALIZACIÓN	10-12-2025 Hora 10:14 a.m.		11-12-2025 Hora 1:50 p.m.		11-12-2025 Hora 12:00 m.	
SALDO SEGÚN REPORTE DGH	\$761.150,00		\$1.993.300,00		\$9.246.900,00	
					Dinero del día 9 y 10 de Diciembre de 2025	
Dinero Efectivo						
Billetes						
\$100.000	1	\$100.000	6	\$600.000	44	\$4.400.000
\$50.000	4	\$200.000	18	\$900.000	73	\$3.650.000
\$20.000	7	\$140.000	12	\$240.000	28	\$560.000
\$10.000	1	\$10.000	9	\$90.000	36	\$360.000
\$5.000	17	\$85.000	17	\$85.000	30	\$150.000
\$2.000	193	\$386.000	35	\$70.000	77	\$154.000
\$1.000	0	\$0	0	\$0	0	0
Monedas						
\$1.000	4	\$4.000	20	\$20.000	1	\$1.000
\$500	13	\$6.500	15	\$7.500	10	\$5.000
\$200	191	\$38.200	69	\$13.800	28	\$5.600
\$100	177	\$17.700	69	\$6.900	11	\$1.100
\$50	35	\$1.750	2	\$100	4	\$200
SUBTOTAL EFECTIVO		\$989.150		\$2.033.300		\$9.286.900
Otros (Sobrante y/o Faltante)		\$8.000		\$102.600		\$10.000
Saldo en bancos		N/A		N/A		N/A
Cheques		N/A		N/A		N/A
Tarjetas		\$60.000		\$122.600		\$0
Base		\$280.000		\$60.000		\$30.000
Acueducto San Cayetano		\$0		\$0		\$0
TOTAL SALDO CAJAS		\$1.049.150		\$2.155.900		\$9.286.900

OBSERVACIONES	<p>En el arqueo realizado a la Caja de Urgencias Bogotá, la cual, de acuerdo con lo informado por la Tesorería del Hospital, cumple las funciones de caja principal, se evidenció un sobrante de dinero por valor de \$8.000,00.</p> <p>El arqueo efectuado en la sede HRZ se realizó con base en los valores recaudados a los facturadores durante los días 9 y 10 de diciembre de 2025 por la tesorera Yamile Varón. Adicionalmente, se incluyó el valor de \$463.600,00 correspondiente al turno nocturno del día 11 de diciembre de 2025, así como \$30.000,00 provenientes de un facturador de consulta externa que se retiró. Como resultado del arqueo, se identificó un sobrante por valor de \$10.000,00.</p> <p>En el arqueo realizado en la sede UFZ, el cual se efectuó con base en los valores recaudados a los facturadores durante los días 9 y 10 de diciembre de 2025 por la tesorera Yamile Varón, se evidenció que en el documento denominado "Listado resumen de recibos de caja por consecutivo" fue registrado registro por Alix Geraldine Barrios Perez como efectivo un valor de \$122.600,00, el cual corresponde a pago realizado con tarjeta. Esta situación generó una inconsistencia en el registro de la información y derivó en un sobrante de dinero por valor de \$102.000,00.</p>
---------------	---

Existencia de sobrantes en las tres cajas arqueadas

Bogotá: Sobrante de \$8.000

Sede HRZ: Sobrante de \$10.000

Sede UFZ: Sobrante de \$102.600

La presencia reiterada de sobrantes, aunque de distinta magnitud, pone en evidencia debilidades en los procesos de registro, clasificación y conciliación diaria de los ingresos, en la medida en que el efectivo físico no coincide plenamente con los valores registrados en el sistema DGH, lo que afecta la confiabilidad de la información financiera y revela la necesidad de fortalecer los controles internos y los procedimientos de verificación diaria del recaudo.

Inconsistencia relevante en la Sede UFZ

En la Sede UFZ se evidenció que el valor de \$122.600, correspondiente a pagos efectuados mediante tarjeta, fue registrado erróneamente en el "Listado resumen de recibos de caja por consecutivo" como dinero en efectivo, situación que generó una diferencia significativa en el arqueo y explica el mayor sobrante identificado en dicha sede. Este hecho constituye una clasificación inadecuada del medio de pago, lo cual afecta la confiabilidad, integridad y razonabilidad de la información financiera, además de debilitar los controles sobre el registro y conciliación de los recaudos.

Aspectos relevantes identificados en el proceso de recaudo y control de efectivo

En las sedes UFZ y HRZ, los arqueos de caja se efectuaron con base en valores previamente recaudados por facturadores y consolidados de manera posterior por la tesorera, situación que incrementa el riesgo de errores en la trazabilidad del efectivo y dificulta la identificación oportuna de posibles diferencias, al no existir una verificación directa e inmediata del recaudo en el punto de origen.

Adicionalmente, conforme a lo manifestado por los responsables de las cajas, no se evidencia la existencia de una rutina formal, periódica e independiente de arqueos por parte de la Tesorería, lo cual limita la detección temprana de inconsistencias y debilita el sistema de control interno sobre los recursos en efectivo. Así mismo, se establece que la base de las Cajas Principales, destinada al manejo de billetes de baja denominación y monedas, asciende a \$280.000,00 para la caja de Bogotá, \$60.000,00 para la Sede UFZ y \$30.000,00 para la Sede HRZ, valores que deben ser objeto de control permanente y conciliación periódica para mitigar riesgos asociados a su manejo.

Se recomienda fortalecer los controles internos asociados al manejo de las cajas, estableciendo la obligatoriedad de discriminar y registrar correctamente los medios de pago (efectivo, tarjetas y otros), con el fin de evitar que recaudos electrónicos sean clasificados como dinero en efectivo; así mismo, implementar arqueos periódicos, sorpresivos e independientes por parte de la Oficina de Tesorería, debidamente documentados y con actas de soporte, reforzar la capacitación continua del personal de caja y facturación en procedimientos de recaudo, conciliación y cierre diario, y formalizar mediante acto administrativo cualquier asignación temporal de funciones relacionadas con el manejo de recursos, de manera que se garantice la trazabilidad, transparencia y confiabilidad de la información financiera y se mitiguen los riesgos en la administración de los dineros públicos.

Así mismo, se evidenció que la Caja Principal (Urgencias) de Bogotá no cuenta con cámaras de seguridad instaladas en su interior, a diferencia de las sedes ubicadas en el municipio de Zipaquirá, las cuales sí disponen de este sistema de vigilancia. Esta situación constituye un riesgo potencial para la seguridad, custodia y control de los recursos en efectivo, dado que la ausencia de cámaras limita la capacidad de monitoreo permanente, la trazabilidad de las operaciones y la disuasión de posibles irregularidades, mientras que la implementación de estos mecanismos contribuye al fortalecimiento de los controles preventivos y a la protección de los dineros públicos.

Una vez desarrollados los arqueos por parte del Profesional Universitario de la Oficina Asesora de Control Interno, se verificó el manejo y la custodia de los recursos públicos en las Cajas de Urgencias y Consulta Externa de las sedes UFZ y HRZ, ubicadas en el municipio de Zipaquirá. Estas actividades se realizaron en presencia de los funcionarios responsables, permitiendo constatar la existencia física del efectivo, la consistencia de los registros generados en el aplicativo institucional y el cumplimiento de los procedimientos establecidos para la recepción, custodia y traslado de los dineros recaudados. Los resultados obtenidos fueron registrados en actas oficiales, y constituyen evidencia objetiva para la evaluación del control interno y la trazabilidad de los recursos en dichas sedes.

Cajas Urgencias Sede HRZ:

CONCEPTO	Valores
VALOR ASIGNADO BASE CAJA URGENCIAS HRZ (2) \$40.000,00	\$ 80.000,00
Saldo Listado resumen recibos de caja	\$ 513.200,00
DINERO EN EFECTIVO	\$ 300.100,00
SOBRANTE CAJA URGENCIAS HRZ (Claudia Almeciga)	\$ 100,00
PAGO CON TARJETA DEBITO	\$ 293.200,00

Con base en los datos presentados para las Cajas de Urgencias de la Sede HRZ, se puede realizar el siguiente análisis técnico:

El valor asignado como base fija de caja es de \$80.000, correspondiente al fondo permanente que debe mantenerse en efectivo (Se encontraron dos funcionarios con una base individual de \$40.000).

El saldo del listado resumen de recibos de caja generado desde el aplicativo DGH es de \$220.000, lo que representa el total de ingresos por recaudo que deberían encontrarse en custodia al momento del arqueo, además del fondo base.

El dinero en efectivo contado físicamente durante el arqueo fue de \$300.100, lo que indica que se encuentra completo el valor esperado ($\$80.000 + \$220.000 = \$300.000$) y se evidencia un **sobranter de \$100** de la Caja

custodiada por la funcionaria Claudia Almeciga, valor el cual debe ser conciliado y documentado conforme a los procedimientos institucionales.

Se reporta además un valor de \$293.200 en pagos con tarjeta débito, lo cual corresponde a ingresos no consignados en efectivo y que están debidamente registrados en el sistema.

Conclusión: Las cajas presentan una adecuada correspondencia entre el valor base, los ingresos registrados y el efectivo disponible, con una diferencia menor (\$100) que debe ser aclarada. No se evidencian faltantes. La trazabilidad entre el sistema DGH, el efectivo y los medios electrónicos de pago está documentada, lo cual fortalece el control interno. Se deja constancia del sobrante en el acta de arqueo. Se debe verificar si corresponde a redondeos, errores de digitación o ingresos no registrados.

Cajas Facturación Sede HRZ:



CONCEPTO	Valores
VALOR ASIGNADO BASE CAJAS FACTURACIÓN HRZ (4) \$30.000.00	\$ 120.000,00
Saldo Listado resumen recibos de caja	\$ 913.900,00
DINERO EN EFECTIVO	\$ 1.033.900,00
SOBRANTE Y/O FALTANTE CAJAS FACTURACIÓN HRZ	\$ -
PAGO CON TARJETA DEBITO	\$ -

Con base en los datos presentados para las cuatro (4) Cajas de Facturación de la Sede HRZ, se concluye que el arqueo refleja una correspondencia exacta entre el valor esperado y el dinero en efectivo encontrado, sin evidenciarse sobrantes ni faltantes. El valor asignado como base de caja es de \$120.000, correspondiente a cuatro cajas con una base individual de \$30.000. El saldo del listado resumen de recibos de caja asciende a \$913.900, lo que representa el total de ingresos recaudados y registrados en el sistema institucional. Al sumar ambos conceptos ($\$120.000 + \$913.900 = \$1.033.900$), se obtiene el mismo valor contado físicamente durante el arqueo (\$1.033.900), lo que evidencia una gestión adecuada de los recursos en custodia. No se reportaron pagos con tarjeta débito, por lo que la totalidad de los ingresos se encuentra representada en efectivo. Esta situación demuestra cumplimiento en los procedimientos de recaudo, registro y custodia, fortaleciendo la trazabilidad y el control interno en el manejo de fondos públicos en el punto de facturación.

Cajas Urgencias Sede UFZ:

CONCEPTO	Valores
VALOR ASIGNADO BASE CAJAS URGENCIAS UFZ	\$ 105.000,00
Saldo Listado resumen recibos de caja por consecutivo	\$ -
DINERO EN EFECTIVO	\$ -
SOBRANTE CAJA URGENCIAS UFZ	\$ 105.000,00
PAGO CON TARJETA DEBITO	\$ -

Con base en los datos del arqueo realizado a la Caja de Urgencias de la Sede UFZ, se evidenció que el valor asignado como base de caja es de \$105.000, monto que coincide exactamente con el dinero en efectivo encontrado durante el arqueo, lo cual genera un sobrante técnico por el mismo valor, dado que no se registran ingresos en el sistema institucional ni pagos con tarjeta débito. Esta situación indica que el fondo base está completo, pero no se ha formalizado su registro en el Listado resumen de recibos de caja por consecutivo del módulo de Tesorería, lo que representa una deficiencia en la trazabilidad operativa y

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		
	CONTROL INTERNO		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE		
	05CIN01-V2		
			05GIC92-V1

contable. Se recomienda verificar si el fondo base fue omitido en el sistema, realizar el registro correspondiente en el aplicativo DGH, y reforzar los controles de ingreso diario para asegurar la consistencia entre el efectivo en custodia y los registros institucionales, garantizando así el cumplimiento de los principios de transparencia y control interno.

Cajas Facturación Sede HRZ:

CONCEPTO	Valores
VALOR ASIGNADO BASE CAJAS FACTURACIÓN UFZ (3) \$35.000.00	\$ 105.000,00
Saldo Listado resumen recibos de caja por consecutivo	\$ 240.700,00
DINERO EN EFECTIVO	\$ 345.900,00
SOBRANTE CAJAS FACTURACIÓN UFZ	\$ 200,00
PAGO CON TARJETA DEBITO	\$ -

Con base en los datos del arqueo realizado a las Cajas de Facturación de la Sede UFZ, se evidencia una adecuada correspondencia entre el valor asignado como base de caja (\$105.000) y el saldo registrado en el listado resumen de recibos de caja por consecutivo (\$240.700), lo que arroja un total esperado de \$345.700 en efectivo. Al momento del arqueo, se contó físicamente un total de \$345.900, lo que genera un **sobranter de \$200**, diferencia que debe ser conciliada y documentada conforme a los procedimientos institucionales. No se reportaron pagos con tarjeta débito, por lo que la totalidad de los ingresos se encuentra representada en efectivo. Esta situación refleja una gestión operativa adecuada, aunque se recomienda dejar constancia del sobrante en el acta de arqueo, verificar su origen (redondeo, error de digitación o ingreso no registrado), y reforzar los controles de cierre diario para asegurar la trazabilidad completa entre el efectivo en custodia y los registros del sistema institucional.

3. Seguimiento a recomendaciones anteriores y Planes de mejora formulados

Durante la auditoría correspondiente a la vigencia pasada (2024) se formularon nueve (9) recomendaciones. Adicionalmente, se encontraban pendientes cinco (5) recomendaciones provenientes de vigencias anteriores, para un total acumulado de catorce (14) recomendaciones en proceso de atención.

En el seguimiento realizado se evidenció que la Sede HRZ elaboró un Plan de Mejoramiento con el propósito de dar respuesta a las recomendaciones derivadas de la vigencia 2024. Dicho plan quedó registrado en el Aplicativo Institucional ALMERA bajo el código No. 3217.

El plan contempla cuatro (4) acciones de mejoramiento, con fecha de inicio 2 de enero de 2025 y fecha de finalización 31 de diciembre de 2025. A la fecha de elaboración del presente informe de auditoría, el plan registra un avance ponderado del 64,50%, lo cual refleja un nivel de cumplimiento parcial en la ejecución de las acciones programadas.

No obstante, se debe resaltar que no se evidenció el registro de otros planes de mejoramiento orientados a atender las recomendaciones formuladas en el informe de auditoría de la vigencia 2024, lo que limita la trazabilidad y el aseguramiento de la gestión frente al total de hallazgos identificados.

4. Recomendaciones

4.1. Recomendaciones 2025



No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN 2025
1	<p>CONDICIÓN: Durante la auditoría se evidenció que no existe un cronograma formal ni documentado de arqueos periódicos y sorpresivos realizados por la Oficina de Tesorería, y que los controles efectuados sobre las cajas principales y menores no son sistemáticos ni independientes, limitándose en algunos casos a verificaciones realizadas por los mismos responsables del recaudo o de la custodia del efectivo. Se recomienda Fortalecer los controles asociados al manejo de las cajas principales y menores mediante la implementación, formalización y ejecución de un cronograma institucional de arqueos periódicos y sorpresivos, a cargo de la Oficina de Tesorería, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución Interna No. 021 de 2025. Dichos arqueos deberán realizarse de manera sistemática en todas las sedes y tipos de caja, quedar debidamente documentados en actas firmadas por los responsables, y contar con los respectivos soportes físicos y digitales, garantizando la trazabilidad, oportunidad y efectividad del control, así como la detección temprana de inconsistencias en el manejo de los recursos.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Resolución Interna No. 021 del 21 de enero de 2025, Principio de autocontrol y evaluación independiente consagrado en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>CAUSA: La situación identificada se origina principalmente en la ausencia de un procedimiento formalizado, la falta de asignación clara de responsabilidades, y la inexistencia de una planificación estructurada para la ejecución de arqueos periódicos y sorpresivos, lo que ha generado debilidades en la aplicación de los controles preventivos y correctivos sobre el manejo del efectivo.</p> <p>CONSECUENCIA: La falta de arqueos periódicos y sorpresivos incrementa el riesgo de errores, omisiones o irregularidades en el manejo de los recursos públicos, dificulta la detección oportuna de diferencias entre el efectivo físico y los registros contables, y afecta la confiabilidad de la información financiera, lo que puede derivar en hallazgos recurrentes, pérdidas económicas y eventuales responsabilidades administrativas o disciplinarias para la entidad y los funcionarios responsables.</p>
2	<p>CONDICIÓN: Durante la auditoría se evidenció que, en la Sede UFZ, un valor correspondiente a pagos realizados mediante tarjeta fue registrado en el sistema DGH como ingreso en efectivo, generando diferencias en el arqueo y un sobrante de caja, lo que refleja inconsistencias en la clasificación de los medios de pago. Se recomienda Corregir y estandarizar la clasificación de los medios de pago mediante el reforzamiento de los lineamientos y procedimientos para el registro adecuado de los ingresos por concepto de efectivo, tarjetas y otros medios electrónicos en el Aplicativo Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH). Para ello, se recomienda definir criterios claros y homogéneos, acompañados de validaciones previas al cierre diario de caja y capacitaciones al personal responsable, con el fin de evitar errores de clasificación como los identificados en la Sede UFZ, los cuales afectan la confiabilidad, integridad y razonabilidad de la información financiera.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Principios de registro adecuado y confiable de la información financiera establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y las normas internas de manejo de cajas</p> <p>CAUSA: La inconsistencia identificada obedece principalmente a la falta de estandarización de los procedimientos de registro, a debilidades en la capacitación del personal encargado del recaudo, y a la ausencia de controles de validación previos al cierre de caja, que permitan detectar y corregir errores de clasificación de manera oportuna.</p> <p>CONSECUENCIA: La clasificación incorrecta de los medios de pago genera diferencias recurrentes en los arqueos, afecta la confiabilidad y razonabilidad de la información financiera, dificulta los procesos de conciliación bancaria y contable, y puede dar lugar a hallazgos reiterativos y riesgos de carácter administrativo y financiero para la entidad.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN 2025
3	<p>CONDICIÓN: Durante la auditoría se evidenció la existencia recurrente de sobrantes y faltantes en las cajas arqueadas, así como diferencias entre el efectivo físico y los valores registrados en el sistema DGH, las cuales no se encontraban debidamente conciliadas, justificadas ni depuradas de manera inmediata. Se recomienda Regularizar y conciliar de manera oportuna y sistemática los sobrantes y/o faltantes detectados en los arquezos de las cajas principales y menores, mediante el establecimiento y aplicación de un procedimiento formal y documentado que contemple el análisis de las diferencias, su registro contable inmediato, la identificación de causas y la adopción de acciones correctivas. Dicho procedimiento deberá integrarse al proceso de conciliación diaria de ingresos, con el fin de corregir desviaciones recurrentes, fortalecer el control interno y garantizar la razonabilidad de los saldos de caja.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Principios de registro oportuno, conciliación y control de los recursos públicos establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y la normatividad interna sobre manejo de caja</p> <p>CAUSA: La situación identificada obedece a la ausencia de un procedimiento formalizado para el tratamiento de sobrantes y faltantes, a la falta de responsables claramente definidos para su análisis y registro, y a debilidades en los controles diarios de conciliación de ingresos.</p> <p>CONSECUENCIA: La falta de regularización y conciliación oportuna de sobrantes y faltantes incrementa el riesgo de inconsistencias contables, afecta la confiabilidad de la información financiera, dificulta la identificación de errores u omisiones en el recaudo y puede generar hallazgos reiterativos y posibles responsabilidades administrativas para la entidad.</p>
4	<p>CONDICIÓN: Durante la auditoría se evidenció que los valores asignados presupuestalmente a la Sede UFZ están siendo registrados contablemente en cuentas correspondientes a la Sede HRZ, lo cual genera inconsistencias entre la asignación presupuestal, los registros contables y los saldos de caja. Se recomienda Ajustar y depurar el manejo contable por sede y por caja, garantizando la creación, habilitación y uso adecuado de las cuentas contables específicas asignadas a cada sede, en especial para la Sede UFZ, de manera que los registros contables se efectúen de forma correcta y consistente. Así mismo, se recomienda evitar el registro cruzado de operaciones en cuentas correspondientes a otras sedes, asegurando la debida correspondencia entre la asignación presupuestal, los registros en libros contables y el efectivo disponible, con el fin de fortalecer la trazabilidad, la confiabilidad de la información financiera y el control de los recursos.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, principios de adecuada clasificación contable, trazabilidad y control de los recursos públicos, establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>CAUSA: La situación se origina principalmente en la ausencia de cuentas contables específicas habilitadas para algunas sedes, debilidades en la parametrización del sistema DGH, y falta de verificación previa sobre la correcta imputación contable de los recursos asignados.</p> <p>CONSECUENCIA: El manejo contable inadecuado por sede y por caja genera inconsistencias en los estados financieros, afecta la confiabilidad y razonabilidad de la información contable, dificulta el seguimiento y control de los recursos por sede, y puede derivar en hallazgos recurrentes, reprocesos administrativos y eventuales responsabilidades administrativas para la entidad.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN 2025
5	<p>CONDICIÓN: Durante la auditoría se evidenció que los reembolsos de las cajas menores no se realizan de manera oportuna, observándose periodos prolongados sin reposición de fondos, aun cuando el nivel de ejecución supera el umbral establecido o se cumple el plazo mensual definido en la normativa interna. Se recomienda Asegurar el cumplimiento estricto de los reembolsos de las cajas menores dentro de los plazos establecidos, conforme a lo dispuesto en el Artículo Décimo Segundo de la Resolución 025 de 2025, efectuando los reembolsos de manera mensual o cuando el nivel de ejecución alcance o supere el 70 % del valor asignado, lo que ocurra primero. Lo anterior permitirá mantener saldos actualizados, garantizar la disponibilidad oportuna de recursos, y reducir riesgos operativos, financieros y de control asociados al manejo prolongado de fondos sin reposición</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Artículo Décimo Segundo de la Resolución 025 de 2025, el cual señala que los reembolsos de las cajas menores deben efectuarse mensualmente o cuando se haya ejecutado el 70 % del valor asignado, así como los principios de eficiencia, oportunidad y control contemplados en el MECI y el MIPG.</p> <p>CAUSA: La situación identificada obedece principalmente a debilidades en la planeación y seguimiento del uso de los recursos, falta de control sobre los porcentajes de ejecución de la caja menor y ausencia de alertas o mecanismos de monitoreo que permitan identificar oportunamente la necesidad de realizar los reembolsos.</p> <p>CONSECUENCIA: La no realización oportuna de los reembolsos puede generar desactualización de los saldos, limitaciones en la disponibilidad de recursos para la operación, incremento del riesgo de errores en el registro contable, posibles observaciones de los entes de control y afectación a la transparencia y eficiencia en la administración de los recursos públicos.</p>
6	<p>CONDICIÓN: Durante la auditoría se evidenció que, en algunas sedes, las funciones de cajero(a) principal fueron asumidas de manera temporal por otros funcionarios sin que existiera un acto administrativo o comunicación formal que respaldara dicha asignación, siendo estas funciones otorgadas de forma verbal. Se recomienda Formalizar, mediante acto administrativo o comunicación interna debidamente soportada, las designaciones temporales de funciones relacionadas con el manejo de efectivo, especialmente en situaciones de reemplazo por incapacidades, vacaciones u otras ausencias. Dichos actos deben definir de manera clara y expresa las responsabilidades, alcance de las funciones, periodo de vigencia y obligaciones de rendición de cuentas, garantizando la continuidad del control interno y la adecuada custodia de los recursos públicos.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Principios de legalidad, responsabilidad y control establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI),</p> <p>CAUSA: La ausencia de formalización obedece a deficiencias en los procedimientos administrativos internos para la gestión de ausencias temporales del personal y a la falta de estandarización en la documentación de asignaciones temporales de funciones críticas.</p> <p>CONSECUENCIA: La asignación informal de funciones relacionadas con el manejo de efectivo incrementa el riesgo de errores, pérdidas o inconsistencias en los registros, dificulta la determinación de responsabilidades en caso de hallazgos y debilita el sistema de control interno y rendición de cuentas, pudiendo derivar en observaciones por parte de los entes de control.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN 2025
7	<p>CONDICIÓN: Durante la auditoría se evidenció que la Caja Principal de Bogotá (Urgencias) no cuenta con cámaras de seguridad instaladas en su interior, mientras que las sedes ubicadas en el municipio de Zipaquirá sí disponen de estos dispositivos; no obstante, no se observó un procedimiento documentado que asegure la revisión periódica de su funcionamiento y cobertura. Se recomienda Fortalecer la seguridad física de las cajas mediante la gestión e instalación de cámaras de seguridad en la Caja Principal (Urgencias) de Bogotá y la verificación periódica del correcto funcionamiento, cobertura y almacenamiento de registros de las cámaras ya instaladas en las sedes de Zipaquirá, garantizando que estos mecanismos actúen como herramientas de prevención, disuasión y apoyo en la detección de posibles irregularidades en el manejo de recursos públicos.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Principios de seguridad, protección de activos y control preventivo establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y las buenas prácticas de administración de recursos públicos.</p> <p>CAUSA: La ausencia y debilidad de estos controles obedece a limitaciones en la planificación e inversión en infraestructura de seguridad, así como a la inexistencia de lineamientos específicos que regulen la instalación, mantenimiento y seguimiento de los sistemas de vigilancia en las áreas de recaudo y custodia de efectivo.</p> <p>CONSECUENCIA: La carencia de cámaras de seguridad en la Caja Principal de Bogotá y la falta de seguimiento sistemático a las existentes en Zipaquirá incrementan el riesgo de pérdidas, sustracciones, fraudes o manipulaciones indebidas del efectivo, dificultan la reconstrucción de hechos ante eventuales incidentes y debilitan la efectividad del control interno y la rendición de cuentas ante los entes de control.</p>
8	<p>CONDICIÓN: Del total de catorce (14) recomendaciones formuladas en la auditoría de la vigencia 2024 y vigencias anteriores, únicamente se evidenció la formulación de un Plan de Mejoramiento correspondiente a la Sede HRZ, registrado en el Aplicativo Institucional ALMERA bajo el código No. 3217, el cual contempla cuatro (4) acciones con un avance ponderado del 64,50%. No se evidenció el registro de planes de mejoramiento adicionales para atender las demás recomendaciones pendientes. Se recomienda Impulsar la implementación, registro y seguimiento efectivo de los planes de mejoramiento derivados de las recomendaciones formuladas en las auditorías internas, exigiendo a todas las dependencias responsables la definición de acciones claras, responsables, plazos y productos verificables, así como el registro oportuno en el aplicativo institucional correspondiente, con el fin de asegurar avances medibles y el cierre efectivo de las acciones pendientes de la vigencia 2024 y anteriores.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).</p> <p>CAUSA: La ausencia de planes de mejoramiento para la totalidad de las recomendaciones se asocia a debilidades en la cultura de autocontrol y seguimiento, así como a la falta de mecanismos de exigibilidad, coordinación y control que aseguren el registro oportuno y la ejecución integral de las acciones correctivas por parte de las dependencias responsables.</p> <p>CONSECUENCIA: La no formulación y seguimiento integral de los planes de mejoramiento incrementa el riesgo de reincidencia de las debilidades identificadas, limita la efectividad del sistema de control interno, retrasa la corrección de fallas en los procesos de recaudo y manejo de efectivo y puede generar observaciones reiteradas por parte de los entes de control, afectando la gestión institucional y la transparencia en el uso de los recursos públicos.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN 2025
9	<p>CONDICIÓN: Durante la auditoría se identificaron errores recurrentes en el registro y clasificación de los ingresos, diferencias entre el efectivo físico y los saldos registrados en el sistema DGH, así como desconocimiento de algunos procedimientos y responsabilidades por parte del personal encargado del manejo de las cajas, lo que evidencia brechas en la formación y actualización del personal. Se recomienda Implementar un programa de capacitación continua y sistemática dirigido a tesoreros, cajeros y responsables de las cajas principales y cajas menores, enfocado en los procedimientos de arqueo, manejo y custodia de efectivo, registro contable en el sistema DGH, normativa interna vigente y principios de control interno, dejando evidencia documental de las jornadas realizadas, con el propósito de reducir errores operativos y administrativos y fortalecer la confiabilidad de la información financiera.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y las disposiciones internas de la Entidad, que establecen la obligación de contar con personal competente, capacitado y actualizado.</p> <p>CAUSA: La situación se origina principalmente en la ausencia de un plan estructurado de capacitación periódica, la alta rotación o asignación temporal de personal en funciones de recaudo y tesorería, y la falta de seguimiento para verificar la apropiación y aplicación práctica de los conocimientos impartidos.</p> <p>CONSECUENCIA: La falta de capacitación continua incrementa el riesgo de errores en los arqueos, registros contables incorrectos, inconsistencias en la información financiera y posibles hallazgos reiterados en futuras auditorías, lo que puede afectar la transparencia, el control de los recursos públicos y la eficiencia en la gestión institucional.</p>
10	<p>CONDICIÓN: Se evidenció que el indicador de flujo de caja disponible superó ampliamente la meta mensual de \$20.000.000 durante los primeros diez meses de 2025, con un promedio acumulado de \$33.951.932 (169,8% de cumplimiento). Sin embargo, a partir del segundo semestre se observa una tendencia decreciente en la variación porcentual, pasando de 177,99% en marzo a 14,35% en octubre. Adicionalmente, los meses de noviembre y diciembre no presentan registro ni calificación en el aplicativo institucional ALMERA, lo que limita la confiabilidad del seguimiento. Se recomienda actualizar de manera inmediata la información correspondiente a los meses pendientes en ALMERA, implementar controles de consistencia y trazabilidad en el registro de indicadores financieros y realizar un análisis técnico periódico de la tendencia decreciente observada en el segundo semestre de 2025. Estas acciones permitirán garantizar la confiabilidad del indicador, anticipar riesgos de liquidez y asegurar la sostenibilidad financiera institucional.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, De acuerdo con la Resolución Interna No. 025 de 2025 y los lineamientos del Sistema de Gestión Integral (ALMERA), los indicadores financieros deben ser actualizados mensualmente.</p> <p>CAUSA: Obedece a retrasos en el registro y validación de la información financiera en el aplicativo institucional ALMERA, sumados a la ausencia de controles técnicos suficientes que garanticen la consistencia y trazabilidad de los datos; adicionalmente, se identifican factores operativos como el incremento de compromisos financieros, la reducción de ingresos en el segundo semestre y la acumulación de cuentas por pagar, los cuales incidieron en la disminución progresiva del excedente de caja disponible frente a la meta establecida.</p> <p>CONSECUENCIA: Derivada de esta situación es la pérdida de confiabilidad y oportunidad en el indicador financiero, lo que puede afectar la toma de decisiones estratégicas de la entidad al no contar con información completa y actualizada; adicionalmente, la tendencia decreciente observada en el segundo semestre de 2025 podría anticipar presiones de liquidez hacia el cierre del ejercicio fiscal, generando riesgos en la capacidad de atender obligaciones corrientes, posibles inconsistencias en los reportes institucionales y limitaciones en los procesos de auditoría, planeación y control, con impacto directo en la sostenibilidad financiera y reputacional de la institución.</p>

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		
	CONTROL INTERNO		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE		
	05CIN01-V2		
		05GIC92-V1	

4.2. Recomendaciones Anteriores

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
1	<p>CONDICIÓN: Actualmente, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no cuenta con políticas específicas para los arqueos de dinero público, lo que puede generar riesgos de irregularidades y falta de transparencia en el manejo de los recursos asignados. Para garantizar la transparencia, el control y el uso eficiente de los recursos, es fundamental implementar la Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público como parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Esta política establece lineamientos clave para la correcta ejecución del presupuesto a través de arqueos de dinero público.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Ley 1952 de 2019.</p> <p>CAUSA: La ausencia de una política específica para los arqueos en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana ha permitido que las prácticas de manejo de fondos no estén estandarizadas, aumentando así el riesgo de irregularidades y una gestión ineficiente de los recursos.</p> <p>EFFECTO: Sin la adopción de esta política, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana continuará enfrentando desafíos en la transparencia y control del manejo de fondos, lo que puede derivar en una mala ejecución presupuestal y en la ineficiencia del gasto público.</p>
2	<p>CONDICIÓN: Actualmente, no se cuenta con un estándar de precios para servicios recurrentes como el montaje de llantas, lo que puede generar inconsistencias en los costos. Además, la evaluación de proveedores no se realiza de manera sistemática, la programación de mantenimiento preventivo no está bien definida y el registro de servicios y reparaciones no es detallado ni actualizado. Para asegurar la consistencia, optimización de costos y efectividad en la gestión de servicios, es fundamental establecer un estándar de precios, realizar evaluaciones periódicas de proveedores, implementar una programación de mantenimiento preventivo y mantener un registro detallado y actualizado de todos los servicios y reparaciones.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993</p> <p>CAUSA: Las causas principales de estas deficiencias incluyen la falta de controles y políticas claras para la gestión de precios y proveedores, la ausencia de una estrategia definida de mantenimiento preventivo y la falta de un sistema adecuado para el registro y actualización de los servicios y reparaciones.</p> <p>EFFECTO: La ausencia de estas medidas puede resultar en costos innecesarios y variables para servicios recurrentes, ineficiencias en la selección de proveedores, mayor frecuencia de reparaciones debido a la falta de mantenimiento preventivo y dificultades en las auditorías y análisis de costos debido a la falta de registros detallados y actualizados.</p>
3	<p>CONDICIÓN: De acuerdo con la Resolución 043 de enero 24 de 2024, se constituyeron cuatro (4) cajas menores, se designaron responsables y se determinó su manejo y funcionamiento al interior de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana. Estas cajas menores se encuentran identificadas contablemente en el Aplicativo Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) con cuentas específicas. Sin embargo, no se ha identificado contablemente la caja menor correspondiente a la Sede UFZ, a pesar de que esta sede se encuentra relacionada presupuestalmente en la resolución. Para asegurar una gestión financiera eficiente y transparente, todas las cajas menores deben estar correctamente identificadas y registradas contablemente en el Aplicativo Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH). Esto incluye todas las sedes mencionadas en la resolución, sin excepciones.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993</p> <p>CAUSA: La ausencia de identificación contable para la caja menor de la Sede UFZ puede deberse a una falta de seguimiento en la implementación de las políticas de la resolución o a errores administrativos que omitieron la inclusión de esta sede en el sistema contable.</p> <p>EFFECTO: La falta de identificación contable de la caja menor de la Sede UFZ puede generar inconsistencias en los registros financieros, dificultando la transparencia y el control eficiente del uso de recursos en esta sede. Esto también puede afectar la capacidad de realizar auditorías precisas y de asegurar la correcta asignación y manejo de los fondos.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
4	<p>CONDICIÓN: El Artículo Cuarto de la Resolución 043 del 24 de enero de 2024 establece que el tesorero del área financiera, o quien haga sus veces, será el encargado de realizar arqueos periódicos durante la ejecución y funcionamiento de las cajas menores. Adicionalmente, el Artículo Décimo señala que las respectivas dependencias de la Dirección Financiera y/o Dirección Administrativa deben efectuar arqueos periódicos y sorpresivos. Sin embargo, a pesar de solicitar vía correo electrónico a la tesorera de la Institución el envío de las copias de los arqueos realizados, no se obtuvo respuesta. Para asegurar la transparencia, el control y la correcta ejecución del manejo de las cajas menores, es fundamental que se realicen arqueos periódicos y sorpresivos de acuerdo a lo establecido en la Resolución 043 y que la documentación correspondiente sea accesible y enviada a los responsables designados.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Resolución 043 del 24 de enero de 2024 y modificaciones.</p> <p>CAUSA: La falta de respuesta a la solicitud de copias de los arqueos puede deberse a deficiencias en la comunicación interna, la falta de procedimientos claros para la distribución de esta información, o a la no realización efectiva de los arqueos como lo exige la normativa.</p> <p>EFEECTO: La falta de documentación sobre los arqueos periódicos compromete la transparencia y el control financiero, lo que puede generar riesgos de mal manejo de fondos, falta de rendición de cuentas y potenciales irregularidades en el uso de los recursos asignados a las cajas menores.</p>
5	<p>CONDICIÓN: El Artículo Décimo Segundo de la Resolución 043 del 24 de enero de 2024 establece que los reembolsos se deben realizar en la cuantía de los gastos efectuados, sin exceder el monto autorizado, de manera mensual o antes, en caso de haberse consumido más del 70% del valor total de la caja menor o de uno de sus rubros. Sin embargo, los arqueos realizados revelaron que los reembolsos no se están realizando mensualmente como lo dicta el artículo citado. Para cumplir con la normativa establecida en el Artículo Décimo Segundo de la Resolución 043, es fundamental que los reembolsos se realicen mensualmente o antes, si se consume más del 70% del valor total de la caja menor o de uno de sus rubros.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Resolución 043 del 24 de enero de 2024 y modificaciones.</p> <p>CAUSA: La falta de reembolsos mensuales puede deberse a deficiencias en la gestión y seguimiento de las cajas menores, la falta de procedimientos claros para la realización de reembolsos o a una posible falta de capacitación y sensibilización del personal responsable sobre la normativa vigente.</p> <p>EFEECTO: La no realización de reembolsos mensuales según lo establecido compromete la transparencia y el control financiero, lo que puede generar inconsistencias en los registros contables, afectar la disponibilidad de fondos para gastos menores y aumentar el riesgo de irregularidades en el manejo de los recursos.</p>
6	<p>CONDICIÓN: Durante el conteo del dinero en efectivo y los pagos con tarjeta, se generó un faltante de \$7.230.00. Según el reporte generado por el Aplicativo Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH), en el Módulo Contable "Listado Auxiliar General" y "Balance de Prueba", la cuenta contable 11050101 presentaba un saldo de \$9,175.283.20 al 20 de diciembre de 2024. Sin embargo, el valor encontrado en el arqueo realizado fue de \$7.640.200, resultando en un faltante total de \$1.535.083.20. Las normativas de control financiero y contable exigen que los saldos de efectivo y las cuentas contables coincidan con los registros del sistema y los arqueos físicos realizados. Es fundamental que cualquier diferencia sea mínima y debidamente justificada para asegurar la transparencia y precisión en la gestión financiera.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993</p> <p>CAUSA: El faltante de dinero puede deberse a varias razones, incluyendo errores administrativos, fallas en el registro de pagos, manejo inadecuado de los fondos, posibles fraudes o robos, y deficiencias en los controles internos.</p> <p>EFEECTO: La discrepancia entre los valores registrados y los encontrados en el arqueo compromete la transparencia y el control financiero, aumentando el riesgo de pérdidas económicas y reduciendo la confianza en la gestión financiera de la institución. Además, puede generar consecuencias legales y reputacionales negativas para la organización.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
7	<p>CONDICIÓN: De acuerdo con el extracto de movimientos del Banco Davivienda de la cuenta terminada en 7626, asignada mediante la Resolución No.394 del 15 de agosto de 2024 al Dr. Gustavo Axel Vargas Galindo, responsable de las cajas menores de la Sede HRZ, se realizó un retiro de \$2.000.000 el 3 de diciembre de 2024. Este dinero fue entregado al Gestor Administrativo y Financiero de HRZ y UFZ, Dra. Adriana Vanessa Caballero Hernández, el 20 de diciembre de 2024, según consta en recibo de caja. Para asegurar la transparencia y el control adecuado de los fondos, todos los movimientos financieros deben ser registrados y documentados de manera precisa y oportuna. Los retiros de fondos deben estar debidamente justificados y la entrega de dinero al encargado del manejo y custodia de Cajas Menores de la Sede HRZ debe ser realizado inmediatamente con la documentación correspondiente.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993</p> <p>CAUSA: La discrepancia en las fechas y la falta de una documentación adecuada en el momento de entrega del retiro pueden deberse a deficiencias en los procedimientos, falta de comunicación entre las partes responsables o errores administrativos en el manejo y registro de los fondos.</p> <p>EFFECTO: La falta de registro y documentación oportuna puede generar desconfianza en la gestión de los fondos, aumentar el riesgo de mal manejo de los recursos y dificultar la auditoría y control financiero. Además, la discrepancia en las fechas puede generar dudas sobre la transparencia y el uso adecuado de los fondos.</p>
8	<p>CONDICIÓN: Las cajas principales de Bogotá y las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá no disponen de cámaras de seguridad instaladas en su interior. Para garantizar la seguridad y el control efectivo de los recursos manejados, es esencial contar con sistemas de vigilancia, como cámaras de seguridad, que permitan monitorear las actividades y proteger los fondos.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993.</p> <p>CAUSA: La falta de cámaras de seguridad puede deberse a una insuficiente inversión en sistemas de vigilancia, falta de planificación en materia de seguridad o a la subestimación de los riesgos asociados a la ausencia de estos dispositivos.</p> <p>EFFECTO: La ausencia de cámaras de seguridad representa un riesgo significativo para la seguridad y control de los recursos manejados, ya que no se puede realizar una vigilancia efectiva. Esto aumenta la vulnerabilidad a posibles irregularidades, robos o manejos indebidos de los fondos.</p>
9	<p>CONDICIÓN: Tras revisar el Aplicativo Institucional ALMERA, no se encontró ningún procedimiento relacionado con el manejo y/o la custodia de los pagarés. Para asegurar una gestión eficiente y transparente de los pagarés, es fundamental que existan procedimientos claros y documentados sobre su manejo y custodia. Estos procedimientos deben establecer dónde deben reposar los pagarés y qué área o funcionario es responsable de su custodia.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Norma Técnica Colombiana ISO 90001 de 2015.</p> <p>CAUSA: La ausencia de procedimientos específicos para el manejo y custodia de los pagarés puede deberse a una falta de planificación en la gestión documental, deficiencias en la creación de políticas internas o una posible negligencia en la actualización de los procedimientos institucionales.</p> <p>EFFECTO: La falta de claridad sobre dónde deben reposar los pagarés y quién es responsable de su custodia genera incertidumbre y riesgo de mal manejo de estos documentos. Esto puede derivar en pérdida de documentos, falta de control sobre los pagarés y posibles irregularidades en su gestión.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
1	<p>CONDICIÓN: Se evidencia falta de seguridad en puntos de facturación de Consulta Externa y Urgencias en la sede UFZ, yendo en contravía con lo detallado en la actividad 2 del Procedimiento 02GFI22-V3 en su numeral 1, 2 y 3.</p> <p>CRITERIO: Procedimiento 02GFI22-V3, Ley 87 de 1993.</p> <p>CAUSA: Falta de supervisión y seguimiento a la custodia de los recursos públicos.</p> <p>EFFECTO: Posible pérdida de recursos por la falta de seguridad de los cajones donde se guarda el dinero para su custodia.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
2	<p>CONDICIÓN: Se evidenció que el colaborador a cargo de la Caja Principal de la Sede UFZ no cuenta con el cargo para el desempeño de las funciones asignadas, lo anterior que al hacer el respectivo arqueo se pregunta por el cargo, informando que es Facturador, es decir, que las funciones asignadas no son de la misma naturaleza de su cargo actual.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993.</p> <p>CAUSA: Desconocimiento de requisitos para la contratación y/o delegación de funciones del personal en misión con manejo y custodia de dineros públicos.</p> <p>EFFECTO: Desmotivación del personal y posibles demandas por el uso indebido de funciones para el manejo de dineros públicos.</p>
3	<p>CONDICIÓN: Se detectó que no hay documentación institucional donde se estipulen la bases de dinero que deben tener las Cajas Principales, de Urgencias y de Consulta Externa en Bogotá y las Sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá, lo anterior debido a que en arqueos realizados a las cajas de las Sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá, fue solicitado el documento institucional donde se establecieron las bases de dinero que deben tener todas las cajas, sin recibir durante los arqueos dicho documento.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Ley 1952 de 2019.</p> <p>CAUSA: Falta de documentación institucional referente a las bases que deben tener cada una de las cajas de Bogotá y las Sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá.</p> <p>EFFECTO: Incumplimiento en planeación y socialización de documentación institucional referente a las bases que deben tener las cajas del hospital incluyendo las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá.</p>
4	<p>CONDICIÓN: Se evidencia en la documentación de la legalización de la Caja Menor de Arquitectura y Mantenimiento dos facturas a nombre del proveedor SERVIMETERS; una por inspección de puerta eléctrica con fecha de expedición 8 de noviembre de 2023 por valor de \$273.000 y la otra por una SANCIÓN POR VISITA CANCELADA con fecha de expedición 10 de noviembre de 2023 por valor de \$125.000, la cual no se encontró soporte por parte del hospital motivada para ser cancelada la sanción por parte del hospital con recursos de caja menor, de acuerdo a respuesta entregada por el responsable de la caja menor informa que se notifica al proveedor encargado del mantenimiento por correo electrónico para que asista a la inspección, proveedor que tiene tercerizado el contrato de mantenimiento, proveedor quien incumplió con la asistencia. Se recomienda realizar un análisis jurídico al contrato para dar traslado de la sanción al proveedor del mantenimiento y encontrar la viabilidad de que este valor sea recobrado y consignado en las cajas a favor del hospital.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Ley 1952 de 2019, Resolución Interna 036 de enero 2023 Art.6°, Procedimiento 02GFI11-V5.</p> <p>CAUSA: Se presentó descuido en el desarrollo de las funciones asignadas al responsable del manejo de cajas menores y custodia de los recursos públicos.</p> <p>EFFECTO: Se efectuó pago de sanción con dineros públicos de cajas menores, ocasionado por incumplimiento de un proveedor contratado y quien tiene tercerizado los servicios de mantenimiento.</p>
5	<p>CONDICIÓN: Se encontró en la Sede HR de Zipaquirá cuenta con cuatro (4) puntos de atención en la sección de Consulta Externa, donde trabajan con cinco (5) facturadores, uno de ellos rota por cada uno de los cuatro (4) puntos de facturación, se recomienda revisar para instalar el puesto de trabajo faltante o en su defecto revisar el número de colaboradores contratados, toda vez que se evidenció un colaborador que no tenía puesto de trabajo y se encontraba realizando funciones de recaudo de dineros portando el dinero en un canguro, sin tener sitio donde guardar el dinero para su custodia y resguardo, incumpliendo con la actividad 2 del procedimiento 02GFI22-V3.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Ley 1952 de 2019, Procedimiento 02GFI22-V3.</p> <p>CAUSA: Control deficiente en el procedimiento de custodia de dineros públicos por parte del responsable del Área.</p> <p>EFFECTO: Posible pérdida de dineros públicos e ineffectividad en el cumplimiento de las funciones del facturador que ejerce funciones de facturador sin el puesto de trabajo requerido.</p>

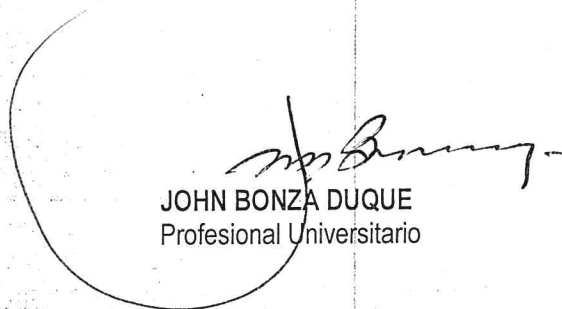
SOLICITUD: Las recomendaciones registradas anteriormente en este Informe de Auditoría, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmados conforme se enuncian, NO deben ser modificados de una manera total ni parcial.

La Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario, Ley 2094 de 2021 – “Por medio de la cual se reforma la Ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones”, establece que se debe dar aplicabilidad a lo que se registra en las solicitudes realizadas y a las cuales se les debe dar respuesta por cada uno de los Responsables de Proceso y cuyo texto es el siguiente; “No dar respuesta a los requerimientos que se realicen constituye una falta disciplinaria”.

El presente informe de Auditoría es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio WEB de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA e Intranet, si bien es cierto que la información está bajo la responsabilidad de cada uno de los funcionarios públicos, no puede ser de carácter individual ni tampoco personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados, como los Planes de Mejoramiento a que dé lugar esta Auditoría son de carácter Institucional.



YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Diciembre 22 de 2025