



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

INFORME

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS DE LA VIGENCIA 2025

Bogotá D.C, mayo 12 de 2026

Contenido.

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	OBJETIVO	3
3.	ALCANCE	3
4.	METODOLOGÍA	3
5.	GESTIÓN Y RESULTADOS POR DEPENDENCIAS	4
5.1	Evaluación de la Dirección Administrativa	4
5.1.1	Objetivos Institucionales	4
5.1.2	Indicadores Evaluados.....	4
5.1.3	Evaluación consolidada de la Dirección Administrativa	5
5.2	Evaluación de la Dirección Financiera	6
5.2.1	Objetivos Institucionales	6
5.2.2	Indicadores Evaluados.....	6
5.2.3	Evaluación consolidada de la Dirección Financiera	7
5.3	Evaluación de la Dirección Científica	8
5.3.1	Objetivos Institucionales	8
5.3.2	Indicadores Evaluados.....	8
5.3.3	Evaluación consolidada de la Dirección Científica	9
5.4	Evaluación de la Dirección de Atención al Usuario	10
5.4.1	Objetivos Institucionales	10
5.4.2	Indicadores Evaluados.....	10
5.4.3	Evaluación consolidada de la Dirección de Atención al Usuario	11
6.	CONCLUSIONES	12

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Control Interno presenta el Informe de Evaluación de Gestión por Dependencias correspondiente al año 2025, con el propósito de evaluar el desempeño institucional del E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, frente al cumplimiento de sus objetivos, metas e indicadores.

El informe consolida el análisis de las áreas asistenciales, administrativas, financieras y de apoyo, bajo un enfoque integral que articula la prestación de servicios de salud con las funciones de docencia e investigación. Sus resultados proporcionan una visión resumida de la gestión institucional y sirven como insumo para la toma de decisiones, el fortalecimiento del control y el mejoramiento continuo.

2. OBJETIVO

Evaluar el nivel de cumplimiento de la gestión por dependencias, mediante los análisis de metas, indicadores, ejecución de actividades y resultados obtenidos, con el propósito de identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.

3. ALCANCE

El presente informe comprende la evaluación de la gestión institucional correspondiente al año 2025. El análisis abarca las Direcciones Administrativa, Científica, Financiera y de Atención al Usuario, considerando su contribución al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Para el desarrollo de la evaluación, se tomaron como principales fuentes de información los Planes Operativos Anuales (POA) de las unidades HRZ, HUS y UFZ, así como los Planes Estratégicos formulados en el marco del Decreto 612 de 2018.

4. METODOLOGÍA

El informe integra un análisis cuantitativo y cualitativo del desempeño.

En el componente cuantitativo, se evalúa el cumplimiento de metas en términos porcentuales, la ejecución presupuestal y los indicadores de gestión, considerando variables como calidad, oportunidad y cobertura. Asimismo.

El análisis cualitativo aborda la identificación de las causas de los posibles incumplimientos, la evaluación de riesgos asociados a la gestión, con el fin de contextualizar los resultados y orientar acciones de mejora, para esto se establecen criterios de calificación para la interpretación de los resultados de la siguiente manera: Bajo (0%-69%), Medio (70%-89%), Alto (90%-100%).

5. GESTIÓN Y RESULTADOS POR DEPENDENCIAS

5.1 Evaluación de la Dirección Administrativa

5.1.1 Objetivos Institucionales

- Fortalecer el SGI para lograr un aumento de 2 unidades en la calificación externa del SUA (Sistema Único de Acreditación) para el año 2028.
- Lograr la certificación del 100% de las sedes en habilitación.
- Asegurar la transparencia y prevención del daño antijurídico.

5.1.2 Indicadores Evaluados

Eje de Evaluación	Indicador del SGI	Meta	Resultado 2025	Análisis desde el Enfoque de Control Interno	Recomendaciones
Garantía de la Calidad	PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud)	≥90%	HRZ: 92% HUS: 97% UFZ: 93%	El HRZ ejecutó 65 de 71 acciones (92%). El HUS ejecutó 290 de 300 acciones (97%). El UFZ ejecutó 40 de 43 acciones (93%) Es decir que existen acciones sin cierre efectivo al finalizar la vigencia.	Realizar seguimiento estricto al cierre de las acciones pendientes del HUS, para fortalecer la mejora continua de los procesos.
Mejora Continua	Plan de Mejoramiento MOCA	≥90%	HRZ: 100% HUS: 88% UFZ: 100%	El HUS se situó en el 88%, por debajo del umbral mínimo institucional del 90%.	Implementar alertas tempranas cuando el avance de actividades de mejora sea inferior al 25% por trimestre.
Acreditación	Autoevaluación SUA (Sistema Único de Acreditación)	>0.5	HRZ: 3.75% HUS: 5% UFZ: 2.14%	Existe una brecha del 57% entre el HUS (5%) y la UFZ (2.14%).	Llevar el conocimiento y las herramientas que ya funcionan en el Hospital Universitario a la UFZ, para que sus estándares de acreditación dejen de estar tan rezagados.
Desempeño Institucional	Plan de Acción MIPG	90%	96% (Sede HUS)	Se ejecutaron 47 de 49 actividades programadas para la vigencia en la sede principal.	Asegurar que el registro de la información y la entrega de los soportes se realicen dentro de los plazos establecidos, para asegurar el 100% de cumplimiento en los lineamientos FURAG.

Gestión Jurídica	Defensa y Contratación	100%	100%	Cumplimiento total en términos procesales y etapas contractuales.	Mantener el estándar de transparencia y eficiencia, vinculando la contratación al cumplimiento de metas misionales.
Gestión del Riesgo	Certificación del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE)	100%	HRZ: 100% HUS: 100% UFZ: 0%	Mientras HUS y HRZ están certificados, la sede UFZ reporta un 0% de avance en este requisito ante el CRUE.	Gestionar la certificación del Plan de Emergencias de la UFZ para mitigar riesgos legales y de seguridad.

5.1.3 Evaluación consolidada de la Dirección Administrativa

Calificación: MEDIO.

La calificación se sitúa en el nivel **Medio** debido a que, aunque los indicadores individuales de gestión administrativa reportados en el Sistema de Gestión Integrado (SGI) muestran porcentajes superiores al 100%, el enfoque de Control Interno evalúa la efectividad global y el cumplimiento real de todas las metas del Plan Operativo Anual (POA).

Se observa que hay datos sobresalientes que no impidieron que el POA institucional cerrara con un 87%, debido principalmente al bajo desempeño de la Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ).

En la sede HUS, el indicador de mejora continua (MOCA) cerró con un 88%, quedando por debajo del umbral mínimo del 90% exigido institucionalmente. Esta desviación del 2% es una señal de alerta sobre la capacidad de respuesta de la sede central.

Mientras que el Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ) y el HUS certificaron sus planes ante el CRUE al 100%, la UFZ reportó un cumplimiento del 0% en este requisito legal. Un cumplimiento nulo en seguridad y gestión del riesgo impacta severamente la calificación consolidada.

En acreditación, existe una diferencia importante en el nivel de preparación entre la sede Bogotá (5.0) y la UFZ (2.14). Aunque el promedio institucional fue de 3.78, este resultado evidencia que aún no se alcanza un nivel homogéneo de calidad en todas las sedes, ubicando a la institución en un nivel intermedio de madurez en su gestión.

5.2 Evaluación de la Dirección Financiera

5.2.1 Objetivos Institucionales

- Garantizar la sostenibilidad financiera mediante la optimización del recaudo y la radicación de la facturación.
- Fortalecer la transparencia en el manejo de recursos públicos mediante la publicación de estados financieros y presupuestales.
- Monitorear la rentabilidad institucional a través del análisis de utilidad y pérdida por centros de producción.

5.2.2 Indicadores Evaluados

Eje de Gestión Financiera	Indicador de Producto	Resultado 2025	Análisis desde el Enfoque de Control Interno	Recomendaciones
Gestión de Cartera Antigua	Recuperación de cartera > 360 días	100%	Se logró el recaudo total de la cartera antigua presupuestada (\$160.682 millones ejecutados).	Mantener las estrategias de circularización y depuración de saldos para evitar el envejecimiento de nuevas cuentas.
Gestión de Cartera Corriente	Recuperación de cartera corriente	19%	Solo se recaudaron \$160.682 millones de un total proyectado de \$860.320 millones. Existe un riesgo de liquidez.	Evaluar las causas del bajo recaudo corriente y fortalecer las mesas de conciliación con las ERP para asegurar el flujo de caja.
Sostenibilidad de Ingresos	Incremento en ventas de servicios	26%	Se superó la meta institucional del 12%, duplicando el crecimiento esperado en la facturación.	Validar que el incremento en ventas esté respaldado por la capacidad instalada para evitar sobrecostos operativos.
Eficiencia en Facturación	Radicación de facturación	97%	Cumplimiento por encima de la meta del 95%. Se radicaron \$389.421 millones frente a una facturación de \$399.592 millones.	Fortalecer la oportunidad en el cierre de historias clínicas para asegurar que el 3% restante se radique en los términos legales.

Control de Pérdidas	Análisis de servicios con pérdida	100%	Se analizaron 20 servicios de 6 propuestos, permitiendo identificar desviaciones en costos y gastos administrativos.	Implementar acciones inmediatas y específicas en los servicios donde se identificaron pérdidas repetitivas según el análisis realizado.
Calidad de la Facturación	Porcentaje de glosa aceptada	3%	Cumplimiento del estándar de excelencia (meta $\leq 5\%$). Se aceptaron \$12.491 millones en glosas frente a lo facturado.	Continuar con las jornadas de capacitación al personal asistencial y administrativo sobre los motivos de glosa más frecuentes.

5.2.3 Evaluación consolidada de la Dirección Financiera

Calificación: MEDIO.

Se evidencia una diferencia significativa en el recaudo de cartera corriente, alcanzando únicamente un 19% de cumplimiento frente a la meta establecida. Aunque la recuperación de cartera antigua presentó resultados favorables, la limitada gestión sobre la cartera vigente impacta directamente el flujo de recursos de la E.S.E. HUS, generando riesgos en el cumplimiento oportuno de las obligaciones financieras y operativas de corto plazo.

Por otra parte, el incremento del 26% en las ventas se consolida como uno de los principales factores de sostenibilidad financiera identificados durante la vigencia, superando ampliamente la meta proyectada del 12%. Este resultado refleja una gestión comercial efectiva, así como una mayor capacidad institucional para fortalecer la comunicación, coordinación y concertación de acuerdos entre la institución y las entidades responsables del pago de los servicios de salud, tales como EPS, aseguradoras y demás entidades contratantes. Asimismo, evidencia avances significativos en la oferta y facturación de servicios, contribuyendo al fortalecimiento de los ingresos y a la estabilidad financiera de la E.S.E.

De igual manera, se evidencia una importante madurez operativa en los procesos de radicación, alcanzando un cumplimiento del 97%, así como en la calidad del dato relacionado con la facturación. Lo anterior ha permitido mantener la glosa aceptada en niveles bajos (3%), minimizando el detrimento patrimonial derivado de fallas administrativas y fortaleciendo la eficiencia en la gestión financiera.

Finalmente, el análisis realizado sobre 20 servicios, frente a los 6 inicialmente programados, permitió a la Dirección Financiera contar con una visión más amplia y estratégica para orientar la toma de decisiones relacionadas con la optimización del gasto, la priorización de recursos y el fortalecimiento de la sostenibilidad financiera institucional.

5.3 Evaluación de la Dirección Científica

5.3.1 Objetivos Institucionales

- Garantizar la calidad y seguridad en la prestación de servicios mediante la adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC).
- Fortalecer el programa de Seguridad del Paciente para mitigar eventos adversos.
- Asegurar la pertinencia médica y optimización de estancias hospitalarias.
- Lograr certificaciones especializadas (MIDA, IAMII, Tamizaje Neonatal) para mejorar la oferta asistencial

5.3.2 Indicadores Evaluados

Eje Misional / Científico	Indicador de Producto	Resultado 2025	Análisis desde el Enfoque de Control Interno	Recomendaciones
Seguridad del Paciente	Conciliación medicamentosa en hospitalización	92.2%	Se superó la meta del 90%. De 307 pacientes priorizados, se conciliaron 283. Se detectó una duplicidad no justificada asociada a duplicidad de medicamento.	Fortalecer la capacitación del personal médico para disminuir las diferencias no justificadas entre el diagnóstico de ingreso y el de egreso de los pacientes.
Salud Materno-Perinatal	Análisis de morbilidad materna extrema	100%	Se analizaron 28 casos reportados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Se halló oportunidad de mejora en el diligenciamiento de la historia clínica.	Institucionalizar simulacros periódicos de "Código Rojo" para el personal rotatorio y especialistas, según la brecha detectada.
Pertinencia Clínica	Adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC)	97% a 100%	Desempeño sobresaliente en (IAM) infarto agudo del miocardio (100%) y Trastorno Hipertensivo (100%). En IVU se alcanzó el 97% por falta de un urocultivo.	Mantener una revisión constante de las historias clínicas para garantizar que se soliciten todos los exámenes requeridos según las guías establecidas.

Eficiencia Operativa	Oportunidad en cirugía (Apendicetomía < 6h)	96.5%	De 57 casos, 55 cumplieron el tiempo. En el IV trimestre se reportó 1 caso de inoportunidad (89% trimestral).	Analizar la causa raíz de la demora en el caso del IV trimestre para ajustar los tiempos de respuesta entre urgencias y quirófano.
Gestión de Estancia	Utilización adecuada de la estancia hospitalaria	90.6%	Cumplimiento de meta. Se identificaron estancias inadecuadas por falta de convenios con EPS o demora en traslados a menor complejidad.	Reforzar la gestión administrativa de egreso y la comunicación con las EPS para evitar la ocupación de camas por causas no clínicas.
Gestión del Conocimiento	Salud mental en estudiantes (Docencia)	100%	Se realizó tamizaje a 286 estudiantes, identificando 35 en riesgo suicida (74% de medicina). Se brindó apoyo al 63% de los afectados.	Ampliar la cobertura de seguimiento psicológico, dado que un 23% de los estudiantes detectados en riesgo rechazaron la intervención.
Apoyo Diagnóstico	Certificación de laboratorio (Tamizaje Neonatal)	100%	Se ejecutaron las 16 actividades del cronograma. Se radicaron estudios previos para insumos y reactivos.	Asegurar la continuidad contractual de los reactivos para garantizar la viabilidad operativa de la certificación obtenida.

5.3.3 Evaluación consolidada de la Dirección Científica

Calificación: ALTO.

La Dirección Científica evidencia un nivel de cumplimiento sólido en indicadores asociados a procesos de alta complejidad. La adherencia del 100% a las guías clínicas en eventos críticos, como Infarto Agudo del Miocardio (IAM) y crisis hipertensivas, refleja una adecuada estandarización de la práctica médica y un fortalecimiento de la calidad en la atención prestada.

En relación con la conciliación medicamentosa, se alcanzó un cumplimiento del 92,2%; sin embargo, se identificaron eventos asociados a duplicidad de medicamentos, aspecto que pone de manifiesto la importancia de mantener controles rigurosos en los procesos relacionados con las transiciones del cuidado y la gestión farmacéutica.

Asimismo, se identifica como un aspecto de especial relevancia el alto porcentaje de riesgo suicida evidenciado en estudiantes de medicina (74,2%). Esta situación visibiliza la necesidad de mantener y fortalecer las acciones orientadas al bienestar y acompañamiento psicosocial, promoviendo la salud mental y el apoyo integral a los estudiantes en el marco del convenio docencia-servicio. Por otra parte, la eficiencia en la estancia hospitalaria alcanzó un 90,6%; no obstante, este indicador se encuentra influenciado por factores externos relacionados con las EPS, particularmente en los procesos asociados a la oportunidad de referencia, contrareferencia y rotación de camas hospitalarias.

5.4 Evaluación de la Dirección de Atención al Usuario

5.4.1 Objetivos Institucionales

- Mantener la satisfacción global de los usuarios de la Red Samaritana por encima del 95%.
- Fortalecer la experiencia del usuario mediante modelos de comunicación asertiva y trato profesional.
- Ejecutar el programa de humanización y la política de participación social en salud.
- Asegurar la transparencia mediante el análisis de barreras de acceso y la publicación de informes de PQRSD según el Decreto 612.

5.4.2 Indicadores Evaluados

Eje de Atención al Usuario	Indicador de Producto	Resultado 2025	Análisis desde el Enfoque de Control Interno	Recomendaciones
Experiencia del Paciente	Satisfacción global de los usuarios	97% a 100%	Desempeño superior a la meta del 95%. El HUS alcanzó 99%, el HRZ 97% y la UFZ 100%.	Continuar estandarizando los instrumentos de medición entre sedes para asegurar que los resultados de todas las sedes sean reales, comparables y útiles para la toma de decisiones gerenciales.
Capacidad de Respuesta	Ejecución del plan de mejora de PQRS	93% a 96.1%	Cumplimiento sólido. El HUS ejecutó 46 de 48 acciones. El HRZ se situó en el 93%.	Fortalecer el análisis de causa raíz en las áreas con PQRS recurrentes para evitar la apertura de nuevos planes de mejora.

Cultura del Servicio	Cumplimiento del Programa de Humanización	100%	Ejecución total de cronogramas en todas las sedes (171 actividades en HUS).	Integrar indicadores de "Cuidado Compasivo" en la evaluación de desempeño, con el fin de fortalecer la humanización no solo en la atención asistencial, sino también en las actitudes y comportamientos del personal. También contemplar la posibilidad de pasar de medir "actividades realizadas" a medir "impacto en el trato respetuoso.
Participación Social	Ejecución de la política de participación social	80% a 97%	El HUS lidera con 97%. El HRZ cumplió con el umbral mínimo del 80%.	Promover mayor uso de herramientas tecnológicas en la Asociación de Usuarios del HRZ para nivelar el desempeño con el HUS.
Gestión de Accesibilidad	Fortalecimiento de canales de citas y trámites	100%	Se identificaron barreras de acceso y se definieron estrategias de mitigación en la Red.	Monitorear el tiempo de espera efectivo entre la solicitud y la asignación, más allá de la simple "identificación" de la barrera.
Gestión del Apoyo (Hotelería)	Identificación de necesidades de hotelería	100%	Se ejecutó el plan anual de adquisiciones para mejorar el bienestar del paciente.	Vincular la inversión en hotelería hospitalaria con la reducción de quejas específicas por infraestructura y comodidad.

5.4.3 Evaluación consolidada de la Dirección de Atención al Usuario

Calificación: ALTO.

La institución mantiene niveles de satisfacción sobresalientes entre el 97% y el 100%, reflejando una percepción positiva por parte de los usuarios.

La gestión de las PQRS muestra una alta operatividad (96.1% en HUS), logrando cerrar casi la totalidad de los planes de mejora propuestos. Se destaca la articulación entre la Dirección de Atención al Usuario y las subdirecciones para responder a los requerimientos ciudadanos.

Este resultado posiciona a la Dirección de Atención al Usuario como una de las áreas con mejor desempeño administrativo y misional dentro de la organización durante la vigencia 2025.

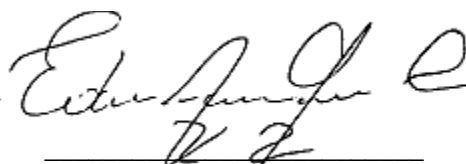
6. CONCLUSIONES

Al cierre de la vigencia 2025, la Oficina Asesora de Control Interno concluye que la Red Samaritana mantiene fortalezas importantes en la calidad asistencial, la gestión científica y la satisfacción del usuario, evidenciadas en los altos resultados alcanzados por las áreas misionales y en niveles de satisfacción superiores al 97% en todas las sedes. Asimismo, se destaca el cumplimiento de las actividades de humanización y la adecuada gestión de las PQRS, reflejando una percepción positiva por parte de los usuarios.

No obstante, la evaluación también evidenció oportunidades de mejora en los procesos administrativos y financieros, especialmente en el recaudo de cartera corriente, cuyo bajo resultado representa un riesgo para la liquidez y sostenibilidad financiera de la institución. Aunque se logró un crecimiento significativo en las ventas de servicios, este desempeño no se refleja de manera proporcional en el flujo de recursos.

De igual manera, se identificaron factores externos que afectan la eficiencia operativa, particularmente en la rotación de camas hospitalarias debido a demoras administrativas de las EPS para el traslado de pacientes. Además, persisten diferencias en el nivel de preparación y estandarización entre sedes, especialmente en procesos relacionados con acreditación y gestión del riesgo, lo que hace necesario fortalecer la articulación institucional.

En términos generales, la Red Samaritana alcanzó un cumplimiento ponderado del 88%, ubicándose en un nivel de desempeño medio. La institución demuestra avances importantes en calidad y atención al usuario; sin embargo, requiere fortalecer sus procesos financieros y administrativos para consolidar una gestión más sostenible y homogénea en toda la red.



Edwin Alcidez Gonzalez Coy
Jefe Control Interno