

GERENCIA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

GCIG - ABR_2025_006- Evaluación a la **verificación a los estándares de habilitación a IPS**

Elaboró:

DORIS CASADIEGOS NIÑO
JUAN CARLOS LLINÁS LASTRA
ROBERTO VILLALBA BUELVAS

Revisado y aprobado por:

BELKA GUTIERREZ ARRIETA
Gerente Control Interno de Gestión

Barranquilla. Julio de 2025

Fecha de aprobación:19/03/24
Versión:3.0

Contenido

1. ANTECEDENTES	3
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
3. ALCANCE	4
4. LIMITACIONES AL ALCANCE	4
5. NORMATIVIDAD.....	4
6. METODOLOGÍA	5
7. MATRIZ DE HALLAZGOS	6
8. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO O ACOMPAÑAMIENTO.....	7
8.1 Verificar que el REPS se encuentre habilitado para la inscripción por parte de las IPS.	11
8.2 Verificar que el plan de visitas este formulado y reportado en el REPS dentro del término legal y se haya formulado teniendo en cuenta la priorización establecida en el Art. 17 de la Res. 3100 de 2019.....	11
8.3 Verificar que el prestador haya sido notificado 24 horas antes de la visita.	12
8.4 Verificar que las IPS habilitadas cumplan con las condiciones de habilitación. (manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud).	12
8.5 Verificar planes de contingencia ante cierres.	14
8.6 Verificar la reactivación de servicios suspendidos.....	15
8.7 Verificar que los informes de visita de habilitación cuenten con todos los soportes 15	
8.8 Verificar el cumplimiento de los indicadores.....	17
8.9 Verificar las etapas y cumplimiento de términos de los procesos sancionatorios. ...	18
8.10 Evaluar la efectividad de los controles definidos por la Oficina garantía de la Calidad como primera línea de defensa para el logro de Verificación a los estándares de habilitación a IPS, así como realizar análisis de tipo documental de la segunda línea de defensa, como control institucional establecido.....	19
8.11 Identificar la zona de riesgo general de Verificación a los estándares de habilitación a IPS, con base en la metodología de la GCIG (descrita en la presente guía), relacionada con la categorización de observaciones.....	22
9. CONCLUSIONES	23

1. ANTECEDENTES

Con aprobación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), en la sesión No. 01 del 20 de febrero del 2025, la Gerencia de Control Interno de Gestión (GCIG), incluyó dentro del Plan Anual de Auditoría para esta vigencia, la evaluación a la verificación a los estándares de habilitación a IPS.

Al respecto, es importante referenciar que la evaluación se origina del proceso de priorización del universo de auditoría realizado por la Gerencia. No se evidencia evaluaciones internas realizadas en la vigencia anterior, relacionadas con el tema a tratar. No se evidencia evaluación de confiabilidad del sistema de control interno emitida por entes externos de control, relacionados con el procedimiento EVALUACIÓN A LA VERIFICACION A LOS ESTANDARES DE HABILITACION A IPS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Objetivo General; Evaluar los controles asociados a la Verificación a los estándares de habilitación a IPS, y el cumplimiento de los requisitos definidos en la Resolución 3100 de 2019 y su anexo técnico y resoluciones modificatorias No. 544 de 2023 y 465 de 2025. lo anterior a fin de identificar aspectos a mejorar.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar que el REPS se encuentre habilitado para la inscripción por parte de las IPS.
- Verificar que el plan de visitas este formulado y reportado en el REPS dentro del término legal y se haya formulado teniendo en cuenta la priorización establecida en el Art. 17 de la Res. 3100 de 2019.
- Verificar que el prestador haya sido notificado 24 horas antes de la visita.
- Verificar que las IPS habilitadas cumplan con las condiciones de habilitación. (manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud)
- Verificar planes de contingencia ante cierres
- Verificar la reactivación de servicios suspendidos.
- Verificar que los informes de visita de habilitación cuenten con todos los soportes
- Verificar el cumplimiento de los indicadores
- Verificar las etapas y cumplimiento de términos de los procesos sancionatorios.
- Evaluar la efectividad de los controles definidos por la Oficina garantía de la Calidad como primera línea de defensa para el logro de Verificación a los estándares de habilitación a IPS, así como realizar análisis de tipo documental de la segunda línea de defensa, como control institucional establecido.
- Identificar la zona de riesgo general de Verificación a los estándares de habilitación

a IPS, con base en la metodología de la GCIG (descrita en la presente guía), relacionada con la categorización de observaciones.

3. ALCANCE

La auditoría interna se orienta a evaluar los controles asociados a la Verificación a los estándares de habilitación a IPS, tomando como marco referencia, principalmente los criterios establecidos en el procedimiento Verificación a los Estándares de Habilidadación en Salud a IPS - MM-GD-SS-P011 y el cumplimiento de los requisitos definidos en la Resolución 3100 de 2019 y su anexo técnico y resoluciones modificatorias No. 544 de 2023 y 465 de 2025 y demás normas legales aplicables.

El área evaluada es la Oficina Garantía de la Calidad. Adscrita a la Secretaría de Salud Distrital. El periodo durante el cual se llevó a cabo la evaluación fue del 9/06/2025 al 08/07/2025, de acuerdo con el cronograma propuesto en el numeral 7 de este plan, modificado mediante Acta de junio 27 de 2025, así mismo se tuvo en cuenta los aplicativos dispuestos por el Ministerio de Salud para el registro y reporte de información.

4. LIMITACIONES AL ALCANCE

En el plan de trabajo no se definieron limitaciones, toda vez que el auditado en la reunión de apertura y de acuerdo a la carta de representación se comprometió a entregar la información en los términos establecidos, situación que se vio afectada ya que la funcionaria de entregar los expedientes a revisar se encontraba de vacaciones e igualmente al experto técnico asignado a la auditoría para la revisión de los mismos se le cruzó el tiempo con sus actividades laborales, como soporte queda acta suscrita por los intervinientes.

5. NORMATIVIDAD

Durante el desarrollo de la presente evaluación, se incluyeron las siguientes normas:

- Decreto No. 0780 del 6 de mayo de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”.
- Resolución No. 3100 del 25 de noviembre de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilidadación de Servicios de Salud.
- Resolución 544 del 3 de abril de 2023 “Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud.
- Procedimiento CÓDIGO: MM-GD-SSP01 Verificación a los estándares de habilitación a IPS.

6. METODOLOGÍA

Con el fin de dar cumplimiento a los protocolos establecidos por la Gerencia de Control Interno de Gestión, se llevó a cabo la reunión virtual de instalación de la evaluación con el jefe de la Oficina Garantía de la Calidad de la Secretaría de Salud Distrital. De la reunión mencionada quedara como registro la reunión realizada por el aplicativo Microsoft Teams.

Durante la instalación el área evaluada informó: i) el nombre del funcionario que hará el rol de enlace con la GCIG en el desarrollo del proceso auditor, y ii) el nombre y correo electrónico de la persona responsable de la gestión (apoyo de la formulación y reporte de avances) de los compromisos de mejora; de esta decisión se dejó constancia en la reunión virtual de instalación.

Por otro lado, para efectos de garantizar la consistencia, pertinencia, integralidad y oportunidad de la información, el área responsable del proceso objeto de evaluación, durante la instalación, suscribió el documento “carta de representación”, la cual tendrá en cuenta para responder a los requerimientos de la Gerencia de Control Interno de Gestión; ésta se adjuntará como documento soporte de la presente guía de evaluación.

Para el desarrollo de la evaluación se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- a. Solicitud inicial de información y la que se considere necesaria durante el desarrollo de la evaluación para llevar a cabo el análisis que permita el logro de los objetivos del ejercicio.

Se precisa que la información suministrada, incluyendo datos personales, fue tratada en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y de la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Alcaldía Distrital de Barranquilla. Se precisa que la información que se analizó durante la evaluación no se cataloga como reservada o clasificada.

En el desarrollo de la evaluación, todas las solicitudes que realizó el equipo auditor fueron requeridas formalmente por escrito, fijando un plazo límite para su respuesta. Igualmente, las respuestas a las solicitudes de información fueron formalizadas ante la GCIG a través de medio escrito.

- b. Revisión y análisis preliminar de la normatividad, de la caracterización del proceso, procedimientos y guías específicos orientado al tema de evaluación.
- c. Revisión y análisis de la información inicial requerida a la Oficina Garantía de la Calidad. La GCIG aplicó herramientas estadísticas para determinar las respectivas muestras a analizar. Se utilizó instrumento estadístico de la caja de herramientas del DAFP.
- d. Desarrollo de procedimientos de auditoria como observación, inspección, confirmación, procedimientos analíticos, entrevista(s) y/o encuestas a funcionarios

de las áreas que intervienen en los procesos relacionados con los temas a evaluar, dejando documentada tal actividad a través de memoria o registro firmados al finalizar. De ser necesario, se realizarán mesas de trabajo con los responsables del área evaluada, las cuales deberán quedar soportadas a través de acta firmada una vez culminada la reunión.

- e. Una vez ejecutadas las actividades de auditoria planificada, la GCIG elaboró el informe preliminar, el cual se remitió a la Oficina Garantía de la Calidad para los correspondientes comentarios, los cuales deberán ser remitidos por escrito.

El profesional universitario (E) de las funciones de jefe Oficina Garantía de la Calidad, acusó recibo y aprobó el informe preliminar, a través de correo electrónico de fecha 11 de julio de 2025, por lo cual se elaboró el informe final con destino al señor alcalde y a la jefe de Oficina.

Con base en los hallazgos dados a conocer por la Gerencia de Control Interno de Gestión en el informe, la Oficina Garantía de la Calidad iniciará la definición de los compromisos de mejoramiento para los hallazgos clasificados como tipo I, II y III a fin de superar las debilidades identificadas en la evaluación; para ello la Gerencia de Control Interno de Gestión remitirá el formato de acciones correctivas, para la formulación de las acciones de mejoramiento en versión preliminar, previo al diligenciamiento de estas en el aplicativo dispuesto para tal fin.

Una vez las acciones correctivas se encuentren acordadas con la Gerencia de Control Interno de Gestión (aquellas que cumplen con los lineamientos definidos), la Oficina Garantía de la Calidad diligenciará en el sistema los compromisos de mejoramiento para la eliminación de las causas que establecieron los hallazgos.

El Informe final se publicará en el sitio web de la Gerencia de Control Interno de Gestión.

7. MATRIZ DE HALLAZGOS

TIPO I		
Tratamiento: Se escala al Sr Alcalde, como responsable del SCI. Se reporta la alerta a instancias competentes en atención a procedimiento aplicable. Se hace seguimiento por la GCIG		
Observación No.	Descripción Observación	No. Pág.
007	Procesos sancionatorios con autos sin firma ni fecha	18
TIPO II		
Tratamiento: Se pone en conocimiento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Se presenta reporte por la dependencia o proceso evaluado en el Comité CICCI de los compromisos de mejora suscritos. Se hace seguimiento por la GCIG.		
Observación No.	Descripción Observación	No. Pág.
002	Falta de concepto sanitario o soporte documental del mismo	14

003	Ausencia de notificaciones de informes técnicos o actos administrativos a los prestadores	15
006	Inconsistencia entre el dato de visitas reportadas en el seguimiento al Plan de Acción de la vigencia 2024 y listado entregado como evidencia en cumplimiento de la auditoría	17
TIPO III Tratamiento: Se pone en conocimiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y/o al sistema de gestión competente a nivel interno (SIGBAQ, SGC, SGA, SGSST, SGSI, SGD). Se hace seguimiento por la GCIG		
Observación No.	Descripción Observación	No. Pág.
001	Falta de resolución de habilitación en expedientes con visita concluida favorable.	13
005	Formatos de lista de chequeo desactualizados, incompletos o sin firma	16
TIPO IV Tratamiento: Es opcional la suscripción de acciones correctivas. Las acciones deben ser asumidas por el proceso o dependencia evaluada como parte de sus actividades de autocontrol.		
Observación No.	Descripción Observación	No. Pág.
004	Falta de evidencia en los informes de verificación de condiciones de habilitación a IPS (fotos, videos, documentos, etc.)	16

8. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO O ACOMPAÑAMIENTO

Para realizar la verificación de los controles y cumplimiento de los objetivos específicos en mención se realizó los siguientes procedimientos de auditoría:

Consulta: En la etapa de ejecución de la auditoría, se realizó cuestionario y entrevista al enlace designado por la Oficina de Garantía de la Calidad de la secretaria de Salud Distrital, con el fin de obtener información detallada:

¿Existe un procedimiento para la verificación de estándares de habilitación de IPS, con sus puntos de control?

¿Existe el procedimiento imposición de medida de seguridad preventiva, con sus puntos de control?

¿Cuál es el enlace en la página WEB de la Alcaldía Distrital de Barranquilla para entrar al REPS?

¿Cuántas instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran habilitadas en el Distrito de Barranquilla a corte 31 de mayo de 2025?

¿Cuántas instituciones prestadoras de servicios de salud cuentan con medidas de seguridad preventiva a corte 31 de mayo de 2025?

¿Cuál es el plan de visitas de verificación de cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación vigencia 2025?

¿Cuántas entidades prestadoras de servicios de transporte asistencial de pacientes se encuentran habilitadas en el Distrito de Barranquilla a corte 31 de mayo de 2025?

¿Cuál es el procedimiento aplicado para la atención de las inconsistencias en los registros del REPS reportadas por el Ministerio de Salud?

¿Cuántos funcionarios y contratistas conforman el equipo de verificación, identificándose tipo de vinculación y perfil?

¿Existe lista de chequeo correspondiente a cada uno de los estándares de los servicios a verificar en la visita?

Verificación aleatoria de los expedientes de los prestadores de servicios de salud objeto de visita

¿Cuáles Riesgos tienen identificados en el proceso? Mostrar matriz de riesgos

¿Se ha solicitado a la secretaria de salud la evaluación de cumplimiento del registro del plan de visitas de verificación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud?

¿Cuántos y cuáles son los indicadores del proceso? Mostrar evaluación de indicadores vigencia 2024

¿Cuántas PQRSD a corte a 31 de mayo se han gestionado por parte del proceso? Entregar informe PQRSD

¿Se han suscrito planes de mejoramiento con las Contralorías Distrital y General de la Nación? Entregar planes con sus respectivos seguimientos.

¿Cuántos proyectos se encuentran asociados al procedimiento estándares de habilitación a IPS? presupuesto asignado y ejecutado desde la vigencia 2024 hasta 31 de mayo de 2025.

Inspección: Se revisaron 84 expedientes de los prestadores de salud elegidos según muestra aleatoria, cuadro en Excel que hace parte contentiva del presente informe.

N.	CÓDIGO REPS	SEDE VISITADA	NOMBRE DEL PRESTADOR
1	0800100623	1	CENTRO CANCEROLOGICO DEL CARIBE CECAC LTDA
2	0800101106	1	CLINICA LA ASUNCIÓN
3	0800100772	1	RENE MORILLO CASTILLO
4	0800100013	2	HECTOR GOMEZ RODRIGUEZ
5	0800100840	1	MARTHA CECILIA ALONSO OSORIO
6	080010269701	1	MARIA BEATRIZ SUAREZ CARDENAS
7	080010019501	1	JORGE LUIS ORDOÑEZ HERNANDEZ
8	0800104066	1	RAFAEL DE JESUS CONTRERAS ACOSTA
9	0800103527	1	CARLOS ARTURO SILVERA REDONDO

N.	CÓDIGO REPS	SEDE VISITADA	NOMBRE DEL PRESTADOR
10	0800103844	1	DALILA MARIA PEÑARANDA SAURITH
11	0800104624	1	LHIZZ STELLA CUELLAR GARZON
12	0800103200	1	GERMAN VICENTE FERRER TOBON
13	0800102175	1	KATHERINE CABALLERO SOLANO
14	0800104457	1	LESLY VIVIANA PINTO NIÑO
15	0800104442	1	DOMESALUD DOTACIONES MÉDICAS Y SALUD S.A.S
16	0800104462	1	DIYANAIRA DEL CARMEN MARTINEZ MARTINEZ
17	80010094401	1	ROSA CLAUDIA ESLAIT MERCHAN
18	0800102548	1	RAFAEL ADRIAN RODRIGUEZ CORTISSOZ
19	0800104549		ADRIANA LUCIA SANCLEMENTE ORTIZ
20	080010492401	1	JOSÉ RAFAEL DANGOND MILAN
21	0800104589	1	BENJAMIN DI FILIPPO ECHEVERRY
22	800104935	1	LUIS EDUARDO ALONSO SALJA
23	0800103996	1	MONICA BETANCOURT OSORIO
24	0800101302	1	JEINNER ALEXANDER GUERRA RODRIGUEZ
25	0800100286	1	GUSTAVO ADOLFO AHUMADA PLA
26	0800105490	1	OFTALMOLOGOS MOZO SAS
27	0800105521	1	CYS CUIDADO Y SALUD S.A.S.
28	0800105532	1	ENDOCRINOLOGY AND HEALTH S.A.S E&H
29	0800104939	1	MALKA IRINA VARGAS QUINTERO
30	0800103845	1	JESSICA CRISK EGUIS GONZALEZ
31	0800101202	2	ADALBERTO ELIAS QUINTERO BAIZ
32	0800100791	2	PURA ELISA SERRANO MONROY
33	0800101846	1	LUCERO SAIBIS BRUNO
34	0800104683		CESAR AUGUSTO GUTIERREZ GONZALEZ
35	0800105534	1	TELERADIOLOGIA INTEGRAL DEL CARIBE SAS
36	0800104875	1	DIEGO ARMANDO PALLARES ZAMBRANO
37	0800104829	1	ELIDES PAOLA AVILEZ BARROS
38	0800104764	1	MARIA DEL CARMEN MOLINA SALCEDO
39	0800104984	1	CREATIVA SALUD SAS
40	0800105091	1	ARNULFO JOSE OROZCO FONSECA

N.	CÓDIGO REPS	SEDE VISITADA	NOMBRE DEL PRESTADOR
41	0800105060	1	CAROLINA MARIA MENDOZA REBOLLEDO
42	0800105016	1	CAROLL JULIET CABRERA DE LA PUENTE
43	0800100675	1	DONALDO JOSE ESPINOSA LACOUTURE
44	0800104552	1	JENNIFFER LISSET DIAZ NIETO
45	0800100742	1	MARIA MERCEDES PEREZ DE LA HOZ
46	800103383	1	MARIBEL GUEVARA TORRES
47	800104784	1	LILIANA LUCIA MAZENETT VILLANUEVA
48	800104943	1	PAOLA ANDREA EUSSE SOLANO
49	0800101185	1	MARIA CONSUELO DE LA CRUZ PINZON
50	800105101	1	YIZED SARMIENTO JIMENEZ
51	800105111	1	HANSEL ANDRES CAMARGO THOMAS
52	800105113	1	ROJAS JIMENEZ NATALY DEL CARMEN
53	800104067	1	MANUEL BRAVO ESQUIVIA
54	800101632	1	AGUSTÍN GUERRERO SALCEDO
55	800104839	1	CONSTRUYENDO CIUDAD
56	0800103527	1	CARLOS ARTURO SILVERA REDONDO (Repetido)
57	800102683	1	AMBULANCIAS MEDICAS DEL ATLANTICO S.A.S
58	800104687	1	LUZ MILENA BARRERA PEÑARANDA
59	800105076	1	CRC EVALUAR APTITUDES SAS
60	800104527	1	LUZ MARY RUEDA RUEDA
61	0800105081	1	C.R.C. LA CLINICA DEL CONDUCTOR IPS
62	800105131	1	IPS CERTIPASS CRC S.A.S.
63	800105063	1	CENTRO DE REHABILITACION FUNCIONAL Y REGENERATIVA S.A.S
64	800105400	1	CUIDADOS PALIATIVOS VIDA DIGNA IPS S.A.S
65	800103071	3	VIVA 1 A IPS COUNTRY
66	800100037	13	UNIDAD AMBULATORIA SEDE NORTE
67	800103586	3	CLINICA SAN AGUSTIN - TORRE ILUSION
68	800104834	1	JUAN CAMILO RODRIGUEZ CARRILLO
69	0800103071	13	VIVA 1 A IPS CARRERA 49 C
70	0800102691	10	CONSALUD SEDE 49C
71	0800100508	1	ADOLFO VILLALOBOS PINEDA
72	0800104886	1	AMY MERCEDES BARRETO DIAZ

N.	CÓDIGO REPS	SEDE VISITADA	NOMBRE DEL PRESTADOR
73	0800104657	1	ANGELICA MARIA CONSUEGRA FERNANDEZ
74	0800105020	1	EDGAR ISMAEL MARTINEZ GOMEZ
75	0800104940	1	ROGER ANTULIO VELAZCO HERNANDEZ
76	0800104730	1	PARRA HERNANDEZ LUIS ALBERTO
77	0800103071	11	VIVA 1A IPS MAR CENTER
78	0800103329	1	HOGARSALUD IPS
79	0800102026	1	PEDRO FERNANDO POLO ACOSTA
80	0800100127		INSTITUTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA PROCREAR S.A.
81	0800105604	1	SCANDENT S.A.S
82	0800104640	1	HOSPICE IPS SAS
83	0800104986	2	ANA SILVIA SERRANO AHUMADA
84	0800105522	1	BONAVITA IPS S.A.S

8.1 Verificar que el REPS se encuentre habilitado para la inscripción por parte de las IPS.

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) es la plataforma oficial administrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se inscriben y habilitan los prestadores de servicios de salud del país. Su operatividad es fundamental para garantizar que las IPS puedan realizar sus procesos de registro, actualización y habilitación conforme a lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019.

Durante la auditoría, se verificó que la plataforma REPS estuvo habilitada y en funcionamiento durante todo el periodo evaluado, permitiendo el acceso y gestión de trámites por parte de la Secretaría Distrital de Salud y los prestadores del servicio. Se constató que no hubo interrupciones reportadas ni fallos de acceso que impidieran el cumplimiento de los procedimientos de inscripción o verificación.

Por tanto, se concluye que no se presentó ningún hallazgo asociado a este aspecto, y que el sistema cumplió adecuadamente su función como herramienta de gestión y soporte del proceso de habilitación.

8.2 Verificar que el plan de visitas este formulado y reportado en el REPS dentro del término legal y se haya formulado teniendo en cuenta la priorización establecida en el Art. 17 de la Res. 3100 de 2019.

Durante la auditoría se realizó la verificación del cumplimiento del artículo 17 de la

Resolución 3100 de 2019, el cual establece que las entidades territoriales deben formular un plan de visitas de verificación de condiciones de habilitación con base en criterios de priorización, y reportarlo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) dentro del término legal.

Se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud cumplió con la formulación oportuna del plan de visitas correspondiente a la vigencia 2024, y que dicho plan fue efectivamente registrado en el sistema REPS dentro del plazo establecido por la normativa. Asimismo, se verificó que la priorización de los prestadores incluidos en el plan se ajustó a los criterios definidos en la norma, tales como riesgo sanitario, número de servicios habilitados, naturaleza jurídica y antecedentes de cumplimiento.

8.3 Verificar que el prestador haya sido notificado 24 horas antes de la visita.

Como parte de la auditoría, se revisó en los expedientes seleccionados si la Secretaría Distrital de Salud cumplió con el requisito de notificar al prestador de servicios de salud con al menos 24 horas de antelación a la realización de la visita de verificación, conforme a lo establecido en el artículo 16 de la Resolución 3100 de 2019.

De acuerdo con el análisis de los 84 expedientes auditados, se evidenció la notificación se realizó dentro del término legal, a través de documentos de citación, oficios o constancias de entrega.

8.4 Verificar que las IPS habilitadas cumplan con las condiciones de habilitación. (manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud).

La habilitación de servicios de salud es un requisito fundamental en el sistema de inspección, vigilancia y control, orientado a garantizar que los prestadores de servicios cumplan con las condiciones técnicas, científicas, administrativas y sanitarias establecidas en la normativa vigente. Este proceso formaliza el derecho de una IPS a prestar servicios de salud, protegiendo a los usuarios y promoviendo una atención segura, continua y de calidad.

En concordancia con lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Resolución 3100 de 2019 y el artículo 16 del Decreto 780 de 2016, la habilitación debe concluir con la emisión de un acto administrativo por parte de la autoridad sanitaria competente, el cual formaliza la autorización del prestador para operar. Además, el concepto sanitario es un requisito esencial dentro del estándar de infraestructura, según lo estipulado en el numeral 17 de la lista de chequeo adoptada por el procedimiento MM-GD-SS-P011.

Durante la auditoría, se revisaron 84 expedientes de prestadores de salud inscritos en el REPS, seleccionados mediante muestreo aleatorio. En todos los casos se verificó el diligenciamiento del formato de lista de chequeo código MM-GD-SS-F-211. Sin embargo, se evidenció que ninguno de los expedientes revisados contenía la resolución de habilitación emitida por la Secretaría Distrital de Salud ni el concepto sanitario expedido por la autoridad competente.

Esta omisión representa una debilidad significativa en la trazabilidad y legalidad del proceso de habilitación, ya que sin estos documentos no puede confirmarse el cierre formal y legal del procedimiento, lo que pone en riesgo la validez de las actuaciones administrativas, e incluso podría derivar en posibles sanciones por parte de organismos de control.

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 - 1

FORMATO DE ENTREGA DE INFORMES DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.
Código: MM-GD-SS-F-211

DATOS BÁSICOS DEL PRESTADOR	
NOMBRE DEL PRESTADOR	
CODIGO DE HABILITACIÓN	
FECHA DE LA VISITA:	FECHA DE ENTREGA DEL INFORME:

CONSIDERACIONES GENERALES.

- Las carpetas deben ser armadas según lo establecido en las normas de archivo general.
- Se debe respetar el orden establecido en la lista de chequeo desorta a continuación.
- Todos los documentos deben estar alineados en la parte superior.
- Los documentos deben estar foliados en la parte superior derecha (Lápiz negro – 2HB) (iniciar folio con la comisión).
- Todos los documentos deben estar debidamente diligenciados y firmados.

LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS:

Item	Documentos	SI	NO	NA
1.	Formulario de inscripción o novedades del prestador con sus soportes o anexos. (prestador nuevo o novedad del prestador)			
2.	Notificación de visita de verificación firmada por el prestador o con certificación de correspondencia 4/72			
3.	Comisión de la Visita debidamente firmada			
4.	Impresión de REPS del prestador detallando los servicios y la capacidad			
5.	Plan de Auditoría de visita de verificación (firmado entre los integrantes de la comisión)			
6.	Acta de apertura de visita de verificación de condiciones del sistema único de habilitación. formato			
7.	Oficio designación de los delegados a atender la visita			
8.	Acta de visita cierre de visita de verificación de condiciones del sistema único de habilitación. formato MM-GD-SS-F-019			
9.	Soportes de la visita de verificación (listas de chequeo, fotografías, listado de asistencia a capacitaciones y demás documentos que el verificador considere.)			
10.	Guía para la verificación de las condiciones técnico-administrativas y de suficiencia patrimonial. formato MM-GD-SS-F-028			
11.	Soportes de condiciones técnico-administrativas y de suficiencia patrimonial.			
12.	Informe Financiero.			
13.	Informe de visita de verificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación.			
14.	Proyección de acto administrativo de cumplimiento de la visita de verificación de condiciones del sistema único de habilitación (3 copias)			
15.	Oficio Memorio para entregar informe que contenga el QUILLA de la comisión y número de folios.			

OBSERVACIONES:

Firma de quien entrega – Verificador Responsable: _____ Fecha: _____
 Firma de quien recibe: _____ Fecha: _____
 Firma de quien verifica la información: _____ Fecha: _____

Autoriza a la Abadía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y el artículo de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1262 de 2012). Fecha de Aprobación: 19/03/2024 Versión: 1.0 Página 1 de 1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla, Colombia BARRANQUILLA.GOV.CO

Imagen 1. Formato MM-GD-SS-F 211

Hallazgo número 001: Falta de resolución de habilitación en expedientes con visita concluida favorable.	
Zona de riesgo: Media	
Criterio	Art. 14 y 15 Res. 3100/2019, Art. 47 y 48 Ley 1437/2011
Condición evidenciada	Expedientes sin resolución administrativa tras visitas favorables
Posible Causa (s)	Omisión del paso final del procedimiento / falta de seguimiento interno
Potencial Impacto	Prestadores en situación jurídica incierta / riesgo legal para la entidad

Recomendaciones (Actividades de mejora sugeridas)	Implementar acciones para establecer el cierre de trámite obligatorio para cada expediente
Comentarios del auditado	hallazgo No. 001, no se evidenció objeción alguna que justificara su modificación o exclusión. En consecuencia, el mismo se mantiene para la versión final del presente informe”.
Respuesta comentarios	^a Se ratifica el informe preliminar

Hallazgo número 002: Falta de concepto sanitario o soporte documental del mismo  Zona de riesgo: Alta	
Criterio	Numeral 17 Lista de Chequeo, Res. 3100/2019 y 544/2023
Condición evidenciada	Expedientes sin concepto sanitario o solo con solicitud
Posible Causa (s)	Debilidad en articulación con salud pública / seguimiento incompleto
Potencial Impacto	Habilitación con requisitos incompletos, riesgo sanitario
Recomendaciones (Actividades de mejora sugeridas)	Integrar verificación de concepto sanitario previo a emisión de resolución
Comentarios del auditado	En lo que respecta al hallazgo No. 002, no se evidenció objeción alguna que justificara su modificación o exclusión. En consecuencia, el mismo se mantiene para la versión final del presente informe”.
Respuesta comentarios	^a Se ratifica el informe preliminar

8.5 Verificar planes de contingencia ante cierres.

La formulación y activación de planes de contingencia ante el cierre parcial o total de servicios por parte de los prestadores de salud es un componente esencial del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, conforme a lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y a las responsabilidades de las entidades territoriales en el marco de la inspección, vigilancia y control. Estos planes tienen como finalidad garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, evitando afectaciones a la población usuaria en situaciones de riesgo sanitario, aplicación de medidas de seguridad o suspensión voluntaria de servicios por parte del prestador.

Durante la auditoría, se revisaron los 84 expedientes seleccionados mediante muestreo aleatorio, con el propósito de identificar si, en los casos en los que se evidenciara incumplimiento de condiciones habilitantes, se había activado un plan de contingencia formal, conforme a los lineamientos institucionales y normativa vigente. Como resultado, se evidenció que en ninguno de los expedientes auditados se documentaron situaciones que requirieran el diseño, formulación o ejecución de un plan de contingencia por parte de la Secretaría Distrital de Salud.

8.6 Verificar la reactivación de servicios suspendidos.

La reactivación de servicios suspendidos por parte de los prestadores de salud debe responder a un proceso formal, documentado y basado en el cumplimiento de las condiciones de habilitación previamente incumplidas. Este proceso debe desarrollarse en el marco del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, e implica la verificación por parte de la autoridad sanitaria de que el prestador ha subsanado los hallazgos que motivaron la suspensión, antes de autorizar nuevamente la operación del servicio.

Durante la auditoría realizada a los 84 expedientes seleccionados mediante muestreo aleatorio, no se identificaron casos en los que se hubiera solicitado o tramitado la reactivación de servicios que hayan sido objeto de suspensión previa.

8.7 Verificar que los informes de visita de habilitación cuenten con todos los soportes

La integridad documental de los informes de verificación de condiciones de habilitación es un requisito esencial para garantizar la trazabilidad, confiabilidad y validez legal de las actuaciones de la autoridad sanitaria. Según lo establecido en el procedimiento MM-GD-SS-P011 y en concordancia con la Resolución 3100 de 2019, los informes de visita deben estar acompañados de los soportes que evidencien de manera objetiva el cumplimiento o incumplimiento de las condiciones de habilitación, incluyendo anexos como fotografías, videos, conceptos técnicos, listas de chequeo firmadas, oficios de remisión, entre otros.

Durante la revisión de los 84 expedientes seleccionados mediante muestreo aleatorio, se evidenció que en varios casos los informes carecían de documentos soporte que respalden de manera técnica y verificable la información consignada por el equipo verificador. En particular, se identificó la ausencia de evidencias fotográficas del estado de la infraestructura, registros visuales del equipamiento, constancias de revisión de historias clínicas o cualquier otro tipo de evidencia que permita validar los hallazgos consignados.

La ausencia de estos documentos compromete la trazabilidad del proceso, debilita la validez del acto administrativo que se emite con base en dichos informes y reduce la capacidad de defensa institucional en caso de controversias o requerimientos por parte de organismos de control.

Hallazgo número 003: Ausencia de notificaciones de informes técnicos o actos administrativos a los prestadores	
 Zona de riesgo: Alta	
Criterio	Art. 67 Ley 1437 de 2011 / Proc. MM-GD-SS-P011
Condición evidenciada	No hay evidencia de notificación de actos administrativos a prestadores
Posible Causa (s)	Ausencia de protocolo de notificación o desconocimiento del procedimiento
Potencial Impacto	Invalidación jurídica de actos, vulneración del debido proceso
Recomendaciones (Actividades de mejora sugeridas)	Establecer protocolo de notificación obligatoria y seguimiento con acuse de recibo
Comentarios del auditado	En lo que respecta al hallazgo No. 003, no se evidenció objeción alguna que justificara su modificación o exclusión. En consecuencia, el mismo se mantiene para la versión final del presente informe”.
Respuesta a comentarios	Se ratifica el informe preliminar

Hallazgo número 004: Falta de evidencia en los informes de verificación de condiciones de habilitación a IPS (fotos, videos, documentos, etc.)	
 Zona de riesgo: Baja	
Criterio	ISO 9001:2015 / MM-GD-SS-P011 / MIPG / Principio de verificabilidad
Condición evidenciada	Informes de visita sin evidencias anexas (fotos, videos, etc.)
Posible Causa (s)	No exigencia en procedimiento o debilidad en la cultura de archivo de evidencia
Potencial Impacto	Baja credibilidad del resultado de la visita / riesgos en auditoría externa
Recomendaciones (Actividades de mejora sugeridas)	Incorporar evidencia visual o documental obligatoria en cada visita y anexarla
Comentarios del auditado	En lo que respecta al hallazgo No. 004, no se evidenció objeción alguna que justificara su modificación o exclusión. En

	consecuencia, el mismo se mantiene para la versión final del presente informe”.
Respuesta comentarios	a Se ratifica el informe preliminar.

Hallazgo número 005: Formatos de lista de chequeo desactualizados, incompletos o sin firma	
 Zona de riesgo: Media	
Criterio	MM-GD-SS-P011 / Principios de trazabilidad
Condición evidenciada	Listas de chequeo sin firmas, incompletas o desactualizadas
Posible Causa (s)	Falta de revisión del diligenciamiento / ausencia de control de calidad documental
Potencial Impacto	Pérdida de validez del acto administrativo / débil trazabilidad
Recomendaciones (Actividades de mejora sugeridas)	Validar que la lista de chequeo esté completa y firmada antes de archivar o tramitar
Comentarios del auditado	En lo que respecta al hallazgo No. 005, no se evidenció objeción alguna que justificara su modificación o exclusión. En consecuencia, el mismo se mantiene para la versión final del presente informe”.
Respuesta comentarios	a Se ratifica el informe preliminar

8.8 Verificar el cumplimiento de los indicadores

La verificación del cumplimiento de los indicadores definidos en el plan de acción de la Secretaría Distrital de Salud constituye una herramienta clave para evaluar la efectividad de la gestión institucional, el avance frente a las metas propuestas y la eficiencia de los procesos de inspección, vigilancia y control, especialmente en lo relacionado con la verificación de condiciones de habilitación a IPS.

Durante la auditoría se analizó el indicador reportado por la dependencia auditada correspondiente al número de visitas de habilitación realizadas en la vigencia 2024, el cual registraba un total de 651 visitas ejecutadas. Sin embargo, al requerirse el soporte documental correspondiente, se evidenció que el listado de visitas entregado incluía únicamente 613 registros únicos, dentro de los cuales al menos 42 prestadores se

encontraban repetidos, lo que pone en duda la veracidad de la cifra informada.

Esta situación representa una inconsistencia entre el resultado reportado y la trazabilidad documental disponible, lo cual afecta directamente la confiabilidad de la gestión por resultados y la rendición de cuentas institucional. Adicionalmente, dificulta el proceso de auditoría al limitar la posibilidad de conformar una muestra representativa y confiable, lo cual fue una limitación importante dentro del presente ejercicio.

<p>Hallazgo número 006: Inconsistencia entre el dato de visitas reportadas en el seguimiento al Plan de Acción de la vigencia 2024 y listado entregado como evidencia en cumplimiento de la auditoria.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  Zona de riesgo: Alta </div>	
Criterio	Principio de veracidad (MIPG - Gestión de la información)
Condición evidenciada	Diferencia entre visitas reportadas en el plan de acción (651) y lista aportada como evidencia (613), con 42 prestadores repetidos.
Posible Causa (s)	Falta de control en el registro y consolidación de datos
Potencial Impacto	Distorsión de resultados, decisiones erradas, pérdida de confianza
Recomendaciones (Actividades de mejora sugeridas)	Implementar controles de validación y conciliación de datos antes de reportarlos.
Comentarios del auditado	En lo que respecta al hallazgo No.006, no se evidenció objeción alguna que justificara su modificación o exclusión. En consecuencia, el mismo se mantiene para la versión final del presente informe”.
Respuesta comentarios a	Se ratifica el informe preliminar

8.9 Verificar las etapas y cumplimiento de términos de los procesos sancionatorios.

Durante la revisión de los expedientes de procesos sancionatorios seleccionados, se identificaron debilidades en el cumplimiento de las etapas y términos establecidos en la normativa vigente. En algunos casos, los documentos que dan inicio al proceso (autos de apertura) no estaban firmados, no tenían fecha o no contaban con número consecutivo. También se encontraron expedientes en los que, pese a haberse identificado

incumplimientos, no se evidenció que se hubieran iniciado formalmente las actuaciones administrativas correspondientes.

Estas situaciones pueden afectar la legalidad de los procedimientos y retrasar la toma de decisiones por parte de la Secretaría Distrital de Salud.

Hallazgo número 007: Procesos sancionatorios con autos sin firma ni fecha.	
 Zona de riesgo: Extrema	
Criterio	Art. 47 y 48 Ley 1437/2011 (CPACA)
Condición evidenciada	Autos sancionatorios sin firma ni fecha
Posible Causa (s)	Omisión en revisión jurídica / falta de control de calidad de documentos
Potencial Impacto	Nulidad o prescripción de procesos sancionatorios
Recomendaciones (Actividades de mejora sugeridas)	Validar jurídicamente todo auto previo a su expedición y notificación
Comentarios del auditado	En lo que respecta al hallazgo No.007, no se evidenció objeción alguna que justificara su modificación o exclusión. En consecuencia, el mismo se mantiene para la versión final del presente informe”.
Respuesta a comentarios	Se ratifica el informe preliminar

8.10 Evaluar la efectividad de los controles definidos por la Oficina garantía de la Calidad como primera línea de defensa para el logro de Verificación a los estándares de habilitación a IPS, así como realizar análisis de tipo documental de la segunda línea de defensa, como control institucional establecido.

Con base en los controles definidos en el mapa de riesgos, procedimientos, instructivos, guías, entre otros, remitidos por la Oficina de Garantía de la Calidad adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, la GCIG evaluó la efectividad de los controles categorizados por líneas de defensa, de acuerdo con la escala establecida en la guía para la administración de riesgos. Estos fueron los resultados:

Primera línea de defensa.

Le corresponde “a los servidores en sus diferentes niveles, quienes aplican las medidas de control interno en las operaciones del día a día de la entidad. Se debe precisar que cuando se trate de servidores que ostenten un cargo de responsabilidad (jefe) dentro de la estructura organizacional, se denominan controles. de gerencia operativa, ya que son aplicados por líderes o responsables de proceso. Esta línea se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos”¹.

En el contexto de la Alcaldía Distrital de Barranquilla, debe ser entendida como el conjunto de controles que son realizados por los líderes de los procesos y sus equipos, ya sean estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación. Esta actividad tiene como finalidad el establecimiento de medidas de control para la gestión de los riesgos institucionales en el nivel operacional. Dentro de las actividades a realizar se debe verificar la aplicación de la normativa vigente, tanto interna como externa, al igual que la medición a través de indicadores como parte del día a día de la gestión a su cargo. Esta línea evidencia el ejercicio del autocontrol.

como primera línea de defensa se identificaron en la reglamentación aplicable doce (12) controles. De acuerdo con lo anterior, se aplicó el instrumento de evaluación de la efectividad de controles diseñado por la GCIG, estos fueron los resultados:

Tabla 1. Evaluación efectividad controles de primera línea de defensa

Control	Efectividad del Control
Validación del plan con listado REPS actualizado y comité técnico	100
Verificación de cronograma y firma del jefe de oficina antes del 30 de noviembre	82,5
Lista de chequeo oficial firmada y revisión cruzada con normatividad	65
Oficio de notificación radicado y acuse archivado en el expediente	65
Cronograma firmado y formato de cumplimiento de programación mensual	100
Checklist diligenciado + evidencia fotográfica y archivo digital	55
Acta de visita de reactivación y registro previo en expediente	100
Formato de entrega de documentos del expediente y Revisión por el jefe antes de emitir concepto técnico y archivo físico/digital	75
Exigencia de estudio estructural para sedes anteriores a 2010	100

¹ Tomado de *Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, v5*. Departamento Administrativo de la Función Pública. p. 118

Control	Efectividad del Control
Revisión jurídica previa de medidas de seguridad y cronograma de seguimiento con alertas de vencimiento	52,5
Acta de concertación con IPS saliente y EPS que garantice la continuidad del servicio; verificación de red alterna habilitada	100
Validación previa del informe por parte del jefe de oficina antes del cargue oficial en REPS	100

Fuente: Elaboración propia.

Se evidenció entonces una efectividad promedio de 82,9%. Se resalta que siete (7) de los doce (12) controles evaluados obtuvieron una calificación de efectividad en nivel “ALTA”, tres (3) obtuvieron una calificación de efectividad en nivel “MEDIA”, y dos (2) controles obtuvieron una calificación de efectividad en nivel “BAJA” de acuerdo con la escala definida por la Gerencia.

ESCALA	RESULTADO DE EFECTIVIDAD DE CONTROL
ALTA	>=80%
MEDIA	Entre el 60% y el 79%
BAJA	<=59%

En la Oficina de la Garantía de la Calidad, adscrita a la Secretaría de Salud Distrital se pudo evidenciar tiene definido en su estructura documental el procedimiento “Verificación de cumplimiento de condiciones de habilitación a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS” identificado en la plataforma iSolucion con el código MM-GD-SS-P011. No se evidenció en el procedimiento puntos de control de acuerdo con los lineamientos establecidos en el numeral 3.2 de la Guía para la Administración del Riesgo.

También se evidenció que el procedimiento de Imposición de Medida de Seguridad (IVC), suministrado por la dependencia auditada, no cuenta con un código oficial asignado ni se encuentra registrado en la plataforma iSolución.

Se recomienda también por la Gerencia se revise la adecuación de este procedimiento a los lineamientos de Función Pública en la Guía para la Gestión por Procesos en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), versión 1, Julio 2020.

En el anterior sentido, como segunda línea de defensa se identificó el control correspondiente a la revisión técnica y administrativa de los expedientes de habilitación que se aplica desde la Oficina de Garantía de la Calidad de la Secretaría Distrital de Salud. Este control tiene como propósito verificar que los resultados consignados por el equipo verificador en los informes de visita estén debidamente soportados, cumplan con la normativa vigente y cuenten con la documentación requerida, a través de la revisión del contenido de los expedientes, la verificación del diligenciamiento de los formatos

institucionales, el cotejo del concepto sanitario, el control de fechas y firmas, y el seguimiento a las actuaciones posteriores, como emisión y notificación del acto administrativo.

8.11 Identificar la zona de riesgo general de Verificación a los estándares de habilitación a IPS, con base en la metodología de la GCIG (descrita en la presente guía), relacionada con la categorización de observaciones.

En atención a la metodología establecida por la GCIG, la zona de riesgo residual se ubicó en Zona de Riesgo Media, dado que se presentaron 1 hallazgo Tipo I, 3 hallazgos Tipo II, 2 hallazgos Tipo III y 1 hallazgo Tipo IV.

Tabla 2. Matriz de establecimiento Zona de Riesgo

Matriz de Establecimiento Zona de Riesgo

CATEGORIA DE LA OBSERVACION	PONDERACION (IMPACTO)	CANTIDAD DE OBSERVACIONES	PROBABILIDAD CATEGORÍA	PROMEDIO PONDERADO	ZONA DE RIESGO	INTERVALO PROMEDIO DEL RIESGO
TIPO I	83,40%	1	14%	11,91%	EXTREMA	83,40%-100%
TIPO II	83,33%	3	43%	35,71%	ALTA	66,70%-83,33%
TIPO III	50,00%	2	29%	14,29%	MEDIA	33,40%-66,67%
TIPO IV	11,00%	1	14%	1,57%	BAJA	0%-33,33%
TOTALES		7	% DE RIESGO	63,49%		

Categoría	Cantidad observaciones		
	1	2	>=3
Tipo I	83,40%	90,00%	100,00%
Tipo II	66,70%	75,00%	83,33%
Tipo III	33,40%	50,00%	66,67%
Tipo IV	11,00%	22,00%	33,33%

Fuente: Elaboración propia

9. CONCLUSIONES

Es importante destacar la disposición positiva del equipo de trabajo durante el desarrollo de la auditoría y la amabilidad del equipo auditado. Su contribución y la facilitación de información permitieron una verificación eficiente y efectiva. La colaboración proactiva del equipo ha sido fundamental para lograr una revisión completa y precisa, demostrando un sólido compromiso con la mejora continua.

En términos generales, se verificó que la plataforma REPS estuvo disponible para el registro de prestadores y que el plan de visitas fue formulado y reportado oportunamente, cumpliendo con los criterios de priorización establecidos en la normativa. Así mismo, se evidenció que la mayoría de las visitas se notificaron dentro del término legal.

No obstante, se identificaron inconsistencias en la información reportada sobre el número de visitas realizadas, duplicidad en registros y falta de soportes documentales en varios expedientes, lo cual compromete la trazabilidad del proceso.

También se observó que, en muchos casos, no se contaba con actos administrativos firmados ni con constancia de notificación, y en los informes de verificación faltaban evidencias como fotografías o conceptos sanitarios. Estos aspectos afectan la formalización del proceso de habilitación.

En cuanto a los procesos sancionatorios, se identificaron debilidades en la documentación y cumplimiento de términos, lo que podría afectar la legalidad y oportunidad de las decisiones. Adicionalmente, se observaron deficiencias en los controles de primera y segunda línea, especialmente en la estandarización de formatos y la codificación de procedimientos.

Finalmente, se concluye que, aunque se cumplen aspectos clave del procedimiento, persisten debilidades que deben ser corregidas para fortalecer la legalidad, eficacia y control del proceso de verificación de condiciones de habilitación a IPS.

Informe de auditoría elaborado por: Doris Casadiegos – Juan Carlos Llinás

Fecha de elaboración: 15/07/2025

Revisado y aprobado por: Belka Gutiérrez Arrieta – Gerente, Gerencia Control Interno de Gestión

Fecha de aprobación: 15/07/2025