Girardota, julio 29 de 2025

Doctora
CLAUDIA MARÍA CASTRILLÓN ZAPATA
Gerente
E.S.E. Hospital San Rafael

Asunto: Informe pormenorizado del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) correspondiente al primer semestre del año 2025.

Dando cumplimiento a los lineamientos definidos en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 donde se establece que “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”; hago entrega del informe de evaluación independiente del Sistema de Control Interno correspondiente al período del 1° de enero al 31 de julio de 2025.

La estructura del informe que se desarrolla a continuación se elabora con base en los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública de acuerdo con lo establecido por la normatividad mencionada.

En el informe se presenta el estado del Sistema de Control Interno en la institución, registrando las debilidades y fortalezas identificadas con base en la aplicación de los criterios de evaluación establecidos en los instrumentos diseñados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para los componentes de ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y monitoreo, que hacen parte de la dimensión No. 7 que corresponde a Control Interno, del Modelo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

A continuación, se presentan los resultados del informe pormenorizado de control interno:

INFORME PORMENORIZADO MECI
PRIMER SEMESTRE DE 2025

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	**Si**	**53%**	OPORTUNIDADES DE MEJORA: Realizar actividades de capacitación y sensibilización a los funcionarios sobre la aplicación del formato para el reporte de conflictos de interés, de acuerdo con las directrices establecidas en la entidad. Definir un documento que permita estandarizar la suscripción de acuerdos de confidencialidad de la información con personal de planta y contratistas. Implementar evaluaciones de retiro del personal de la entidad. Implementar cada año la evaluación del impacto del plan de capacitaciones. Mejorar la operatividad del Comité de gestión y desempeño incluyendo en este el seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos institucionales. La documentación y actualización de procesos, procedimientos, mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo adicional a la realización de sus actividades diarias, lo cual dificulta en algunas ocasiones el avance en la realización de dichas actividades, además de generar incremento de costos para la institución. FORTALEZAS: La entidad tiene adoptado el código de integridad y ha realizado actividades de interiorización con el personal.

			Se tiene conformado mediante actos administrativos el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, los cuales durante el primer semestre se viene mejorando su operatividad. En la Institución se han establecidos espacios como los diferentes Comités, con la participación de diferentes líderes de proceso que permiten la comunicación con el nivel directivo para el fortalecimiento de los procesos, los cuales vienen mejorando su operatividad (Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Convivencia Laboral, Equipo de Control Interno Disciplinario, Comité de Ética, entre otros.). Se tiene establecido en la entidad el formato para el registro de conflictos de interés. Documentación del mapa de riesgos de corrupción con la participación de los diferentes líderes de proceso y teniendo en cuenta los lineamientos definidos en la metodología para la Administración del Riesgo, establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Se realizó la actualización de la Política y la Metodología de la Administración del Riesgo con base en la última guía metodológica definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, la cual fue revisada y aprobada por los integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se realizo capacitación a los funcionarios sobre la Metodología de la Administración del riesgo para la actualización de los mapas de riesgo por procesos y socializaron las respectivas líneas de defensa y sus roles. Durante el primer semestre se inicia la actualización del mapa de riesgos para los procesos, con base en la nueva guía metodológica de Administración del Riesgo definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, articulada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Para la vigencia 2025 se documentó el Plan Operativo Anual 2025 y éste fue aprobado por la Junta Directiva.

			Se formuló para la vigencia 2025 los planes que se define en el Decreto 612 de 2018 relacionados con el Talento Humano: plan de capacitación institucional, el plan de bienestar social, el plan de seguridad y salud en el trabajo, plan anual de vacantes, plan de previsión del talento humano, plan estratégico del talento humanos los cuales se vienen implementando. La entidad ha establecido de acuerdo con las características institucionales y la normatividad vigente, los requisitos y perfiles para la contratación del personal que requiere la Institución. Se realizo para el primer semestre las evaluaciones de desempeño a los funcionarios que les aplica. La entidad ha definido desde el nivel directivo políticas institucionales que permiten el fortalecimiento en el manejo y seguridad de la información que se genera en la Institución. El nivel directivo revisa permanentemente la información financiera, contando con espacios como el Comité de Sostenibilidad Contable el cual se encuentra operativo. Desde el nivel directivo se genera compromiso con las actividades de auditoría interna y mejoramiento, que permiten el fortalecimiento de los procesos institucionales y por ende una mejor prestación del servicio.
Evaluación de riesgos	**Si**	**44%**	OPORTUNIDADES DE MEJORA: Destinar tiempo suficiente para la realización de actividades de documentación y actualización procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros. Se requiere la continuidad en la documentación y/o actualización de los mapas de riesgos a nivel de procesos e institucional y así mismo cumplir con el seguimiento por parte de los líderes de los procesos a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual.

			Los funcionarios definidos en la segunda línea de defensa deben consolidar y reportar información relacionada con la Gestión de riesgos. Sé de priorizar la actualización del mapa de riesgo de corrupción de la vigencia 2025, en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública. Se deben identificar y documentar los casos en los cuales no sea posible segregar las funciones de mayor riesgo para establecer controles alternativos. Implementar mecanismos para la medición y análisis de indicadores definidos desde la planeación institucional y los establecidos para la gestión de los procesos, como un mecanismo de identificación del riesgo. Monitorear la gestión de riesgos desde la alta dirección, directamente o en el espacio del Comité Desempeño o coordinador de control interno. FORTALEZAS: La entidad tiene formulado y aprobado el Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2024 - 2028, al cual se le realizo revisión de sus metas e indicadores identificando la necesidad de ajustarlas a la realidad institucional actual, dicha modificación es aprobada por la Junta Directiva de la entidad. Se cuenta con Plan Operativo Anual para la vigencia, el cual se viene implementando y ha sido socializado a los diferentes líderes de proceso, generando empoderamiento en éstos para el cumplimiento de las metas. La entidad cuenta con sus objetivos estratégicos los cuales son medibles, alcanzables y alienados a los objetivos de los diferentes procesos. Se actualizó el documento de la política y metodología de Administración del Riesgo, con base en la definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con base en ésta se construyó para la vigencia 2025 el mapa de riesgos de corrupción y se viene trabajando con los lideres de proceso la actualización de sus mapas de riesgos por procesos.

			Se viene avanzando con la participación de los líderes de proceso en la construcción del mapa de riegos por procesos, a través de jornadas de trabajo. La entidad ha definido las líneas de defensa desde el Manual de la Política y metodología de Administración del Riesgo, éstas han sido socializadas a los líderes de proceso. Se han establecidos supervisores para los diferentes contratos como segunda línea de defensa.
Actividades de control	**Si**	**58%**	OPORTUNIDADES DE MEJORA: Destinar tiempo suficiente para la realización de actividades de documentación y actualización procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros. Se deben identificar y documentar los casos en los cuales no sea posible segregar las funciones de mayor riesgo para establecer controles alternativos. Aunque se verifican criterios de cumplimiento del objeto contractual de proveedores a través de la supervisión a los contratos, no se cuenta con un procedimiento documentado para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología. Por parte de la primera y segunda línea de defensa se requiere mayor frecuencia en el seguimiento a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual y el seguimiento a los controles para manejo del riesgo en los procesos, dejando debidamente documentada la actividad que permita evidenciar su ejecución. Se requiere mejorar la revisión de controles construidos en los mapas de riesgos por parte de los lideres de proceso en las diferentes líneas de defensa.

			Se requiere fortalecer con la documentación de matrices de roles y usuarios relacionadas con el uso de tecnologías. FORTALEZAS: La entidad cuenta con un Manual de Funciones y Competencias vigente, acorde a los cargos creados en la Institución, el cual fue aprobado por la Junta Directiva. En la entidad se viene avanzando con la realización del estudio de cargas laborales, que permitirá mejorar la segregación de funciones, es una actividad que requiere continuidad. Se vienen desarrollando otros sistemas de gestión como el de Garantía de la Calidad en Salud, Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema de Gestión Documental, Sistema de Información; los cuales se documentan a través de manuales, protocolos, guías y procedimientos que buscan integrarse al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). La entidad realiza la planeación de su mejoramiento tecnológico e infraestructura a través del Plan Institucional de Mantenimiento, el cual se tiene construido para la vigencia. De acuerdo con las necesidades institucionales, se realiza la actualización y documentación de manuales, guías, protocolos, instructivos, procesos y procedimientos con la participación de los lideres de proceso.
Información y comunicación	**Si**	**61%**	OPORTUNIDADES DE MEJORA: Fortalecer la actualización de publicación de la información correspondiente a lo que va de la vigencia 2025, según la ley de transparencia. Se requiere fortalecer la socialización de las políticas relacionadas con el gobierno digital, seguridad digital y la gestión documental definidas desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

			Documentar el mapa de riesgos de seguridad de la información donde se establezcan los controles relacionados con éstos. Mantener estandarizado y actualizado un instrumento donde se definan los diferentes responsables de la generación, consolidación, reporte y divulgación de la información exigida por la normatividad vigente y requerida por los entes de vigilancia y control. Realizar cada año la evaluación de efectiva de los canales de comunicación compartes externas y su contenido. Realizar y mantener actualizada la caracterización de los usuarios de acuerdo con las guías expedidas para tal fin. FORTALEZAS: Se han definido desde el nivel directivo políticas y programas tendientes al fortalecimiento en el uso de la información como las políticas de gerencia de la información, tratamiento de datos personales y el Programa de Gestión Documental el cual viene siendo operativo. La entidad cuenta con un software que permite la integralidad de la información para la realización de los procesos administrativos y asistenciales. Se han implementado en la Institución diferentes canales de comunicación con los usuarios como es la Oficina de Información y Atención al Usuario, la página web. redes sociales, carteleras, buzones de sugerencias, documentación física. Desde la Oficina de Información y Atención al Usuario se desarrollan procedimientos que permiten la comunicación con los usuarios, la identificación de su satisfacción y la gestión de sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias para el fortalecimiento de los procesos institucionales.

			Se cuenta con un área de comunicaciones, la cual genera el material y la divulgación de la información que se requiere, a través de diferentes canales de comunicación. Se tiene construido el plan de comunicaciones para la vigencia el cual se viene implementando. La Institución cuenta con el Programa de Gestión Documental, el cual es liderado por una líder específica para éste con conocimiento en el tema. Se tiene conformado y operativo el Comité de Convivencia Laboral el cual apoya la gestión de denuncias presentadas por el cliente interno. Se cuenta con formato para el registro de conflictos de interés, el cual ha sido socializado a los funcionarios. La entidad maneja un sistema de correspondencia el cual permite la trazabilidad de la documentación entrante y saliente, liderado por un funcionario específico. Se cuenta con caracterización de los usuarios a través de diferentes bases de datos que se trabajan en los diferentes procesos.
Monitoreo	**Si**	**73%**	OPORTUNIDADES DE MEJORA: Se requiere continuar fortaleciendo la sistematicidad y cobertura de situaciones de riesgos desde todos los procesos. Se requiere fortalecer por parte de los lideres de procesos el seguimiento a los controles establecidos en sus mapas de riesgos y planes de mejoramiento formulados de auditorías internas y externas, dejando la evidencia de la actividad realizada. FORTALEZAS: El Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentran operativos, como

			espacios para el análisis de información y definición de acciones de mejora en los diferentes procesos. Se cuenta para la vigencia con el Plan Anual de Auditorías Internas, el cual fue aprobado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y socializado a los líderes de proceso, dicho plan se encuentra en proceso de implementación. Se presentan a la Gerencia los resultados de los informes de auditorías internas y con base en éstas se implementan las acciones de mejora pertinentes para el fortalecimiento de los procesos. Desde la segunda línea de defensa se ha realizado monitoreo por parte de los supervisores de los contratos y de algunos comités como el de seguridad del paciente. A partir de los resultados de auditorías internas y externas realizadas por los diferentes entes de vigilancia y control, se formulan los respectivos planes de mejoramiento.

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	De acuerdo con la evaluación de los diferentes componentes y lineamientos del MECI que hacen parte de la dimensión No. 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se obtiene una calificación de 62%, indicando que el Modelo Estándar de Control Interno se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño o ejecución. Principales avances en el primer semestre 2025: *Ambiente de control, se ajustaron las metas e indicadores del Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2025 - 2028 y el Plan Operativo Anual 2025, lo cual permite mejorar la medición de objetivos institucionales, dichos cambios fueron aprobado por la Junta Directiva de la entidad. Igualmente, se han desarrollado actividades de planeación con base en lo requerido por el Decreto 612 de 2018. Por parte de la Alta Dirección se evidencia compromiso con la implementación de los diferentes Sistemas de Gestión que aplican a la entidad y permiten el mejoramiento en el desarrollo de los procesos. * Evaluación del riesgo, se actualizo la política y metodología de Administración del Riesgo, cumpliendo con los lineamientos definidos por el DAFP, los lideres de proceso fueron capacitados en éstas y se viene

		realizando la actualización de los mapas de riesgos con base en ésta. Igualmente, se construyó para la vigencia 2025 el mapa de riesgos de corrupción, con los respectivos controles, los cuales se encuentran en proceso de implementación. * En el componente de actividades de control, se han venido definiendo políticas, planes y procesos que aportan a la implementación de controles para la mitigación o disminución de riesgos, los cuales requieren continuar fortaleciéndose desde las diferentes líneas de defensa. * Información y comunicación, se han desarrollado avances relacionados con la generación y análisis de datos y el mejoramiento de la publicación de información a la comunidad y generación de canales de comunicación (página web, carteleras, Oficina de Información y Atención al Usuario, actividades de rendición de cuentas, entre otras), es necesario continuar su fortalecimiento en todo lo relacionado con la socialización y aplicación de las políticas de gestión documental. gobierno digital y la seguridad de la información. * Monitoreo y evaluación, ha logrado avance en la formulación e implementación de actividades de seguimiento y auditoria, siendo una de las directrices establecidas desde la Alta Dirección como proceso de mejoramiento continuo presente en los diferentes niveles institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno ha contribuido al logro de los objetivos institucionales. Se vienen logrando avances en los diferentes componentes los cuales son evidenciados a través de diferentes espacios de comunicación institucional como los Comités Institucionales y plasmados en documentos como las actas, los informes de auditorías internas y externas, seguimientos y planes de mejoramiento.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La entidad ha identificado las diferentes líneas de defensa y desde la Alta Dirección se han establecido y se encuentran operativos espacios como el Comité Coordinador de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, los cuales permiten una implementación, monitoreo y toma de decisiones para el mejoramiento de los componentes que hacen parte del Sistema de Control Interno.

RECOMENDACIONES:

- Realizar actividades de capacitación y sensibilización a los funcionarios sobre la aplicación del formato para el reporte de conflictos de interés, de acuerdo con las directrices establecidas en la entidad.

- Definir un documento que permita estandarizar la suscripción de acuerdos de confidencialidad de la información con personal de planta y contratistas.

- Fortalecer la evaluación de retiro del personal de la entidad.

- Implementar cada año la evaluación del impacto del plan de capacitaciones.

- Mejorar la operatividad del Comité de gestión y desempeño incluyendo en este el seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos institucionales.

- Realizar la socialización de los ajustes del Plan Operativo Anual 2025 aprobados por la Junta Directiva al cliente externo, a través de la publicación en la página web de la entidad.

- Continuar con la implementación de los planes de acción formulados a partir del Decreto 612 de 2018.

- Continuar con la actualización de los mapas de riesgos para los procesos con base en la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

- Los funcionarios definidos en la segunda línea de defensa deben consolidar y reportar información relacionada con la Gestión de riesgos.

- Se debe priorizar la actualización del mapa de riesgo de corrupción de la vigencia 2025, en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública.

- Implementar mecanismos para la medición y análisis de indicadores definidos desde la planeación institucional y los establecidos para la gestión de los procesos, como un mecanismo de identificación del riesgo.

- Monitorear la gestión de riesgos desde la alta dirección, directamente o en el espacio del Comité Desempeño o coordinador de control interno.

- Continuar definiendo estrategias para facilitar el tiempo de los funcionarios para la documentación y actualización de procesos, procedimientos, mapas de riesgos, entre otros, por parte del personal.

- Documentar las situaciones específicas en las cuales no es posible segregar las funciones para definir controles alternativos.

- Diseñar y ejecutar un procedimiento para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología.

- Fortalecer la actualización de publicación de la información correspondiente a lo que va de la vigencia 2025, según la ley de transparencia.

- Documentar el mapa de riesgos de seguridad de la información donde se establezcan los controles relacionados con éstos.

- Mantener estandarizado y actualizado un instrumento donde se definan los diferentes responsables de la generación, consolidación, reporte y divulgación de la información exigida por la normatividad vigente y requerida por los entes de vigilancia y control.

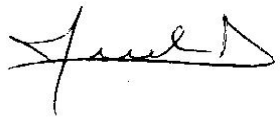
- Realizar cada año la evaluación de efectiva de los canales de comunicación compartes externas y su contenido.

- Realizar y mantener actualizada la caracterización de los usuarios de acuerdo con las guías expedidas para tal fin.

- Implementar estrategias para fortalecer la implementación de las políticas relacionadas con seguridad de la información y gobierno digital, definidas desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

- Fortalecer el seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de los funcionarios que ostentan el rol primera y segunda línea de defensa.

Atentamente,



MARTIN ALVAREZ MONTOYA
Asesor de Control Interno