

Girardota, enero 30 de 2026

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

Asunto: Informe pormenorizado sobre evaluación del sistema de control interno correspondiente al segundo semestre del año 2025.

OBJETIVO: presentar los avances en el sistema de control interno a través de la implementación del modelo estándar de control interno MECI, en el marco del modelo integrado de planeación y gestión MIPG, identificando posibles oportunidades de mejora para su fortalecimiento en procura del cumplimiento de los objetivos institucionales.

ALCANCE: Dar cumplimiento a los lineamientos definidos en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, sobre la evaluación independiente del Sistema de Control Interno. La evaluación corresponde al segundo semestre del año 2025.

METODOLOGÍA:

La se desarrolla con base en los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Aplicación del instrumento de la evaluación de Modelo Estándar de Control Interno MECI, según los cinco (5) componentes y diecisiete lineamientos establecidos en la séptima dimensión del Modelo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, identificando las oportunidades de mejora, fortalezas o avances y recomendaciones.

RESULTADOS:

A continuación, se presenta el informe pormenorizado sobre evaluación del sistema de control interno:

INFORME PORMENORIZADO MECI
SEGUNDO SEMESTRE DE 2025

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Oportunidades de mejora y/o Fortalezas
Ambiente de control	Si	76%	OPORTUNIDADES DE MEJORA: Continuar sensibilizando a los funcionarios sobre la aplicación del formato para el reporte de conflictos de interés, de acuerdo con las directrices establecidas en la entidad. Continuar con la actualización de los mapas de riesgos para los procesos que se encuentren pendientes, 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. 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. Aunque se realiza la evaluación de desempeño a los funcionarios que se encuentran en carrera administrativa, se requiere mejorar en la custodia de los soportes de evaluación dentro de las hojas de vida de los funcionarios a los cuales se les realizó dicha actividad. FORTALEZAS: La entidad 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 se encuentran operativos (Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Convivencia Laboral, Comité de Ética, entre otros.). Se tiene establecido en la entidad el formato para el registro de conflictos de interés. Se realizo la documentación del mapa de riesgos de corrupción y se llevó a cabo seguimiento a los controles definidos en éste. 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. Se realizó ajuste al Plan de Desarrollo Institucional 2025 - 2028 y al Plan Operativo Anual 2025 y éstos fueron aprobados por la Junta Directiva. Se realizaron actividades de seguimiento al cumplimiento de las metas definidas para en el Plan Operativo Anual para la vigencia 2025 con la participación de los líderes de procesos. Se formuló para la vigencia 2025 los planes que se definen 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. Se viene realizando evaluación de compromisos al personal en carrera administrativa y a los funcionarios en libre nombramiento y remoción con personal a cargo a través de los acuerdos de gestión de acuerdo con la normatividad vigente.
--	--	--	--

			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. 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 y el Comité de Glosas. 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	79%	OPORTUNIDADES DE MEJORA: La documentación y actualización procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo 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. Se requiere continuidad en la actualización de los mapas de riesgos a nivel de procesos que se encuentran pendientes y así mismo mejorar la frecuencia en el seguimiento por parte de los líderes de los procesos 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. FORTALEZAS: La entidad tiene formulado y aprobado el Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2024 - 2028, al cual se le realizó 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 avanza en la medición de indicadores definidos desde la planeación con participación de los líderes de proceso. 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. Durante la vigencia se realizaron actividades de seguimiento a las metas del Plan Operativo Anual 2025, con participación de los líderes de proceso. 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 realizó seguimiento al cumplimiento de sus controles. Se avanzó con los líderes de proceso en la construcción del mapa de riesgos por procesos. 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 mejoró la operatividad de espacios para la comunicación y evaluación de riesgos como es el Comité Coordinador de Control Interno, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité de Seguridad del Paciente. Se han establecidos supervisores para los diferentes contratos como segunda línea de defensa.

Actividades de control	Si	67%	OPORTUNIDADES DE MEJORA: Para la documentación y actualización procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo para 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. 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 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. Se realizó el estudio de cargas laborales, que permitirá mejorar la segregación de funciones. 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). Se avanzó en la construcción del mapa de riesgos de seguridad de la información con la participación de los líderes de procesos.
--------------------------------------	------------------	-------------------	--

			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 líderes de proceso.
Información y comunicación	Si	66%	OPORTUNIDADES DE MEJORA: Aunque se cuenta con la página web para la entidad, se requiere continuar fortaleciendo en la actualización de publicación de la información correspondiente a lo que va de la vigencia. Aunque desde la Alta Dirección se han definido políticas relacionadas con el mejoramiento de la información, 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). 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 avanzó en la construcción del mapa de riesgos de seguridad de la información con la participación de los líderes del proceso. Se cuenta con instrumento donde se definen entidades a las que se debe rendir información, responsables y periodicidad de la información. Se realizó auditoría al proceso de gestión de la información, verificando el procedimiento de rendición de información y de seguridad de la información.

			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 implementó. 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	84%	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 líderes 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.

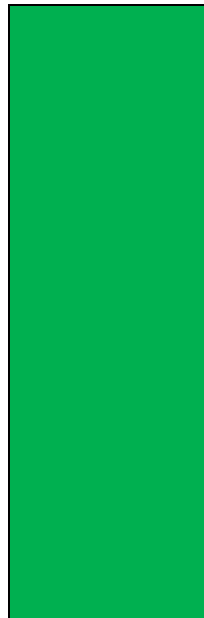
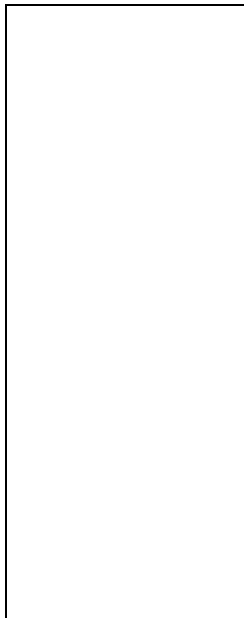
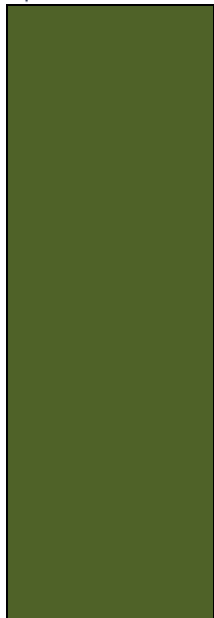
Nit: 890980727-9

(+57) 604 560 78 10

hospitalgirardota.gov.co

atencionalusuario@hospitalgirardota.com

Carrera 16 # 11- 01 Girardota, Antioquia, Código Postal 051030



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.

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno revisó, ajustó y aprobó el Plan Anual de Auditorías Internas para la vigencia, fue socializado a los líderes de procesos y se ejecutó de forma satisfactoria.

El evaluador independiente de control interno presenta a la Gerencia los informes de auditorías internas, se analizan y con base en éstos se definen las acciones de mejora pertinentes para el fortalecimiento del control en los procesos.

Desde la segunda línea de defensa, en cabeza de supervisores de los contratos líder de planeación y de algunos comités se ha realizado monitoreo a controles a diferentes planes institucionales.

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	Durante la vigencia 2025 se lograron avances en los diferentes componentes del Sistema de Control Interno que hacen parte de la dimensión No. 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), tales como: *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 y se definieron e implementaron políticas a nivel institucional como la de Administración del Riesgo. Por parte de la Alta Dirección se evidencia compromiso con la implementación de los deferentes Sistemas de Gestión que aplican a la entidad y permiten el mejoramiento en el desarrollo de los procesos. *Se construyo para la vigencia 2025 el mapa de riesgos de corrupción, con los respectivos controles, a los cuales se les realizaron actividades de seguimiento, igualmente, se avanza en la actualización de los mapas de riesgos de los procesos con la participación de los lideres de procesos. *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 ofreciéndose desde las diferentes líneas de defensa. *Desde el componente de 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. *El componente de 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	Se desarrollaron durante la vigencia actividades en la implementación del Sistema de Control Interno que requieren su continuidad enmarcadas dentro de un proceso de mejoramiento continuo, el cual se viene presentando de manera efectiva, logrando avances en los diferentes componentes e identificando aspectos por mejorar dentro del desarrollo de los procesos, 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

Desde la Alta Dirección se ha establecido en la política de Administración del Riesgo las líneas de defensa, además de operativizar 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:

- Socializar a los funcionarios sobre la aplicación del formato para el reporte de conflictos de interés, de acuerdo con las directrices establecidas en la entidad.
- Fortalecer la custodia de la información relacionada con las evaluaciones de desempeño de los funcionarios en las respectivas hojas de vida.
- Definir un documento que permita estandarizar la confidencialidad de la información con personal de planta y contratistas.
- Continuar con la generación de espacios para la actualización y/o documentación de procesos, procedimientos, manuales, guías, protocolos y la construcción de los mapas de riesgos.
- Implementar cada año la evaluación del impacto del plan de capacitaciones.
- Continuar con la operatividad del Comité de gestión y desempeño incluyendo en este el seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos institucionales.
- Continuar con las actividades de seguimiento a la planeación institucional a través de los planes operativos de cada vigencia.
- 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.
- Formular para la vigencia 2026 el mapa de riesgo de corrupción de la vigencia, en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública.
- Fortalecer los 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.
- Continuar monitoreando la gestión de riesgos desde la alta dirección, directamente o en el espacio del Comité Desempeño o coordinador de control interno.

- Socializar los resultados del estudio de cargas laborales e implementar las acciones de mejora de acuerdo con las características y disponibilidad de recursos de la Institución.
- Diseñar y ejecutar un procedimiento para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología.
- Fortalecer la actualización de publicación de la información según la ley de transparencia.
- Realizar cada año la evaluación de efectividad 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 socialización e implementación de las políticas relacionadas con seguridad de la información y gobierno digital, definidas desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de los funcionarios que ostentan el rol primera y segunda línea de defensa.

Atentamente,



ADRIANA MARÍA PEREZ ZULETA
Asesora de Control Interno

