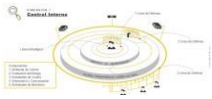
Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL
Periodo Evaluado:	JULIO - DICIEMBRE DE 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	70%

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):	En proceso	Los componentes del MECI, se encuentran presentes y operando. Con respecto al el sistema de control en el primer semestre 2025 (67%) segundo semestre del 2025 (70%), obtuvo un aumento del 3%, esta variación se dio por: El componente de Evaluación del riesgo el cual tuvo un nivel de cumplimiento del 68% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 65% (avance del 3%), Ambiente de Control obtuvo un nivel de cumplimiento del 62% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 60% (avance del 2%), el componente de Actividades de Control obtuvo un nivel de cumplimiento del 67% comparado con el informe anterior del 67%. (avance del 0%) y Monitoreo presento un nivel de cumplimiento del 82% que comparado con el cumplimiento del informe anterior fue del 82% (avance 0%). El componente de Información y Comunicación obtuvo un nivel de cumplimiento del 59% en el primer semestre de 2025, comparado con la evaluación del segundo semestre del 70% (avance del 11%) El componente con mayor variación en el cumplimiento fue el de Información y Comunicación con un avance del 11%. Los componentes que presentaron incremento fueron el Evaluación del riesgo con el 3% y Ambiente de control con el 3% Los componentes de Actividades de Control y monitoreo no presentaron variaciones. Se debe seguir trabajando por parte de todos los responsables en las diferentes acciones establecidas, verificando las debilidades presentadas en esta evaluación, con el fin de lograr el cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Es efectivo porque a través del sistema de Control Interno se está mostrando la realidad institucional en lo referente a la ejecución de las diferentes acciones establecidas en los planes de la institución. Es importante que los procesos tengan en cuenta las recomendaciones de mejora, con el fin de cumplir los objetivos de la institución. Debe verificarse el compromiso en la realización de las diferentes actividades por parte de los responsables.
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 institución ha direccionado este asunto de las líneas de defensa establecidas en el Decreto 1499 de 2017 y las ha socializado con los responsables de la línea Estratégica, la primera, segunda y tercera líneas de defensa a través del comité de Control Interno y MIPG. Adicionalmente se tiene designado un funcionario responsable por cada proceso institucional en procura de asegurar el autocontrol, la autoevaluación, direccionamiento y cumplimiento de las directrices establecidas por el nivel directivo.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	**Si**	**70%**	**FORTALEZAS:** -La institución cuenta con un manual de funciones aprobado -La institución cuenta con un plan institucional de capacitaciones y se encuentra publicado en la página web. -La institución cuenta con un código de integridad y esta publicado en la página web -La institución tiene un programa de Ética Empresarial. -La institución formalizó el procedimiento de conflicto de intereses y estableció link de acceso en página web -La institución cuenta con política de transparencia y acceso a la Información y política de seguridad digital. - Se realizaron actividades de seguridad y salud en el trabajo, como las pausas activas, la evaluación de puestos de trabajo, exámenes de retiro del personal. -La ESE cuenta con una política de riesgos y actualizo la matriz de riesgos institucionales -La ESE cuenta con Política de Gestión Estratégica del Talento Humano -La Oficina de Control Interno socializa con la Alta Dirección y los directos responsables sobre las observaciones y recomendaciones generadas en la realización de seguimientos, evaluaciones y auditorías internas. -El área de talento humano realiza parcialmente evaluaciones de las actividades relacionadas con el ciclo de vida del empleado público (ingreso-permanencia – retiro) - Se socializa parcialmente el código de integridad y buen gobierno -Se socializa parcialmente el procedimiento para el manejo de conflicto de intereses y se realiza el seguimiento **DEBILIDADES:** -No se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor en la realización de sus actividades. -No se ejecuta correctamente el plan institucional de capacitaciones, lo que no permite evaluar su impacto -No se cuenta con estrategias claras que permita evaluar los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo -No se realiza un monitoreo permanente de los riesgos de gestión y riesgos de corrupción -No se ha realizado socialización de la política de riesgos -No se ha terminado de actualizar la matriz de riesgos de gestión con los riesgos fiscales y de corrupción -No se ha implementado la política de transparencia y acceso de la información. -No se ha implementado la política de Gestión Estratégica del Talento Humano -No se encuentran formalizados los procesos, procedimientos y protocolos de la ESE -No se realiza seguimiento al plan institucional de capacitaciones -Se evidencia rendición de informes extemporáneos y sin rendir.	**67%**	Se verifica que el componente se encuentra funcionando, sin embargo, requiere establecer e implementar acciones de mejora dirigidas a fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	**3%**
Evaluación de riesgos	**Si**	**68%**	**FORTALEZAS:** - El plan de desarrollo institucional cuenta con los objetivos estratégicos - La ESE cuenta con manual de funciones - La ESE cuenta con una matriz de riesgos. - Se realizó el seguimiento trimestral al plan de desarrollo y plan operativo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos. - La Entidad tiene definidos los procesos institucionales en el Mapa de Procesos - La ESE cuenta con una matriz de riesgos de gestión actualizada. **DEBILIDADES:** - No se ha socializado la actualización de la - No se ha realizado la matriz de riesgos de corrupción. - Los riesgos de gestión no se encuentran articulados con los riesgos fiscales. - Los riesgos de corrupción no se encuentran articulados con el SICOF Y SARLAFT - Falta de capacitaciones que fomenten la gestión del riesgo para un proceso de calidad - No se tienen en cuenta las recomendaciones generadas por el FURAG y el Estado del Sistema de Control Interno	**65%**	Se cotejo que el componente se encuentra funcionando, sin embargo, deben establecerse acciones de mejora para fortalecer el diseño y ejecución.	**3%**
Actividades de control	**Si**	**67%**	**FORTALEZAS:** - La institución tiene establecido el organigrama donde la Oficina de Control Interno está ubicada en el nivel directivo y cuenta con un Jefe de Control Interno y un Técnico Operativo esta última vacante a la fecha. -La institución cuenta con mapa de procesos. - Se cuenta con el código de integralidad, el código del auditor interno, el comité Institucional de coordinación de Control Interno, comité de MIPG y otros esenciales y específicos determinados por ley respaldados por circulares y/o actas debidamente elaboradas y aprobadas por la línea estratégica. - Se realizan restricción de navegación en internet y para usuarios en la red -La ESE tiene implementado el software RFAST (Sistema integrado de información Contable, Financiera y Asistencial). - Se ha realizado parcialmente la clasificación de los equipos y activos informáticos en obsolescencia **DEBILIDADES:** - Se continúan presentando dificultades en los módulos del programa RFAST. - No se ha dado total cumplimiento a los requisitos de la Ley 1712, la Resolución 1519 de 2020 y demás ítems de acceso a la información pública y accesibilidad de la página web. - No se encuentran en su totalidad actualizados y legalizados los procedimientos de la Institución. - No se ha culminado la actualización del mapa de riesgos de corrupción articulando la política de integridad de riesgos, sarlaft, Sicof y programa de transparencia. - El seguimiento por parte del Oficial de Cumplimiento presenta debilidades. - La página web no se encuentra actualizada de acuerdo a lo establecido en la resolución 1519 de 2020. - Falta de socialización del manual de funciones teniendo en cuenta que existen algunos funcionarios que desconocen las funciones que les competen. - No se da cumplimiento a las actividades establecidas en el Plan Estratégico de tecnologías de la Información y Comunicación - No se cuenta con un servidor de dominio que permita revisar roles y restringir permisos	**67%**	Se confirmo que el componente se encuentra funcionando, es necesario implementar acciones de mejora dirigidas a fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	**0%**
Información y comunicación	**Si**	**70%**	**FORTALEZAS:** -La ESE cuenta con el software R-FAST. - Se tiene permisos asignados en el sistema. - Se realiza seguimiento al uso de OneDrive como repositorio de documentos institucionales. - Se realiza seguimiento al cargue de datos en las diferentes plataformas (PISIS, Supersalud, CHIP. - Se realiza Validación de contenidos publicados en web e intranet. -Ejecución del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. - Se inicio mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y red. -Se actualizan los contenidos estratégicos en la Intranet (SharePoint). - Se cuenta con un inventario físico de equipos que se gestiona en una hoja de cálculo Excel y también se registra en la plataforma GLPI -Con el apoyo de Office 365 (correo institucional y almacenamiento en la nube) y la página web institucional, se logra una mejor articulación entre áreas y con la ciudadanía - La ESE cuenta con diferentes mecanismos de comunicación para usuarios internos y externos como formulario de PQRSD y de denuncia y conflicto de interes disponible en la página web institucional, la línea de atención vía WhatsApp, los correos electrónicos institucionales, y la oficina de ventanilla única. -Se socializo la política de gerencia de la información - Se actualizaron los usuarios activos en la plataforma del SIGEP II, verificando la exigencia a nuevos funcionarios el ingreso efectivo en el SIGEP II como personal activo en la ESE **DEBILIDADES:** -No se ha dado total cumplimiento a los requisitos de la Ley 1712, la Resolución 1519 de 2020 y demás ítems de acceso a la información pública y accesibilidad de la página web. -No se han socializado el procedimiento de denuncias de corrupción y conflicto de interés -Existe debilidad en los mecanismos de verificación de la calidad y oportunidad de los datos obtenidos. -No se cuenta con un procedimiento para la entrega y control de los activos de información - Existen usuarios activos en la plataforma de R-FAST de personal que ya no labora en la ESE. - Debilidad en los procedimientos de gestión documental y seguimiento a las respuestas.	**59%**	Se verifico que el componente se encuentra funcionando, deben establecerse acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	**11%**
Monitoreo	**Si**	**82%**	**FORTALEZAS:** -Se cuenta con el plan de auditorías debidamente aprobado por el nivel gerencial y el Comité de Coordinación de Control Interno. - Se han rendido oportunamente los informes a los organismos de control externos en cumplimiento de los roles determinados en el Decreto 648 de 2017. - Se presentaron los informes respectivos de cada una de las evaluaciones, auditorías y monitoreos realizados en el segundo semestre del 2025. - La oficina de Control Interno realizó informe de seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con la contraloría de Cali -Se tienen documentados y aprobados los indicadores para evaluar la gestión de eficiencia, eficacia y calidad de la gestión de cada proceso - Se realizó seguimiento al SARLAF -Se realizó seguimiento a las PQRSDF - Se realizó seguimiento a los expedientes contractuales en los meses de agosto y noviembre de 2025. - Se evidencia parcialmente el seguimiento al PAMEC por parte del área de Planeación **DEBILIDADES:** - Las personas responsables en los diferentes procesos no entregan la información requerida por la Oficina de Control Interno de manera oportuna, lo que dificulta una evaluación efectiva que evite la materialización de los riesgos. -Se evidencia debilidades en las acciones establecidas en lo referente a temas contractuales - Se evidencia falta de claridad en la entrega de la información y manejo de las herramientas como formato en Excel para tabular las encuetas y el formato FOR-GUS-14 de control y seguimiento de las PQRSDF.	**82%**	Se contrasto que el componente se encuentra funcionando, sin embargo, es necesario implementar acciones de mejora dirigidas a mejorar el diseño y ejecución.	**0%**