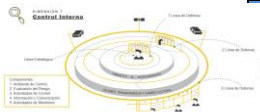
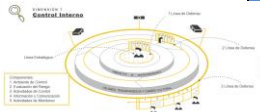


Nombre de la Entidad:		HOSPITAL DEL SARARE ESE					
Periodo Evaluado:		1 de Enero al 31 de Diciembre del 2025					
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad			80%		
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno							
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):		Si	Los componetes del MECI se encuentran integrados en los sistemas de gestión de la Entidad tales como Calidad, Ambiental, Gestion documental y seguridad y salud en el trabajo, lass políticas MIPG al igual que la armonización con el Sistema Obligatoria de Garantía de la Calidad en Salud, lo cual permite un desempeño integral de los componentes. Se realizan actividades de autodiagnóstico, documentación, planeación, así como la articulación con los Subsistemas de administración de riesgos, actualización, formulación de comités.				
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):		Si	Si dado que encuentra presente y funcionando el Sistema de Control Interno, este es pertinente y alineado a la plataforma estrategica, y contribuye al cumplimiento de los objetivos de cada subproceso así como los objetivos de los sistemas de gestión, se realizan con articulación de las tres lineas de defensa controles, evaluación . Se participa de manera continua en espacios institucionales para generar articulación de diferentes procesos así como la integración de las acciones e información optimizando los recursos disponibles.				
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	Las lineas de defensa se encuentran definidas y articuladas a la los componentes del sistema dentro de la Política de control interno y de Administracion del Riesgo. Se generar herramientas de monitoreo y espacios de evaluación del cumplimiento de los objetivos y dificultades generadas dentro de las diferentes subgerencia para el cumplimiento de los objetivos institucionales, se fortalecio el formato planes de mejoramiento y seguimiento continuo institucional con las lineas de defensa. La toma de decisiones se procura realizar basada en datos para lo cul se implementan estrategias para mejorar la calidad del dato.				
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	89%	FORTALEZAS: Se evidenció informe y evaluación del plan de gestión gerencial periodo 2024 mediante acta de Junta Directiva No 003 del 2025 y Acuerdo de Junta Directiva No 005 en el que se evidencia resultado de 4,19 punto. Se evidenció informe gestión el Plan de acción Política de humanización articulada con la política de integridad correspondiente segundo semestre. La ESE contó con los espacios institucionales del comité de Gestión y desempeño, comité de Control interno con seguimiento polticas MIPG, se continuó con los líderes referentes de cada política. Se desarrollo 100% plan de auditoria Se continúa contando con el oficial de Cumplimiento PTEP, SARLAFT con los respectivos informes del Segundo semestre 2025 los cuales se verificaron en el marco de la Auditoria de Riesgos y PTEP. Se realizaron seguimientos trimestrales a los planes de acción, comités institucionales. Se generaron los informes normativos de Se realizó seguimiento a mapas de riesgos - Plan Anticorrupción, informe de austeridad del gasto, Seguimiento plan de participación ciudadana, PQRSF, indicador de satisfacción, y Plan de gestión integral de residuos, seguimiento a la políticas FURAG, Evaluación control interno contable, Informe derechos de autor de software, seguimiento a los planes de acción, evaluación por dependencias, seguimiento a los comités institucionales, informes en el marco del plan de auditorías internas, seguimiento planes, programas, auditoria externas. Se expidió la Resolución No 012 del 24 de enero del 2025 por medio de la cual se aprueban los planes de acción, planes institucionales y Estratégicos de la ESE con cobertura al 100% de procesos. DEBILIDADES: el no contar con un sistema de información para la gestión por procesos, controles y planes de mejora ya que genera seguimientos manuales y dispendiosos, durante la vigencia no se expidió circular ni resolución de designacion de líderes de procesos. RECOMENDACIONES: continuar con la gestión para la adquisición de software para la gestión por procesos y asignar un líder o referente de apoyo para el subproceso de gestión del riesgo.		89%	FORTALEZAS: Se evidenció informe y evaluación del plan de gestión gerencial periodo 2024 resultado emitido mediante acta de Junta Directiva No 003 del 2025 y Acuerdo de Junta Directiva No 005 en el que se evidencia resultado de 4,19 punto. Se evidenció informe gestión la el Plan de acción Política de humanización articulada con la política de integridad correspondiente al primer semestre. La ESE contó con los espacios institucionales del comité de Gestión y desempeño, comité de Control interno en los cuales se realizaron se desarrolló el ciclo PHVA para las políticas MIPG, se continuó con los líderes referentes de cada política. Se encuentra en desarrollo el Plan de auditoria para la vigencia 2025 con la suscripción y seguimiento de los planes de mejoramiento. Se continúa contando con el oficial de Cumplimiento PTEE, SARLAFT con los respectivos informes del primer semestre 2025 los cuales se verificaron en el marco de la Auditoria de Gestión estratégica del talento humano. Se realizaron seguimientos trimestrales a los planes de acción, comités institucionales. Se generaron los informes normativos de Se realizó seguimiento a mapas de riesgos - Plan Anticorrupción, informe de austeridad del gasto, PQRSF, indicador de satisfacción, y Plan de gestión integral de residuos, seguimiento a la políticas FURAG, Evaluación control interno contable, Informe derechos de autor de software, seguimiento a los planes de acción, evaluación por dependencias, seguimiento a los comités institucionales, informes en el marco del plan de auditorías internas, seguimiento planes, programas, auditoria externas. Se expidió la Resolución No 012 del 24 de enero del 2025 por medio de la cual se aprueban los planes de acción, planes institucionales y Estratégicos de la ESE con cobertura al 100% de procesos. DEBILIDADES: el no contar con un sistema de información para la gestión por procesos, controles y planes de mejora ya que genera seguimientos manuales y dispendiosos. RECOMENDACIONES: continuar con la gestión para la adquisición de software para la gestión por procesos y culminar las caracterizaciones, así como la gestión documental de cada uno para facilitar la migración de información y registros a un sistema de información.	0%
Evaluación de riesgos	Si	82%	FORTALEZAS: Se desarrolló en el marco de plan de auditoria 2025 auditoria del Modelo de seguridad y privacidad de la información y la política de gobierno la cual incluyó 9 componentes: aspectos generales de proceso, política de seguridad y privacidad de la información, política de gobierno digital, PETI, Software, inventario de equipos de cómputo, datos abiertos y pagina web, y manual de políticas y procedimientos Habeas data. Producto de esa se implementó planes de mejora como la actualización del manual y política de protección de datos, se está ejecutando contrato el cual determinará la capacidad de infraestructura tecnológica y permitirá migrar a IPV 6. La entidad realizó el autodiagnóstico de CONPES 4042, PTEE ley 2195 y circular CE 009 DEL 2016 por la cual modifica la circular externa 20211700000005-5 del 2021, y se generó el respectivo plan de mejora, realizo actualización documental del Manual PTEEP, Código de ética conducta buen gobierno, manual SARLAFT, Manual SICOF, Procedimiento integral debida diligencia y conocimiento contrata partes, procedimiento segmentación señales de alerta y reporte de operaciones. Se realizo la caracterización de procesos. DEBILIDADES: Actualizar la matriz de riesgos, formulación e implementación de controles así como la definiciones de alertas tempranas. RECOMENDACIONES: Realizar formación en gestión por procesos, dinamizar el subproceso de gestión del riesgo.		82%	FORTALEZAS: Se desarrolló en el marco de plan de auditoria 2025 la primera auditoria del Modelo de seguridad y privacidad de la información y la política de gobierno la cual incluyó 9 componentes: aspectos generales de proceso, política de seguridad y privacidad de la información, política de gobierno digital, PETI, Software, inventario de equipos de cómputo, datos abiertos y pagina web, y manual de políticas y procedimientos Habeas data. Producto de esa se implementó planes de mejora como la actualización del manual y política de protección de datos, se está ejecutando contrato el cual determinará la capacidad de infraestructura tecnológica y permitirá migrar a IPV 6. La entidad realizó el autodiagnóstico de CONPES 4042, PTEE ley 2195 y circular CE 009 DEL 2016 por la cual modifica la circular externa 20211700000005-5 del 2021, y se generó el respectivo plan de mejora. DEBILIDADES: Se evidencia la necesidad de finalizar la caracterización de procesos, complementar la de riesgo institucional y fortalecer la participación en el comité de administración de riesgos. RECOMENDACIONES Consolidar la información por procesos, capacitar a las líderes integrales en la gestión por procesos y concretar la gestión para la adquisición del Software.	0%

Nombre de la Entidad:		HOSPITAL DEL SARARE ESE				
Periodo Evaluado:		1 de Enero al 31 de Diciembre del 2025				
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad				
		80%				
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
Actividades de control	SI	90%	FORTALEZAS: El plan de auditoria anual se aprobó en el marco del Acta No 01 de comité de Control interno y se cuenta con un procedimiento documentado incluyen listas de verificación para cada una estableciendo puntuación de cumplimiento que permitirá comparativos y análisis con posteriores auditorias. Planes de mejora mediante mesas de trabajo con participación de Subgerencias, Asesores y líderes de gestión se realizó un análisis para la priorización. Se realizó autodiagnóstico de subsistemas de administración de riesgos, generando plan de mejora producto de estos la entidad realizó proyectó una adición presupuestal para el segundo semestre en la cual se adquirirá un Software para la gestión por procesos y riesgos lo que permitirá mayor orden y participación en las tres líneas de defensa. Informe de Se realizaron los seguimientos respectivos a mapas de riesgo de corrupción, operacionales, seguridad informática, seguimiento a la planeación institucional e indicadores. La entidad ha implementado la estrategia de líderes integrales agrupándolos en tres rutas; maternoperinatal, internación adulta, y atención inmediata generando planes de acción, participación en auditorias internas del SOGCS, liderando el desarrollo de planes de mejora de esta manera se ha fortalecido el ambiente de control, Sede de atención primaria durante el semestre se ha contado con un profesional de medicina líder quien realiza la gestión por procesos. La entidad realizó la actualización de la politica y manual de protección de datos. Se realizó autodiagnóstico de IPV6 el cual se reportó a Ministerio de Tecnologias y se encuentra en ejecución contrato para migración a IPV6 y para determinar capacidad instalada. DEBILIDADES: fortalecer sistemas de información para la gestión por procesos, controles automáticos que permite mayor dedicación al desarrollo de la mejora y minimizar los tiempos de notificaciones seguimientos. RECOMENDACIONES: Definir la signación de roles de líder o referentes de procesos o subproceso al inicio de la vigencia, para fortalecer las acciones en las diferentes líneas de defensa, y a los designados fortalecer conocimientos en la gestión por procesos, controles, planes de acción.	88%	FORTALEZAS: El plan de auditoria anual se aprobó en el marco del Acta No 01 de comité de Control interno y se realiza basado en riesgos, se cuenta con un procedimiento documentado incluyen listas de verificación para cada una estableciendo puntuación de cumplimiento que permitirá comparativos y análisis con posteriores auditorias. Se generar planes de mejora mediante mesas de trabajo con participación de Subgerencias, Asesores y líderes de gestión se realizó un análisis para la priorización. Se realizó autodiagnóstico de subsistemas de administración de riesgos, generando plan de mejora producto de estos la entidad realizó proyectó una adición presupuestal para el segundo semestre en la cual se adquirirá un Software para la gestión por procesos y riesgos lo que permitirá mayor orden y participación en las tres líneas de defensa. Informe de Se realizaron los seguimientos respectivos a mapas de riesgo de corrupción, operacionales, seguridad informática, seguimiento a la planeación institucional e indicadores. La entidad ha implementado la estrategia de líderes integrales agrupándolos en tres rutas; maternoperinatal, internación adulta, y atención inmediata generando planes de acción, participación en auditorias internas del SOGCS, liderando el desarrollo de planes de mejora de esta manera se ha fortalecido el ambiente de control, de igual forma en la Sede de atención primaria durante el semestre se ha contado con un profesional de medicina líder quien realiza la gestión por procesos. La entidad realizó la actualización de la politica y manual de protección de datos. Se realizó autodiagnóstico de IPV6 el cual se reportó a Ministerio de Tecnologias y se encuentra en ejecución contrato para migración a IPV6 y para determinar capacidad instalada DEBILIDADES: fortalecer sistemas de información para la gestión por procesos, controles automáticos que permite mayor dedicación al desarrollo de la mejora y minimizar los tiempos de notificaciones seguimientos. RECOMENDACIONES: Continuar con el proceso para la adquisición de una herramienta tecnológica que permita un monitoreo continuo y manejar de manera integral el tema de gestión y administración de riesgos y que sea integral para evitar adquisición de muchos software generando dispersión de la información.	2%
Información y comunicación	SI	59%	FORTALEZAS: Producto del plan de mejora suscrito con la primera auditoria del Modelo de seguridad y privacidad de la información y la política de gobierno digital la entidad realizó la actualización de la política y manual de protección de datos, generando actualizaciones en las minutas contractuales, uso de registros para la toma de imágenes, y la proyección de adquisición de plataforma tecnológica para el registro digital de la autorización de uso de datos. Desde el sistema de gestión documental en el marco del comité de gestión y desempeño la entidad actualizó la guía de elaboración documental definiendo parámetros para la creación de comunicaciones, actos administrativos, y documentos. Se continua en ejecución el plan Estratégico de Tecnologías de la Información. La entidad generó un desarrollo de herramienta para el registro en la central de archivo, y ha dado alcance a las historias clínicas donde se ha realizado una gestión ardua para cumplir con la norma archivística. Se realizo actualización del Procedimiento de gestión de comunicaciones oficiales recibidas SIS-03-P11. Se documentó la instructivo de elaboración de resoluciones SIS-03-N01, como proceso de mejora al control de los respectivos actos administrativos y se implementó. Se inicio implementación de paz y salvos para contratistas para asegurar la entrega de información. DEBILIDADES: aún no se cuenta con un sistema de manejo de información para PQRSFD aunque se cuenta con información documentada y se tienen herramientas locales para una adecuada gestión. RECOMENDACIONES: Complementar la caracterización de usuarios o grupos de valor, establecer en las prioridades de la entidad la modernización de la página web institucional y continuar fortalecimiento la formulación del plan de participación.	59%	FORTALEZAS: Producto del plan de mejora suscrito con la primera auditoria del Modelo de seguridad y privacidad de la información y la política de gobierno digital la entidad realizó la actualización de la política y manual de protección de datos, generando actualizaciones en las minutas contractuales, uso de registros para la toma de imágenes, y la proyección de adquisición de plataforma tecnológica para el registro digital de la autorización de uso de datos. Desde el sistema de gestión documental en el marco del comité de gestión y desempeño la entidad actualizó la guía de elaboración documental definiendo parámetros para la creación de comunicaciones, actos administrativos, y documentos. Se continua en ejecución el plan Estratégico de Tecnologías de la Información. La entidad generó un desarrollo de herramienta para el registro en la central de archivo, y ha dado alcance a las historias clínicas donde se ha realizado una gestión ardua para cumplir con la norma archivística. En una de las actividades PAMEC se ha incluido la actualización del plan de comunicaciones el cual se proyecta en el segundo semestre realizar su aprobación. DEBILIDADES: aún no se cuenta con un sistema de manejo de información para PQRSFD aunque se cuenta con información documentada y se tienen herramientas locales para una adecuada gestión. RECOMENDACIONES: Complementar la caracterización de usuarios o grupos de valor, establecer en las prioridades de la entidad la modernización de la página web institucional.	0%
Monitoreo	SI	82%	FORTALEZAS: El comité Institucional de Coordinación de Control interno aprobó el plan de auditoria anual el cual tiene un avance del 100% a corte del 31 de diciembre. Se realizó seguimiento a planes, programas, comités, y a través de mesas de trabajo se realizó monitoreo. Se ha realizado monitoreo y acompañamiento para la generación de respuestas a requerimientos de entes de Control como Contraloría, Procuraduría, Supersalud, Minsalud. Se ha implementado el procedimiento de auditoria interna en las auditorias de SOGCS unificando la metodología del auditor. DEBILIDADES: aún se evidencian actividades de auditoria médica y concurrencia sin aspectos documentales, ni definiciones de roles con el fin de garantizar la gestión de la información y la trazabilidad, sin articulación del plan de auditoria institucional. Se genera dificultad para el seguimiento a los planes de mejora y riesgos por la no sistematización de informacion solo se cuenta con herramientas excel. RECOMENDACIONES: Se reitera la recomendación documentar el Manual y procedimiento de auditoria concurrente y en el plan de capacitación institucional incluir espacios de formación para habilidades auditoria interna así como formación en conceptos de habilitación del SOGCS para mayor dominio al atender las auditorias externas de verificación de condiciones de habilitación.	82%	FORTALEZAS: El comité Institucional de Coordinación de Control interno aprobó el plan de auditoria anual el cual tiene un avance del 52% a corte del 30 de Junio. Se realizó seguimiento a planes, programas, comités, y a través de mesas de trabajo se realizó monitoreo. Se ha realizado monitoreo y acompañamiento para la generación de respuestas a requerimientos de entes de Control como Contraloría, Procuraduría, Supersalud, Minsalud. Se ha implementado el procedimiento de auditoria interna en las auditorias de SOGCS unificando la metodología del auditor. DEBILIDADES: se evidencian actividades de auditoria medica y concurrencia sin aspectos documentales, ni definiciones de roles con el fin de garantizar la gestión de la información y la trazabilidad. RECOMENDACIONES: Se reitera la recomendación de generar estrategia para implementación de actividades de auditoria interna concurrente, y documentar el Manual y procedimiento de auditoria interna. Generar espacios de formación para auditores internos, la segunda línea de defensa realizar seguimiento a los planes de mejora en torno a auditorias externas e internas	0%


YENNY CAROLINA SUAREZ
Asesor Control Interno