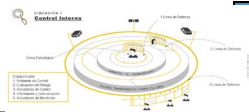


Nombre de la Entidad:		HOSPITAL DEL SARARE ESE				
Periodo Evaluado:		1 de Enero al 30 de Junio del 2026				
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad		80%		
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):		Si	Los componentes del MECI se encuentran integrados en los sistemas de gestión de la Entidad tales como Calidad, Ambiental, Gestión documental y seguridad y salud en el trabajo, lass politicas 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 (Lineas 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 Administración 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: Explicación 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 2025 mediante acta de Junta Directiva No 006 del 2026 y Acuerdo de Junta Directiva No 010 en el que se evidencia resultado de 4.21 punto. La ESE contó con los espacios institucionales del comité de Gestión y desempeño, comité de Control interno con seguimiento politicas MIPG, se continuó con los líderes referentes de cada politica. Se avanza en el plan de auditoria interna. Se continúa contando con el oficial de Cumplimiento PTEP, SARLAFT. 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 politicas 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 026 del 2026 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 que genera seguimientos manuales y dispendiosos, se requiere fortalecer la definición de actividades para la gestión de cada subproceso. RECOMENDACIONES: continuar con la gestión para la adquisición de software para la gestión por procesos y fortalecer el rol y funcion de la primera y segunda linea de defensa en lo relacionado a la gestión integral del riesgo.	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 politicas MIPG, se continuó con los líderes referentes de cada politica. 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 politicas 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 resolucion de designation 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.	0%
Evaluación de riesgos	Si	82%	FORTALEZAS: Mediante comité institucional de control interno No 0 1 del 2026 se realizó revisión y aprobación de la política de gestión integral de riesgo, siendo expedido el acto administrativo Resolución No 037 de 2026. Se dio Aprobación versión transición en el marco de la aprobación de los planes institucionales en enero 2026 mediante resolución No 026 del 2026, se evidenciaron nuevas versiones producto de mesas de trabajo institucionales, publicando nueva versión en abril 2026. Mediante comité de Gestión y desempeño acta No 02 del 26/05/2026 la entidad realizó revisión y ajustes al PTEP, avanzó en aspecto documental de riesgos y Mediante comité de Gestión y desempeño acta No 02 del 18/06/2026 se realizó seguimiento al avance en formulación ejecución del PTEP. La entidad avanza en la organización documental unificando codigos al subproceso de gestión y administración del riesgo. Se estructuraron los documentos actualizados o creados de acuerdo a los ejes del componente programatico del PTEP: Eje 1. Gestión del Riesgo, Eje 1.2 Canales de Denuncia, Eje 1.3 Debidá Diligencia, Eje 2: Redes de articulación, Eje 3.1 Rendición de cuentas, Eje 3.2 Integridad. La entidad avanza en la consolidación de la matriz integral de riesgos así como en la formulación de controles. DEBILIDADES: la entidad a través del subproceso de gestión y administración del riesgo realizó una identificación de los riesgos por cada subprocesos, subsistema de riesgos, sistema de gestión identificado 106 riesgos relevantes, a los cuales se avanza en la formulación de controles y seguimiento, pero se evidencia debilidad en los líderes de subprocesos y procesos no documentan dichos controles, no se documenta casos de materialización de riesgos, evidencian en algunos casos resistencia a documentar o nuevos aprendizajes. RECOMENDACIONES: implementar estrategias de capacitar, orientar acompañar a los lideres para que puedan identificar la importancia de la Gestión integral de riesgos, y continuar con la implementación de la matriz integral de riesgos.	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 politicas 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 2021170000005-5 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.	0%

Nombre de la Entidad: HOSPITAL DEL SARARE ESE Periodo Evaluado: 1 de Enero al 30 de Junio del 2026				
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: se realizó la auditoria interna de Seguridad en la atención por primera vez se midió el estado de cumplimiento de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente con alcance de gran numero de servicios de la sede A,B,C, mediante mesas de trabajo con lider de seguridad del paciente, lider IAAS, Referente PROA y lider de gestión de la calidad se formuló un plan de mejoramiento optimizando recursos, con el fin de minimizar riesgos en la atención. Mediante auditoria interna de gestión estrategica de talento humano se establecieron acciones de mejora para verificación de novedades de nomina, mejora para al ejecución de los planes institucionales, control en los expedientes laborales. En articulación con almacén, farmacia, contabilidad se generaron jornadas de inventarios de insumos medicamentos, jornadas en los puntos de almacenamientos de los servicios y sedes, revisión de fechas de vencimiento, control para evitar daño y condiciones no adecuadas de almacenamiento, a través de los informes de seguimiento se verificó la ejecución de PGIRASA, Plan de mantenimiento hospitalario fortalecimiento controles para cuidado de los activos y se generaron espacios con la alta dirección para formulación de planes de mejoramiento. DEBILIDADES: controles que se ejecutan de manera informal no cuenta con suficientes soportes, la debilidad en el analisis de datos, se miden indicadores, reportes pero no se dedica el tiempo suficiente para su analisis, e identificación de mejoras y en el proceso misional persiste la situación de no definición clara de roles funciones de líderes. RECOMENDACIONES: realizar seguimiento periodico a los planes de mejoramiento definidos en las auditorias internas, e incluso las externas para asegurar su cumplimiento. Continuar con las actividades de cuidado de bienes, activos, inventarios, uso adecuado de insumos y articular estas acciones en los comités institucionales para allí realizar gestión y seguimiento, y reevaluar la designación de lideres de subprocesos u otro esquema metodologico que permite avanzar en el ciclo PHVA. 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 auditorías 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 política y manual de protección de datos. Se realizó autodiagnóstico de IPV6 el cual se reportó a Ministerio de Tecnologías 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.	0%
Información y comunicación	SI	59%	FORTALEZA: La entidad cuenta con equipo de trabajo para el subprocesos de gestión corporativa, se evidencia uso de redes sociales, elementos audiovisuales, uso de IA para presentaciones didacticas y llamativas. Durante el primer semestre se inició la implementación del software creado por la entidad para la gestión de correspondencia así como para el uso de correo electrónico institucional, esta cuenta con mecanismo de seguridad y almacenamiento de la información, y se evidencian constante espacios de capacitación para su correcto uso. Se implementó el uso de micrositio para almacenar en la intranet las Resoluciones y circulares generadas lo que permite orden y acceso a la información. Se evidencia implementación de la guía de elaboración documental, micrositio en la intranet para acceder a las plantillas institucionales, formatos evitando duplicidad de versiones. DEBILIDAD: La entidad no publica noticias novedades en la pagina web institucional, no se ha realizado la completa identificación de partes interesadas y sus necesidades de información así como la completa identificación d ellos grupos de valor, oficial de cumplimiento de sistema de información evidencia no claridad en el alcance de su rol en el liderazgo de la entidad para estrategias actividades para seguridad de la información, identificación de riesgos, controles pero se evidencia una de las razones de esta debilidad es a la cantidad de actividades asignadas para reportes de informes, administración manejo de software de historia clínica, de otro lado la transferencia de conocimientos no se desarrolla de manera permanente, al no documentar el desarrollo de actividades cuando finaliza su ejecución no se cuenta con evidencias y esto afecta significativamente transferir el conocimiento: RECOMENDACIÓN: garantizar la continuidad de la información implementando la entrega empalme transferencia de conocimiento, fortalecer uso de la pagina web institucional publicar allí todo lo relacionado en la prestación de servicios, novedades, jornadas, mejoras implementadas, cambios. Y determinar roles funciones en el subproceso de gestión de tecnologías e información para no descuidar aspectos de para seguridad de la información, identificación de riesgos, controles así como lo documental. 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 realizó 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.	0%
Monitoreo	SI	82%	FORTALEZAS: El comité Institucional de Coordinación de Control interno aprobó el plan de auditoria anual el cual se esta ejecutando. 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 realiza seguimiento a planes de mejoramiento en el marco de auditorias externas e internas, se realiza mesas de trabajo con la alta dirección para verificar resultados monitoreos alcanzo de metas, se realiza seguimiento a todos los planes de acción, comités institucionales, y se generar informes normativos. DEBILIDADES: aún se evidencian actividades de auditoria médica y concurrencia sin aspectos documentales, se genera dificultad en el seguimiento de subprocesos en los cuales no tiene asignado claramente un lider o referente. RECOMENDACIONES: Se recomienda que los líderes de proceso, como primera línea de defensa, documenten el seguimiento a la ejecución y efectividad de sus controles, identifiquen oportunamente las desviaciones y adopten las acciones correctivas correspondientes. De igual manera, las áreas que ejercen funciones de segunda línea deberán consolidar la información, brindar acompañamiento metodológico y generar alertas a la alta dirección frente a incumplimientos, riesgos materializados o controles que no estén funcionando adecuadamente. 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 lo no sistematización de información solo se cuenta con herramientas excel. RECOMENDACIONES: Se reitera la recomendación documentar el Manual y procedimiento de auditoria concorrente 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.	0%

YENNY CAROLINA SUAREZ

Asesor Control Interno