



E.S.E
Hospital
San Vicente de Paúl
Caldas - Antioquia

Radicado CI-122-202600571



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Evaluación Independiente al sistema de Control Interno Semestre I 2026

Elaborado por
Martha Irene Acevedo Agudelo
Oficina de Auditoría Interna

Vigencia 2026



Sede Barrios Unidos: Carrera 49 N° 138 Sur 32 (Caldas Antioquia) - Tel: (604) 278 88 66
Sede Principal: Carrera 48 N° 135 Sur 41 (Caldas Antioquia) - Tel: (604) 444 80 61

www.esehospicaldas.gov.co



SC4887-1

Contenido

1. Introducción	3
2. Evaluación Independiente del sistema de control interno en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Caldas	4
2.1 Objetivo de la evaluación	4
2.2 Alcance de la evaluación	4
2.3 Criterios de la evaluación	4
2.4 Instrumentos aplicados	4
3. Resultados de la evaluación	5
4. Informe semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control de Control Interno.	7
5. Ambiente de Control	7
6. Evaluación de Riesgos	7
7. Actividades de Control	8
8. Información y comunicación	8
9. Monitoreo	9
10. Acciones de mejora que se deben emprender para dar cumplimiento a la totalidad de los Lineamientos definidos en MIPG y componentes del MECI	10



1. Introducción

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul presenta el **Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno**, correspondiente al primer semestre de la vigencia 2026, en cumplimiento de las funciones asignadas por la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019.

El artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, que modificó el artículo 14 de la Ley 87 de 1993, establece que el jefe 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 conformidad con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Así mismo, la **Circular Externa No. 100-006 del 19 de diciembre de 2019**, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, define los lineamientos generales para la elaboración, contenido, fechas de corte y publicación del Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, así como el formato oficial que debe ser utilizado por las entidades públicas para su presentación.

En este contexto, el presente informe tiene como propósito evaluar el estado del Sistema de Control Interno de la Entidad, de acuerdo con la metodología y el instrumento definidos por el DAFP, mediante la valoración de los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), con el fin de identificar fortalezas, oportunidades de mejora y aspectos que requieran fortalecimiento para contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales y al mejoramiento continuo de la gestión.

La evaluación se fundamentó en el análisis de la información y las evidencias disponibles con corte al 30 de junio de 2026, así como en los resultados de los seguimientos y evaluaciones efectuados por la Oficina de Control Interno durante el período objeto de análisis, conforme a los criterios establecidos por el DAFP para la evaluación independiente del Sistema de Control Interno.



Sede Barrios Unidos: Carrera 49 N° 138 Sur 32 (Caldas Antioquia) - Tel: (604) 278 88 66
Sede Principal: Carrera 48 N° 135 Sur 41 (Caldas Antioquia) - Tel: (604) 444 80 61

www.esehospitaldas.gov.co



SC4887-1



2. Evaluación Independiente del sistema de control interno en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Caldas

2.1 Objetivo de la evaluación: Presentar el estado del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Caldas correspondiente al período evaluado, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 87 de 1993 y de los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante la Circular Externa No. 100-006 de 2019. El informe tiene como propósito dar a conocer el resultado de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno, con el fin de identificar su estado de implementación y funcionamiento, así como aportar elementos para el fortalecimiento de la gestión institucional y el mejoramiento continuo.

2.2 Alcance de la evaluación: Primer semestre 2026

2.3 Criterios de la evaluación

- Artículo 14 de la Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012 y compilado en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública”.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, según artículo 2.2.23.2 del Decreto 1083 de 2015.
- Circular Externa N° 100-006 de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública que enuncia los lineamientos generales para el informe semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno – Decreto 2106 de 2019.

2.4 Instrumentos aplicados

El instrumento para la evaluación corresponde al Formato diseñado por Función Pública en la vigencia 2020.





3. Resultados de la evaluación

La evaluación se desarrolló mediante la aplicación de la herramienta diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, la cual consistió en responder y sustentar un formato con 81 preguntas sobre requerimientos específicos que evaluaron los cinco (5) componentes del Modelo Estándar de Control Interno, distribuidos de la siguiente forma:

Componente MECI	Número de lineamientos	Total, Preguntas por componente
Ambiente de Control	5	24
Evaluación del Riesgo	4	17
Actividades de control	3	12
Información y comunicación	3	14
Actividades de monitoreo	2	14
Total	17	81

Para la valoración cuantitativa la herramienta asigna un puntaje de acuerdo con unos parámetros de calificación en los cuales se evalúa lo siguiente:

Evaluación "si se encuentra Presente"	Evaluación "si se encuentra Funcionando"
1. No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento. 2. Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas. 3. Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	1. El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado). 2. El control opera como está diseñado pero con algunas falencias. 3. El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.





3.1 Resultados obtenidos en la evaluación por cada componente:

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	88%	Fortalezas: El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno constituido y operando. Política de Administración de riesgos aprobada por junta directiva con niveles de aceptación del riesgo y líneas de defensa. Seguimientos trimestrales al Plan Operativo Anual POA. La ESE cuenta con una estructura Organizacional, Funciones generales de las dependencias y el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales. Seguimiento bimestral junta directiva al comportamiento de los estados financieros. Mapa de riesgos de corrupción actualizado para la vigencia 2024. Debilidades: Ausencia de definición de los mecanismos e indicadores para la medición de la eficiencia y efectividad de las acciones previstas en el Plan Estratégico de Talento Humano, y los demás planes. No existe una cultura del reporte de la materialización de los riesgos al área de planeación. Consecución de recursos para intervenir el proceso de gestión documental.	88%	Fortalezas: El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra operando y los resultados de los seguimientos y evaluaciones son presentados para tomar los respectivos correctivos. El Comité de Gestión y Desempeño opera tal como lo establece la resolución y desde allí se complementa con los análisis y revisiones de los temas que le compete. Se lidera la verificación de los mapas de riesgos con el apoyo de la oficina asesora de planeación, con el fin de definir aspectos claves en estos como son controles, responsables, evidencias, entre otros. La Entidad definió un Plan de Desarrollo con su POA, a los cuales se les realiza seguimientos trimestrales con el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación. Desde la alta dirección se realiza seguimiento mensual al comportamiento de los estados financieros. La Entidad actualizó el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2025. Se cuenta con el oficial de cumplimiento, aunque sigue pendiente nombrar el suplente para SARLAF, SICOF y PTEE. La administración contrató la elaboración de un diagnóstico que permita identificar claramente la problemática e iniciar un plan a futuro con el que se pueda intervenir en forma paulatina y acorde con los recursos que se cuente, el proceso de gestión documental ajustado con las normas expedidas por el Archivo General de la Nación.	-1%
Evaluación de riesgos	Si	81%	Fortalezas: La política de Administración de Riesgos se presentó en el Comité de Coordinación de Control Interno para su revisión y fue aprobada por junta directiva. La Política de gestión de riesgos fue desplegada al personal. Identificación de roles y responsabilidades, lo que permite segregación de funciones. La Oficina de Planeación, como 2a línea de defensa, consolida información clave frente a la gestión del riesgo y se encarga de liderar la actualización de los mapas de riesgos y sus controles. La ESE viene cumpliendo con lo definido por la Superintendencia Nacional de Salud en cuanto a las directrices, criterios y parámetros mínimos definidos en la Circular Externa (CE) 03 de 2016 y CE 2022700000005-5 para el diseño, implementación y funcionamiento del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAF) para prevenir que el riesgo de LAFT/FPADM se materialicen. La ESE viene cumpliendo con lo definido por la Superintendencia Nacional de Salud en cuanto a las directrices, criterios y parámetros mínimos definidos en la CE 2022700000005-5 sobre el Subistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICOF. Debilidades: No se encuentran institucionalizados los análisis de entorno interno o externo, que permitan identificar eventuales factores de riesgo. No se evidencian los riesgos identificados en la ejecución de servicios tercerizados.	90%	Fortalezas: Se presentó al comité institucional de coordinación de control interno, un informe de seguimiento a riesgos por parte de la oficina asesora de planeación. Se evidencia por parte de la Gerencia un alto compromiso por la implementación y evaluación de riesgos. La política de Administración de Riesgos se presentó en el Comité de Coordinación de Control Interno para su revisión y fue aprobada por junta directiva. La Política de gestión de riesgos fue desplegada al personal. En la Entidad se construye de manera anual el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, el cual además se publica en la página web de la Institución en el link de transparencia. En el 2023 se actualizó el mapa de riesgos de corrupción y se definieron estos por procesos. Identificación de roles y responsabilidades, lo que permite segregación de funciones. Se actualizó y desplegó a los líderes de procesos la Política de gestión de Riesgos, acorde con la nueva Guía de la Función Pública. Desde la actualización de la estructura administrativa y actualización de mapa de procesos, la Entidad busca una adecuada segregación de actividades en el personal encargado de realizarlas, dentro de los diferentes procesos, con el fin de evitar que una sola persona realice varias actividades que impliquen manejo de recursos. -La Oficina de Planeación, como 2a línea de defensa, consolida información clave frente a la gestión del riesgo y se encarga de liderar la actualización de los mapas de riesgos y sus controles. Debilidades:	-5%

Actividades de control	Si	83%	Fortalezas: -Segregación de funciones, establecidas en el manual de funciones y competencias laborales. -Manual de funciones y competencias laborales actualizado y aprobado por Junta Directiva en mayo de 2021. -Se avanza con la seguridad informática en la institución se han realizado acciones que permiten tener un buen desempeño. -Se evalúa trimestralmente en el seguimiento al plan operativo anual POA, la actualización de los procedimientos priorizados y definidos. -Se llevan los informes de auditorías y seguimientos al comité institucional de coordinación de control interno. -Se cuenta con el comité de gestión y desempeño y se cumplen con las agendas definidas en la resolución que lo reglamenta. Debilidades: -Pendiente por culminar la actualización de los procedimientos, dado que en este se definen los controles y responsables de estos, la periodicidad de las reuniones de los comités a destemoreado y no se cumplen los horarios.	88%	Fortalezas: -Se avanza en la actualización de procedimientos, manuales e instructivos, lo que permite definir los controles de forma adecuada y acorde con el sistema de información y cambios normativos. -Adecuada segregación de funciones, establecidas en el manual de funciones y competencias laborales. -La Entidad avanza en la definición y actualización de Procesos, Procedimientos, instructivos, manuales y controles. -Manual de funciones y competencias laborales actualizado y aprobado por Junta Directiva en mayo de 2021. -Se avanza con la seguridad informática en la institución. -Se evalúa trimestralmente en el seguimiento al plan operativo anual POA, la actualización de los procedimientos priorizados y definidos. -Se llevan los informes de auditorías y seguimientos al comité institucional de coordinación de control interno. -Cumplimiento de los lineamientos de la Superintendencia en materia de SARLAF, SICOF y PTEE.	-5%
Información y comunicación	Si	86%	Fortalezas: -Diagnóstico sobre el estado de gestión documental en la ESE. -Se realizan reuniones del equipo directivo donde se analiza la información. -La Entidad dispone de diferentes mecanismos de información y comunicación mediante escritos, carteleras, portal web, intranet, redes sociales, campañas internas, sistema de sonido interno, entre otros. -Se tiene PINAR, pero el tema de gestión documental es uno de los puntos en Ambiente de Control que se debe mejorar. Debilidades: Pendiente por ejecutar el PINAR en lo programado, debido a la dificultad en la consecución de los recursos financieros y debido a la crisis por la que	88%	Fortalezas: -Actualización del software Dinámica. -Mejora en los flujos de información. -Rendición de cuentas a todos los grupos de interés. -Diagnóstico sobre el estado de gestión documental en la ESE. -Se realizan reuniones del equipo directivo donde se analiza la información. -La Entidad dispone de diferentes mecanismos de información y comunicación mediante escritos, carteleras, portal web, intranet, redes sociales, campañas internas, sistema de sonido interno, entre otros. -Se tiene PINAR, pero el tema de gestión documental es uno de los puntos en Ambiente de Control que se debe mejorar.	0%
Monitoreo	Si	86%	Fortalezas: -Año comprometido por parte de la Gerencia, sobre el establecimiento e implementación del control interno en la Entidad. -La ESE cuenta con dos planes de evaluaciones de auditorías internas, uno que corresponde a las auditorías de ley, otro por proceso o riesgo. -En el comité institucional de coordinación de control interno, se presentan los seguimientos y evaluaciones realizadas por la tercera línea de defensa. -Los comités operan y se integran para el análisis y seguimiento de la gestión. -La Entidad cumple con los informes de auditoría de ley y la rendición de cuentas ante los entes de control y regulación. -En el mes de septiembre de 2023 la gerencia autorizó un apoyo de un profesional universitario para la oficina de auditoría interna. Debilidades: Las oficinas de control interno requieren un mayor número de profesionales que permitan suministrar al mínimo de auditorías internas, pues el volumen de	86%	Fortalezas: -Año comprometido por parte de la Gerencia, sobre el establecimiento e implementación del control interno en la Entidad. -En el comité institucional de coordinación de control interno, se presentan los seguimientos y evaluaciones realizadas por la tercera línea de defensa. -Los comités operan y se integran para el análisis y seguimiento de la gestión. -Se creó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en el mes de junio de 2021, el cual se separó del comité de gerencia de base. -La Entidad cumple con los informes de auditoría de ley y la rendición de cuentas ante los entes de control y regulación. Debilidades: La Oficina de Auditoría Interna sólo cuenta con el jefe lo cual afecta el proceso de evaluación dado que sólo alcanza a cubrir los seguimientos de ley, asesorías y acompañamiento, quedando muy poco tiempo para las auditorías de procesos y	0%

Matriz de evaluación expedida por el Departamento de la Función Pública Diligenciada.

3.2 Estado del Sistema de Control Interno



Sede Barrios Unidos: Carrera 49 N° 138 Sur 32 (Caldas Antioquia) - Tel: (604) 278 88 66
Sede Principal: Carrera 48 N° 135 Sur 41 (Caldas Antioquia) - Tel: (604) 444 80 61

www.esehospitalscaldas.gov.co



SC4887-1



4. Informe semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control de Control Interno.

5. Ambiente de Control

Evaluación: 88%

En la evaluación del componente **Ambiente de Control** se evidenció la existencia de elementos orientados al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, tales como la operación de las instancias de coordinación institucional, la definición de responsabilidades y la implementación de instrumentos para la gestión de los procesos. Asimismo, se observó el desarrollo de actividades de seguimiento y coordinación entre las dependencias responsables de la gestión institucional y el control interno, orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales.

No obstante, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con el fortalecimiento del compromiso de todos los niveles de la organización con la cultura de control, la implementación oportuna de las acciones de mejora derivadas de las evaluaciones independientes y el fortalecimiento del apoyo institucional a la función de auditoría interna, con el fin de favorecer la efectividad del Sistema de Control Interno y la consolidación de las líneas de defensa. En términos generales, el componente presenta elementos que contribuyen al funcionamiento del Sistema de Control Interno; sin embargo, requiere continuar fortaleciendo el ambiente de control mediante acciones que promuevan el liderazgo, la responsabilidad frente al control, la gestión de riesgos y el mejoramiento continuo.

6. Evaluación de Riesgos

Evaluación: 81%

En la evaluación del componente **Evaluación de Riesgos** se evidenció la implementación de mecanismos orientados a la identificación, análisis, valoración y seguimiento de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Durante el período evaluado se realizaron actividades relacionadas con la actualización y seguimiento de los mapas de riesgos institucionales y de corrupción, en concordancia con los lineamientos definidos por la entidad para la gestión del riesgo con el acompañamiento de la oficina de planeación de la institución.

Asimismo, se observó que el seguimiento a los riesgos constituye un insumo para la toma de decisiones y la definición de acciones de mejora. No obstante, se identifican





oportunidades para fortalecer el monitoreo permanente de los controles, la evaluación de su efectividad y el seguimiento a las acciones implementadas para el tratamiento de los riesgos, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno, falta compromiso de las áreas y mayor sensibilización sobre la gestión de riesgos.

En términos generales, el componente presenta elementos que favorecen la gestión del riesgo; sin embargo, es importante continuar fortaleciendo la articulación entre las líneas de defensa y el seguimiento sistemático a los riesgos y controles para asegurar su efectividad y contribuir al logro de los objetivos institucionales.

7. Actividades de Control

Evaluación: 83%

En la evaluación del componente **Actividades de Control** se evidenció la implementación de mecanismos orientados a contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales mediante la definición y aplicación de controles en los procesos de la entidad. Se observó la actualización de procedimientos, así como la incorporación de puntos de control y la asignación de responsables para su ejecución, fortaleciendo la estandarización de las actividades y la gestión por procesos.

De igual manera, se evidenció la elaboración y actualización de documentos, formatos, manuales e instructivos que apoyan la operación institucional y contribuyen a la adecuada ejecución de las actividades. No obstante, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con el seguimiento a la efectividad de los controles implementados, la actualización permanente de la documentación institucional y el fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo que permitan verificar la aplicación consistente de los controles definidos.

En términos generales, el componente presenta elementos que contribuyen al funcionamiento del Sistema de Control Interno; sin embargo, es necesario continuar fortaleciendo la evaluación periódica de los controles y la implementación de acciones de mejora que permitan incrementar su efectividad y contribuir al logro de los objetivos institucionales.

8. Información y comunicación

Evaluación: 86%

En la evaluación del componente **Información y Comunicación** se evidenció la implementación de mecanismos orientados a la gestión, administración y divulgación de la información institucional, con el propósito de apoyar la toma de decisiones, el cumplimiento de los objetivos institucionales y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.





Durante el período evaluado se observó la ejecución de actividades encaminadas a fortalecer la gestión de la información, la actualización de la documentación institucional y el funcionamiento de los canales de comunicación interna y externa. Asimismo, se evidenciaron acciones relacionadas con la seguridad de la información y el seguimiento a aspectos asociados con la disponibilidad, integridad y confidencialidad de los activos de información.

No obstante, se identifican oportunidades de mejora para continuar fortaleciendo la calidad, oportunidad y disponibilidad de la información institucional, así como el seguimiento a la efectividad de los mecanismos de comunicación y la implementación de acciones que contribuyan al mejoramiento continuo de este componente.

En términos generales, el componente presenta elementos que favorecen la gestión de la información y la comunicación institucional; sin embargo, es importante mantener el fortalecimiento de los controles asociados a la gestión documental, la seguridad de la información y los canales de comunicación, con el fin de garantizar información confiable, oportuna y útil para la gestión institucional y la toma de decisiones.

9. Monitoreo

Evaluación: 86%

En la evaluación del componente **Monitoreo** se evidenció la implementación de actividades de seguimiento y evaluación orientadas a verificar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y a identificar oportunidades de mejora en los procesos institucionales.

Durante el período evaluado, la Oficina de Control Interno ejecutó las actividades de evaluación independiente y seguimiento previstas en el Plan Anual de Auditoría, el cual comprende la realización de auditorías internas basadas en riesgos, los informes de ley y los demás seguimientos establecidos por la normatividad vigente.

No obstante, el cumplimiento integral del Plan Anual de Auditoría se ha visto afectado por la capacidad operativa de la Oficina de Control Interno, debido a que su ejecución recae en un solo servidor. Esta situación limita la cobertura y oportunidad de las actividades de aseguramiento y evaluación independiente, considerando el volumen de informes de obligatorio cumplimiento, auditorías y seguimientos que deben desarrollarse durante la vigencia, lo que constituye un factor que incide en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y en la implementación del enfoque basado en riesgos.

No obstante, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con el fortalecimiento del seguimiento oportuno a la implementación y efectividad de las acciones de mejora, el cierre de los hallazgos derivados de auditorías y seguimientos, y el monitoreo continuo de los controles implementados por los responsables de los procesos.





En términos generales, el componente de Monitoreo presenta mecanismos que contribuyen a la evaluación continua del Sistema de Control Interno; sin embargo, es necesario continuar fortaleciendo el seguimiento a las acciones de mejora y la articulación entre las líneas de defensa, con el propósito de incrementar la efectividad de los controles y promover el mejoramiento continuo de la gestión institucional.

10. Acciones de mejora que se deben emprender para dar cumplimiento a la totalidad de los Lineamientos definidos en MIPG y componentes del MECI

- Aplicación del Código de Integridad, que incluya análisis de desviaciones, convivencia laboral, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad u otros temas relacionados. Incluir el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.
- Definición de políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1ª. Línea de defensa).
- Evaluar el impacto del plan institucional de capacitación.
- Definir políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo.
- Evaluar de forma permanente los procesos y servicios tercerizados, de acuerdo con su nivel de riesgos.
- Fortalecer el compromiso permanente de la alta dirección y de los líderes de proceso con la implementación y sostenibilidad del Sistema de Control Interno.
- Mantener actualizados los mapas de riesgos institucionales y de corrupción, garantizando el seguimiento periódico a los controles establecidos y la evaluación de su efectividad.





- Continuar con la revisión y actualización de procedimientos, manuales, instructivos y demás documentos del Sistema Integrado de Gestión, incorporando los controles y responsables cuando se requiera.
- Fortalecer los mecanismos de seguimiento a los planes de mejoramiento institucionales, por procesos e individuales, verificando el cumplimiento oportuno de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Consolidar la articulación entre la primera, segunda y tercera línea de defensa, promoviendo el intercambio de información y el seguimiento coordinado a la gestión de riesgos y controles.
- Fortalecer las estrategias de capacitación y sensibilización dirigidas a los servidores públicos en temas relacionados con el **Sistema de Control Interno, gestión del riesgo, ética pública**, transparencia, seguridad de la información y autocontrol.
- Continuar fortaleciendo los mecanismos para garantizar la calidad, integridad, disponibilidad y oportunidad de la información institucional, así como el funcionamiento de los canales de comunicación interna y externa. La información solicitada por la oficina de control interno es entregada en muchas oportunidades de forma inoportuna y sin la calidad correspondiente por parte de algunas dependencias.
- Realizar seguimiento periódico a la implementación de las recomendaciones formuladas por la Oficina de Control Interno y por los organismos de control, verificando su cumplimiento y efectividad.
- Desde la alta dirección (líderes de procesos) revisar y evaluar las fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.
- Se recomienda la importancia de mantener el funcionamiento regular de los comités institucionales como instancias de análisis, coordinación, seguimiento y toma de decisiones, de manera que continúen contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, al





- monitoreo de la gestión institucional y al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad.
- Se recomienda fortalecer los procesos de planeación, ejecución y supervisión de la contratación, mediante la aplicación rigurosa de los controles establecidos en cada una de las etapas del proceso contractual, con el fin de propender por el cumplimiento de las obligaciones y condiciones pactadas, garantizar la adecuada gestión de los recursos públicos y mitigar los riesgos asociados a la actividad contractual. Dar cumplimiento a el estatuto contractual y manuales de la entidad.

Cordialmente,

MARTHA IRENE ACEVEDO AGUDELO

Jefe de Auditoría Interna

ESE Hospital San Vicente de Paul Calda

