

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA
RADICADO No. I2026-00031
CORRESPONDENCIA INTERNA
FECHA: 2026-01-26 10:43:06
RADICÓ: DEISY ALEJANDRA ROJO
GRANADA



Medellín, 26 de enero de 2025

Doctor
CARLOS MAURICIO MARTÍNEZ FLÓREZ
Gerente
E.S.E. Hospital La María
Medellín.

Asunto: Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, Segundo Semestre de 2025.

Dando cumplimiento al artículo 14 de la ley 87 de 1993, al artículo 9 de la ley 1474 de 2011 y al artículo 156 del Decreto 2016 de 2019, por medio del cual se dictan las normas para simplificar y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública, donde se señala que el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada 6 meses en el sitio web de la Entidad, el informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, remito el informe referenciado correspondiente a la evaluación del segundo semestre de 2025.

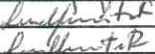
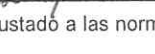
Es importante tener en cuenta, que es necesario que se continúe con el fortalecimiento de las acciones que obtuvieron calificación 3 y que se establezca un plan de acción para los aspectos que presentaron resultado 2 en la presente evaluación, en aras del mejoramiento del Sistema de Control Interno en la entidad y del logro de los objetivos institucionales.

Atentamente,


Lina Marcela Toro Ruiz
Jefe Oficina de Control Interno

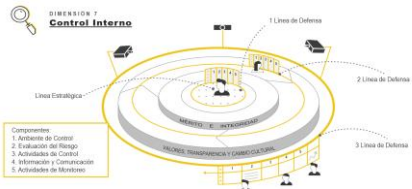
Anexo lo enunciado.

Con copia. **Doctora Laura María Castaño Vergara**, Líder Oficina de Comunicaciones

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Kelly Johana Flórez Uribe Auditora de Control Interno		26-01-2026
REVISÓ	Lina Marcela Toro Ruiz – Jefe Oficina de Control Interno		26-01-2026
APROBÓ	Lina Marcela Toro Ruiz – Jefe Oficina de Control Interno		26-01-2026

Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.

Nombre de la Entidad:	E. S. E. HOSPITAL LA MARÍA
Periodo Evaluado:	SEGUNDO SEMESTRE DE 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 componentes del Sistema de Control Interno se encuentran articulados en la entidad, conforme lo establece la dimensión 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. El direccionamiento estratégico establece políticas en la Entidad de acuerdo con las necesidades y expectativas de la comunidad, las partes interesadas y sus funcionarios. De igual forma, la Entidad está en procura del mejoramiento continuo para el logro de los objetivos y planes institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El sistema de Control Interno es efectivo, teniendo en cuenta que se evalúa permanentemente la gestión de la Entidad, para determinar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de esta manera igualmente detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo de la entidad. Igualmente, participa en los diferentes componentes del Sistema de Control Interno utilizando para ello los roles asignados por la Ley.
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 actividades de control determinadas en la Entidad en cada una de las líneas de defensa, han permitido establecer un enfoque de riesgos en las actuaciones, buscando así, el logro de los objetivos institucionales y la mitigación de los mismos. La Entidad tiene definida su matriz de roles y responsabilidades que han permitido la toma de decisiones frente al control de los procesos de la ESE Hospital la María

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> 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	79%	Fortalezas La Entidad cuenta con un Código de Integridad incorporado al Código de Buen Gobierno y de Integridad, adoptado mediante la Resolución No. 315 de 2019, que contempla los valores institucionales recomendados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, así como el valor adicional de Humanización, fortaleciendo la cultura ética y del servicio público. Existencia de planes, programas y estrategias orientadas a promover un ambiente laboral basado en principios y valores del servicio público. Actualización del Manual de Contratación mediante la Resolución No. 033 del 11 de febrero de 2025, garantizando el cumplimiento de la Ley 80 de 1993 y las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, fortaleciendo la transparencia, legalidad y eficiencia en la gestión contractual. Actualización de la Matriz de Riesgos versión 7, del Mapa de Riesgos y diseño de la Política de Administración del Riesgo, conforme a la Guía Integral de Gestión de Riesgos de la Función Pública versión 7. Implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), incluyendo el diseño de una herramienta en Excel para la gestión y seguimiento de los riesgos. Formulación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, como parte del proceso de transición hacia este nuevo esquema, articulado con el Plan Anticorrupción. Operativización de los comités institucionales, en especial el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, actualizado mediante la Resolución No. 374 de 2025, fortaleciendo la gobernanza y el control interno. Debilidades Se requiere fortalecer algunas políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), para lograr madurez del sistema de gestión institucional. Debilidades en la divulgación, apropiación y seguimiento de la aplicación de las políticas institucionales, el Código de Integridad y el Código de Buen Gobierno por parte de los servidores y contratistas. Necesidad de fortalecer los resultados del Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA), evidenciando brechas en la gestión de la información y la transparencia activa. Ausencia de Tablas de Retención Documental, lo cual constituye un riesgo para el control, la custodia y la trazabilidad de la información institucional. Falta de una estructura organizacional formal alineada con la planta de cargos de la Institución, lo que afecta la claridad en roles, responsabilidades y líneas de autoridad. El estudio de cargas laborales se encuentra en proceso, limitando la toma de decisiones oportunas relacionadas con la distribución del trabajo y la eficiencia del talento humano. El SARLAFT y la gestión de riesgos se encuentran en etapa de revisión y validación por parte de los líderes de proceso, lo que restringe su plena operatividad.	74%	La Entidad cuenta con el Código de Integridad, contenido en el Código de Buen Gobierno y de Integridad, que se adoptó mediante la Resolución No. 315 de 2019, contiene 6 valores, de estos, 5 son recomendados por la Función Pública y uno más fue adoptado por la Institución - Humanización, también, la Institución cuenta con Planes y Programas encaminados a proporcionar directrices para lograr un ambiente laboral basado en principios y valores en el servicio público. Por otro lado, La Junta Directiva actualizó el Acuerdo Nro 018 del 05 de diciembre de 2024 "Por medio del cual se modifica el Acuerdo N° 005 Estatuto Contractual para la Empresa Social del Estado "Hospital La María", también se actualizó el Manual de Contratación, con el fin de adecuar la normatividad contractual al régimen aplicable, establecer lineamientos que permitan mayor efectividad y celeridad en los procesos contractuales de la Entidad y dar riguroso cumplimiento a las disposiciones contenidas en las Resoluciones 5185 de 2013 y la Resolución 1440 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social. Además, se efectúa seguimiento a los riesgos de corrupción, mediante la implementación del Plan Anticorrupción y su monitoreo, también se elaboró el Programa de Transparencia y Ética Empresarial con el fin de migrar a este nuevo programa. Se actualizó el Mapa de Riesgos y la Política de Administración del Riesgo de acuerdo con la Guía No. 6 de la Función Pública. Se documentó y se Implementó el Sistema de Riesgos SARLAFT, se diseñó herramienta en Excel para la gestión de los riesgos, actualmente en proceso de revisión de los riesgos por cada uno de los líderes y equipos de trabajo. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, fue creado mediante Resolución No 602 de 2019. Este se encuentra en operación, en la vigencia 2025 sesionó según cronograma y plan de trabajo establecido. Se tienen algunas políticas, sin embargo, la Entidad no cuenta con la implementación de todas las establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. Se identifica la necesidad de fortalecer su divulgación y el seguimiento a su aplicación por parte del personal del Hospital, así como del Manual de Comunicaciones y la implementación de mejoras a los resultados de medición del Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA)	5%

	Evaluación de riesgos	Si	76%	Fortalezas La Alta Dirección ha identificado, valorado y evaluado los riesgos institucionales, definiendo y aprobando la Política de Administración del Riesgo y el Mapa de Riesgos, en concordancia con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. Implementación de una herramienta en Excel para el seguimiento y gestión de riesgos, organizada por subsistemas y procesos, que permite el control y monitoreo mientras se culmina el desarrollo del aplicativo web institucional. Elaboración del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, evidenciando el compromiso institucional con la integridad, la transparencia y la lucha contra la corrupción. Evaluación periódica del Sistema de Gestión de Riesgos, con presentación de resultados en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) para la toma de decisiones estratégicas. Ejecución de auditorías con enfoque basado en riesgos, conforme a las guías metodológicas del Departamento Administrativo de la Función Pública. Actualización de las matrices de riesgos durante el segundo semestre, de acuerdo con la Guía Técnica de Administración de Riesgos versión 7. Desarrollo de las auditorías en los servicios de salud, conforme al Plan Anual de Auditoría. Se identifican oportunidades de mejora en la articulación entre los resultados de auditoría, la gestión de riesgos y los planes de mejoramiento, para asegurar un cierre efectivo de hallazgos. Avances en la actualización de procedimientos y protocolos de atención y aplicación de la autoevaluación PAMEC, lideradas por la Oficina de Calidad. Formulación de acciones correctivas y planes de mejoramiento derivados de las auditorías realizadas. Debilidades El aplicativo web para la gestión integral de riesgos aún no ha sido culminado, lo que restringe la articulación y automatización del Sistema de Gestión del Riesgo y sus subsistemas. No se ha realizado la autoevaluación de la totalidad de los servicios de salud, lo que afecta la cobertura integral del PAMEC y la medición completa del nivel de calidad. La Política de Administración del Riesgo, aunque cuenta con un documento de propuesta de actualización, se encuentra pendiente de actualización, socialización y aprobación formal. En las auditorías realizadas a los procesos, se evidenció que las matrices de riesgos no cuentan con seguimiento sistemático, lo que debilita el control y la efectividad de las acciones de mitigación.	76%	La Alta Dirección ha identificado, valorado y evaluado los riesgos institucionales, se ha definido y aprobado la Política de Administración del Riesgo y el Mapa de Riesgos. Se implementó una Herramienta en Excel para realizar el seguimiento y gestión de riesgos por Subsistemas y por procesos, hasta tanto se realice la culminación del Aplicativo Web donde se articularán todas las dependencias (Procesos) y el Sistema de Gestión de Riesgo y sus respectivos Subsistemas para facilitar la gestión de los mismos. La Entidad también elaboró el Programa de Transparencia y Ética Empresarial el cual está pendiente de formalizar e implementar, aunque la Entidad aplicó hasta el mes de diciembre de 2025 el Plan Anticorrupción y la Oficina de Control Interno realizó los respectivos seguimientos. La Entidad realiza evaluación al Sistema de Gestión de Riesgos y presenta los resultados en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICCI para la toma de decisiones, además se realizan las auditorías con enfoque de riesgos, tal como lo establecen las guías del Departamento Administrativo de la Función Pública. La Entidad también, respecto a los servicios de salud, se están realizando las auditorías establecidas en el Plan Anual de Auditoría, se continúa con la actualización de los procedimientos y protocolos de atención y se está aplicando la autoevaluación según PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad), actividades lideradas por la Oficina de Calidad, además se están aplicando las acciones correctivas y se están estableciendo los planes de mejoramiento, . En la fecha de evaluación no se han autoevaluado la totalidad de los servicios	0%
	Actividades de control	Si	60%	Fortalezas: En materia de contratación, la Entidad cuenta con parámetros definidos para las obligaciones contractuales y el análisis de riesgos, fortaleciendo la planeación contractual. Realización de un diagnóstico de la gestión contractual, a partir del cual se identificaron oportunidades de mejora y se adoptaron acciones correctivas. Actualización del Manual de Contratación, lo que contribuye al cumplimiento normativo, la transparencia y la eficiencia en los procesos contractuales. Disponibilidad y publicación de los planes institucionales en la página web, fortaleciendo la transparencia y el acceso a la información pública. Debilidades Manual de Funciones y Requisitos desactualizado lo que limita su divulgación, aplicación y obligatoriedad dentro de la Entidad. El Manual de Supervisión se encuentra en etapa de revisión, lo que puede afectar la estandarización y fortalecimiento del control y seguimiento a los contratos. Se identifican debilidades en la periodicidad y sistematicidad de los seguimientos a los indicadores de los planes y programas institucionales, lo que limita la toma oportuna de decisiones y la evaluación del desempeño. Insuficiente seguimiento continuo a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas por parte de los responsables de las acciones, lo que puede retrasar el cierre efectivo de hallazgos y la mejora continua de los procesos.	52%	La Entidad desde la Oficina de Personal y Nómina actualizó el Manual de funciones y requisitos, sin embargo, no se ha formalizado, para poder realizar su respectiva divulgación. Por otro lado, respecto a la contratación se tienen definidos los parámetros de las obligaciones contractuales y análisis de riesgos. Se realizó diagnóstico en la gestión contractual, se definieron mejoras, se actualizaron el Estatuto y el Manual de Contratación, actualmente, se encuentra en revisión el Manual de Supervisión. Aunque en la Entidad se realiza el análisis de resultado de los indicadores de los planes y programas institucionales y los planes de mejoramiento de auditorías internas, sin embargo, se detectan debilidades en la periodicidad de los seguimientos a los mismos.	8%
	Información y comunicación	Si	96%	Fortalezas La E.S.E. Hospital La María cuenta con diversos sistemas de información que soportan el registro, procesamiento y análisis de datos de los procesos asistenciales y administrativos, facilitando la generación de reportes para la toma de decisiones. Avances en la actualización de las hojas de vida de los trámites en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT), en articulación con la Oficina de Atención al Usuario, para su posterior publicación en el sitio web institucional. Existencia de vocerías oficiales y múltiples canales de comunicación, tales como el sitio web institucional, redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter y YouTube), carteleras informativas, pantallas institucionales y Call Center, que fortalecen la divulgación de información y la interacción con la ciudadanía. Implementación de tecnologías de transmisión y divulgación del conocimiento, especialmente en temas de salud especializados, así como la realización de eventos y actividades con participación comunitaria. Realización de monitoreo y seguimiento al Sistema Único de Información de Trámites (SUIT), lo que permite identificar el estado de los trámites publicados. Seguimiento permanente por parte de la Oficina de Control Interno a la matriz del Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA), contribuyendo al cumplimiento de los principios de transparencia y acceso a la información. - Buzones de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones en cada servicio de la ESE Hospital La María. - Se teine canales de comunicación para la asignación de citas Debilidades Los archivos asociados a los trámites publicados en el SUIT no contienen en su totalidad la información requerida, lo que limita la correcta caracterización de los trámites y afecta su comprensión por parte de los usuarios. No se está realizando de manera efectiva la racionalización de trámites, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), debido a inconsistencias en la documentación y publicación de la información. Insuficiente articulación entre los procesos responsables de los trámites y el proceso de TIC, lo que impacta la calidad, actualización y divulgación de la información institucional. Necesidad de fortalecer la divulgación y apropiación de los canales de comunicación internos, los cuales deben ser liderados y gestionados de manera integral desde el proceso de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC). Falta de estandarización en la gestión y actualización de la información publicada en los diferentes sistemas y canales, lo que puede afectar la oportunidad y consistencia de la información divulgada a la ciudadanía.	96%	La E.S.E. Hospital La María tiene implementados diferentes sistemas de información para el registro y procesamiento de datos de los diferentes procesos asistenciales y administrativos. Estas herramientas permiten la captura, el procesamiento y la generación de informes, para los diferentes procesos institucionales, de igual forma la Entidad de la mano de la Oficina de Atención al Usuario está trabajando para realizar la actualización de las hojas de vida de los trámites en el SUIT para su posterior publicación en el sitio web institucional. Además, La Entidad cuenta con vocerías oficiales como son: Sitio Web lamaria.gov.co, la Implementación de las redes sociales Facebook, Instagram, Twitter, YouTube para la divulgación de información sobre la gestión y temas de salud de interés general. También, cuenta con carteleras, pantallas, Call Center 6044447192 y la implementación de tecnologías de transmisión y divulgación para la gestión del conocimiento en temas de salud especializados y se realizan eventos y actividades con participación de comunidad.	0%

Monitoreo	Si	89%	Fortalezas La Entidad atiende y considera las evaluaciones independientes realizadas por los entes de control (CGR, CGA, Supersalud y D.S.S.A.), acatando las recomendaciones formuladas. Formulación e implementación de planes de mejoramiento, con seguimiento continuo hasta subsanar las deficiencias identificadas, contribuyendo al fortalecimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno. Realización del reporte oportuno de las mejoras implementadas, garantizando transparencia y rendición de cuentas frente a los entes de control. La Entidad cuenta con lineamientos establecidos para la elaboración y presentación de informes, en cumplimiento de la normatividad vigente. La Oficina de Control Interno, en el marco de sus roles y como tercera línea de defensa, realiza seguimiento, publica resultados y formula recomendaciones orientadas al mejoramiento institucional. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno gestiona los hallazgos, observaciones y recomendaciones, facilitando la toma de decisiones para el mejoramiento de los procesos. Funcionamiento del Comité MIPG, como instancia de articulación entre la planeación, la gestión, el control y la mejora continua. Debilidades La supervisión y seguimiento a los procesos tercerizados no se realiza de manera integral y sistemática, lo que puede impactar la calidad y oportunidad de los servicios prestados por la Entidad. Se identifican oportunidades de mejora en la formalización y estandarización de los mecanismos de seguimiento a los planes de mejoramiento, para garantizar mayor uniformidad y efectividad en su ejecución. Necesidad de fortalecer la trazabilidad y documentación del cierre de hallazgos, asegurando evidencias completas y verificables del cumplimiento de las acciones correctivas. Limitaciones en la articulación entre los resultados de las evaluaciones independientes, los planes de mejoramiento y los procesos internos, lo que puede afectar la consolidación de la mejora continua.	89%	La Entidad considera las evaluaciones independientes realizadas por los entes de control: CGR, CGA, SUPERSALUD, D.S.S.A, acata las recomendaciones y se establecen los planes de mejoramiento haciendo el respectivo seguimiento hasta subsanar las deficiencias encontradas, mejorando continuamente el Sistema de Control Interno y realizando el respectivo reporte de las mejoras realizadas. Se encuentra que La Entidad tiene establecidos los lineamientos de reportes de Informes siguiendo la normatividad vigente, La Oficina de Control Interno en función de sus roles y de la tercera línea de defensa publica los seguimientos y ofrece recomendaciones en beneficio de mejorar las situaciones encontradas. La Entidad mediante el Comité de Control Interno conoce y gestiona los hallazgos, observaciones y recomendaciones y se toman las decisiones para el mejoramiento de los procesos, también se realizaron reuniones del Comité MIPG.	0%
-----------	----	-----	--	-----	---	----