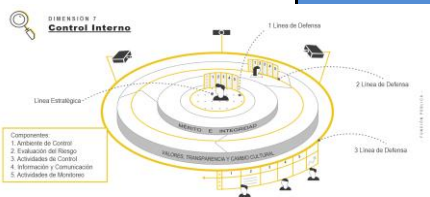


Nombre de la Entidad:	E. S. E. HOSPITAL LA MARÍA
Periodo Evaluado:	PRIMER SEMESTRE DE 2026



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

90%

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	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	93%	Fortalezas La Entidad cuenta socializó en el primer semestre con todo el personal de la institución el Código de Integridad que contempla los valores institucionales, en especial haciendo énfasis en el valor de humanización como pilar de la atención a pacientes. Se tienen documentados los procesos y procedimientos, los cuales están en actualización bajo las directrices del área de calidad. Se realizó el seguimiento al Plan Operativo anual y al cumplimiento de metas, tanto para la vigencia 2025, el cual se presentó en febrero, como el seguimiento del primer semestre de 2026. Así mismo, se realizó el primer seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, el cual contiene las estrategias en materia anticorrupción, y recomendaciones para el fortalecimiento. Se encuentran actualizados los comités institucionales, en especial el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, y el comité de gestión y desempeño, donde se llevan de acuerdo a las funciones, los temas prioritarios para el mejoramiento institucional. Así mismo, la Junta Directiva realiza los seguimientos normativos a la labor hecha en la entidad. Debilidades Necesidad de fortalecer y mejorar la documentación del proceso de Servicio al ciudadano, en especial lo referente al trámite de las denuncias. Es conveniente que los líderes de procesos tengan compromiso de actualizar permanentemente los documentos de procedimientos, como es el caso de los procedimientos contables. Se requiere una actualización de la planta de cargos del hospital de acuerdo con la estructura de la organización, atendiendo a los cambios externos normativos y las necesidades institucionales.	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.	14%

	Evaluación de riesgos	SI	88%	Fortalezas Se viene actualizando las matrices de riesgos en lo referente a identificación de riesgos y diseño de controles, de acuerdo con la Guía Técnica de Administración de Riesgos versión 7. Implementación de herramientas en Excel para el seguimiento y gestión de riesgos, seguimiento a procesos mediante indicadores de gestión, y seguimiento al Programa de Transparencia y Ética empresarial, que permiten el control y monitoreo. Se realizaron auditorías internas con enfoque basado en riesgos, conforme a las guías metodológicas del Departamento Administrativo de la Función Pública, y al plan de trabajo para la vigencia 2026. Avances en la actualización de procedimientos y protocolos de atención y aplicación de la autoevaluación PAMEC, lideradas por la Oficina de Calidad. Se cerraron acciones correctivas de planes de mejoramiento derivados de las auditorías realizadas, en vigencias anteriores. Se realizó el seguimiento a riesgos 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. 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%	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.	12%
	Actividades de control	SI	75%	Fortalezas: En materia de contratación, se vienen realizando los seguimientos a supervisiones con el objeto de ajustar soportes y mejorando en la oportunidad en la liquidación de los mismos. Se encuentra actualización el funcionamiento del Comité de conciliación y la política de daño antijurídico en la entidad. Se vienen realizando seguimientos a la gestión mediante comités de gerencia, realizados cada 15 días, y se deja constancia de actividades y reportes realizados por los líderes de procesos. Disponibilidad y publicación de los planes institucionales en la página web, fortaleciendo la transparencia y el acceso a la información pública. Debilidades Las actividades de actualización de los resultados de indicadores no se hacen de manera periódica por parte de líderes de las áreas, lo que dificulta el acceso a información interna. 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. Desde el Comité Institucional de Gestión y Desempeño o el Comité de Archivo, se deben formular las acciones para fortalecer, monitorear o mejorar la articulación entre la Política de Archivos y Gestión Documental, con la Política de Seguridad Digital. Estas acciones deben documentarse como parte de las evidencias. Implementar estrategias de mejora de los trámites totalmente en línea de la entidad para aumentar el número de usuarios <u>satisfechos con su uso</u>.	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.	15%
	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. Se cuenta con 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. Se realizó oportunamente la rendición de cuentas del Hospital con la participación de los diferentes grupos de interés. 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. Debilidades Los archivos asociados a los trámites publicados en el SUIT no se encuentran actualizados, lo que limita la correcta caracterización de los trámites y afecta su comprensión por parte de los usuarios. También, es conveniente tener un canal solo para la atención de denuncias. Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre datos abiertos, así como actualizar alguna documentación que se encuentra desactualizada. Necesidad de fortalecer la divulgación y apropiación de los canales de comunicación internos, y fortalecer el uso de la página web institucional, y otros canales entre los usuarios externos. Es conveniente que se comuniquen oportunamente las decisiones adoptadas en los diferentes comités, en especial aquellas que conciernen al mejoramiento continuo de procesos.	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.	0%

Monitoreo	Si	96%	Fortalezas La Entidad atiende y considera los planes de mejoramiento externas realizadas por los entes de control (CGA, Supersalud y D.S.S.A.), acatando las recomendaciones formuladas, y realizando las actividades de mejora a que haya lugar. Formulación e implementación de planes de mejoramiento internos, con seguimiento continuo hasta subsanar las deficiencias identificadas, contribuyendo al fortalecimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno. La Entidad cuenta con lineamientos establecidos para la elaboración y presentación de informes, en cumplimiento de la normatividad vigente, como es el caso del instructivo para la rendición de cuentas, y el seguimiento a planes de mejoramiento. La Oficina de Control Interno, y la Oficina de Planeación, realizan seguimientos, socializan resultados. La primera, como tercera línea de defensa, formula recomendaciones orientadas al mejoramiento institucional. Se actualizó el Funcionamiento del Comité MIPG, como instancia de articulación entre la planeación, la gestión, el control y la mejora continua y el seguimiento a las políticas del MIPG. 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. 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%	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.	7%
-----------	----	-----	---	-----	---	----