

**Moniquirá, Boyacá, 22 de enero de 2026**

**DOCTORA  
ANA MARITZA DAVILA BARÓN  
GERENTE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA**

**REFERENCIA:** INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – SEGUNDO SEMESTRE 2025

Cordial saludo, esperando que sus labores diarias se desarrollen con éxito y satisfacción

Por medio del presente documento, se presenta ante la Gerencia del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. el Informe Semestral de Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno implementado en la Entidad, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes en la materia, particularmente lo establecido en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 y en la Circular 100-006 de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública, cuyo objeto define los “Lineamientos Generales para el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno (...)”.

La presente evaluación independiente corresponde al período comprendido entre el primero (01) de julio y el treinta y uno (31) de diciembre de 2025, y se desarrolla en el marco de los cinco componentes del Sistema de Control Interno definidos por la Ley 87 de 1993: (i) ambiente de control, (ii) direccionamiento estratégico, (iii) actividades de control, (iv) información y comunicación, y (v) evaluación. Su elaboración se realiza en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 y en la Circular 100-006 de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública, que establecen los lineamientos generales para la presentación del Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno en las entidades públicas, con el acompañamiento de la segunda línea de defensa, representada por la Oficina Asesora de Planeación.

## **1. MARCO LEGAL**

- 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”*.
  - ✓ Artículo 156. Reportes del responsable de control interno. El artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedará así:

*“ARTÍCULO 14. ... El jefe de la Unidad 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 acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.”*

- Circular 100-006 de 2019, del Departamento Administrativo de la Función Pública. Lineamientos Generales para el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno.

## **2. OBJETIVO**

Evaluar, en forma cuantitativa y cualitativa, el estado de Sistema de Control Interno y sus componentes, en el Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.

## **3. ALCANCE**

El presente informe abarca el período comprendido entre el primero (01) de julio y el treinta y uno (31) de diciembre de 2025, y tiene como propósito presentar la Evaluación Semestral del Sistema de Control Interno de la Entidad. La evaluación se realiza mediante el diligenciamiento y reporte del formulario dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública, instrumento que permite efectuar las valoraciones cuantitativas y cualitativas requeridas, conforme a la normatividad vigente.

## **4. DEFINICIONES**

- Seguridad razonable. Concepto según el cual el control interno, por muy bien diseñado y ejecutado que esté, no puede garantizar que los objetivos de una entidad se consigan, debido a las limitaciones inherentes de todos Sistema de Control Interno.
- Control. Medidas o acciones tomadas por la Dirección y demás niveles de la entidad para gestionar los riesgos y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y metas establecidos.
- Alta Dirección. Persona o grupo de personas del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una entidad.
- Autocontrol. Capacidad de cada servidor público para aplicar en el día a día los controles que han sido diseñados para garantizar de forma razonable el cumplimiento de metas y objetivos de la entidad en sus diferentes niveles.
- Autoevaluación. Proceso sistemático que permite evaluar de forma periódica el ejercicio de las operaciones clave de la entidad, permitiendo generar información a tiempo para la toma de decisiones.
- Líneas de defensa. Esquema de asignación de responsabilidades, adaptada al Modelo de las tres Líneas de Defensa del Instituto de Auditores, el cual proporciona una manera simple y efectiva para mejorar las comunicaciones en la gestión de



riesgos y control mediante la aclaración de las funciones y deberes esenciales relacionados.

- Factores clave de éxito. Conjunto de procesos, procedimientos, actividades, unidades funcionales, proyectos, programas, planes, sistemas de información, entre otros, que sean esenciales para el cumplimiento de la misión.
- Ambiente de control. Asegura las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno.
- Administración del riesgo. Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización.
- Actividades de control. Implementación de mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.
- Información y comunicación. Verificación que la información y la comunicación sean efectivas para la adecuada operación de la entidad.
- Actividades de monitoreo. Evalúa la gestión institucional a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.

## 5. RESULTADOS

El presente informe muestra el nivel de avance en la implementación de la séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-; el cual es el Control Interno, de acuerdo con la estructura del Modelo Estándar de Control Interno -MECI-. Para cada uno de sus componentes:

- i. Ambiente de Control
- ii. Administración del Riesgo
- iii. Actividades de Control
- iv. Información y Comunicación
- v. Actividades de Monitoreo

Se utilizó el “Formato-informe-sci-parametrizado-final”, establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, a continuación, se presenta el consolidado de calificación cualitativa y cuantitativa de cada uno de los componentes:

Hospital Regional de Monquirá E.S.E.		81 de julio al 31 de diciembre de 2025		
Estado del sistema de Control Interno de la entidad		84%		
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno				
Como resultado de la evaluación independiente al estado del Sistema de Control Interno de Hospital Regional de Monquirá E.S.E. durante el segundo semestre de la vigencia 2025, se concluye que los componentes del Sistema de Control Interno están implementados en el hospital, se evidencia avance en la implementación de la política de administración de riesgos, que se encuentra formalmente aprobada e incorpora la metodología del DARP y SIS, teniendo matriz de riesgos institucional aprobada, esto dentro el compromiso de la alta dirección con el mantenimiento y mejoramiento del SIC. Se evidencia actualización de políticas institucionales en el marco de LUPG y plan de desarrollo, en las que destaca el despliegue de la política de integridad y conflicto de intereses, contenido con canales de comunicación asertivos y en línea. El desarrollo del proceso de analítica ha permitido contar con información confiable, íntegra y disponible para la toma de decisiones con base en datos, lo cual facilita el desarrollo y mejoramiento del ambiente de control y mecanismos de monitoreo de hospital. Se observa que para que el SIC pueda establecerse en fase de optimización se requiere hacer evaluación de controles, teniendo en cuenta las herramientas tecnológicas disponibles y el despliegue de las líneas de defensa. Para fortalecer el componente de monitoreo se debe documentar la política de control interno en consonancia con MEC-COSO y actualizar la documentación pertinente.		El Sistema de Control Interno implementado, mantenido y desarrollado por el Hospital Regional de Monquirá E.S.E. es efectivo y busca que la entidad y el desempeño institucional cumpla con la normatividad vigente y se genere valor público, su gestión está orientada a la consecución del logro de las líneas de defensa. Sin embargo, se requiere definir un plan de mejora para definir las brechas identificadas.		
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):		Si		
¿Es efectivo el sistema de monitoreo de riesgos y objetivos evaluados? (Si/No)		No		
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		
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Asistencia de control	Si	99%	<b>Fortalezas:</b> • Se cuenta con política de riesgo debidamente aprobada y actualizada según la necesidad del entorno. • El nivel Directivo muestra su compromiso con los valores del servicio Público. • La Gerencia monitorea permanentemente la situación financiera de la empresa para la toma de decisiones junto con el nivel Directivo. • El proceso Disciplinario interno ofrece garantías a los presuntos infractores de la ley disciplinaria. • El Hospital cuenta con una estructura organizativa definida. • Se cuenta con un centro de analítica institucional en el cual se puede revisar los diferentes procesos para el control por parte de la primera línea ante posibles fallas técnicas. • Se cuenta con política de gestión documental. • No se cuenta con línea de denuncia interna hasta el cumplimiento del código de integridad. • El proceso de retro de los funcionarios debe ser mejorado, debe ofrecerse un mayor acompañamiento.	10%
		82%		

CA



Evaluación de riesgos	SI	85%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"El plan de desarrollo 2024-2027 cuenta con objetivos estratégicos formulados en conformidad con metodologías de direccionamiento estratégico en consonancia con el MIPG y cuenta con un POA por vigencia que permite operacionalizar la estrategia.</li> <li>"Se cuenta con metodología SIARIT para la definición y formulación de objetivos en planes, programas, proyectos y procedimientos institucionales</li> <li>"La planeación estratégica se evalúa periódicamente en CSJ/D, comité directivo y mediante informes de seguimiento al plan de desarrollo, planes del Decreto 612 de 2016</li> <li>"La política de administración de riesgos contempla el enfoque por procesos del SOC y contempla áreas tercerizadas</li> <li>"La oficina asesora de planeación lidera la implementación de la política de administración de riesgos en conformidad con los lineamientos del DAFP y SNS</li> <li>"La alta dirección toma como insumo para la toma de decisiones los informes y reportes de riesgos de la seguridad y tercera línea de defensa</li> <li>"Se documentaron los riesgos de integridad pública en conformidad con el lineamiento del DAFP en la Guía para la administración integral de riesgos V07 del DAFP</li> <li>"La entidad mantiene la planta de empleos temporales con 112 personas entre auxiliares y profesionales de enfermería en conformidad con las normas de empleo público y el principio de segregación de funciones</li> <li>"Se documentaron los riesgos fiscales y financieros en conformidad con la Guía para la administración integral de riesgos V07 del DAFP</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"No se evidencia evaluación de controles"</li> <li>"No se hace seguimiento a la posible materialización de riesgos</li> <li>"No se evidencia seguimiento a los riesgos de corrupción (Integridad Pública)</li> </ul>	84%	<p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Se tiene plan de desarrollo aprobado para el cuatrienio 2024-2027</li> <li>"La Oficina de Control Interno evalúa la Gestión de Riesgos de la ESE, verificando la existencia de la política y que los procedimientos cubran la gestión de riesgos en detalle para entregar información a la alta dirección sobre la madurez y si el resultado es acorde a sus expectativas.</li> <li>"La ESE cuenta con contratistas y personal tercerizado separando funciones para evitar materialización de riesgos</li> <li>"La alta dirección toma decisiones basadas en la evaluación de la política de riesgos</li> <li>"Proporciona una base sólida para tomar decisiones informadas</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"No se cuenta con riesgos fiscales</li> <li>"No se cuenta con riesgos de integridad pública, salvo los dentro normatividad de riesgos de corrupción</li> <li>"No se tiene documentados los controles a los riesgos</li> <li>"No se cuenta con herramienta que permita realizar el monitoreo de riesgos</li> <li>"No se cuenta con planes de seguimiento suscritos frente a los controles de riesgos</li> <li>"Falta documentar y establecer los criterios de evaluación de los controles de los riesgos</li> </ul>	1%
	I					
Actividades de control	SI	83%	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"La entidad mantiene la planta de empleos temporales con 112 personas entre auxiliares y profesionales de enfermería en conformidad con las normas de empleo público y el principio de segregación de funciones</li> <li>"Se cuenta con matriz MIPG-SO 9001:2015, la cual está articulada con el SOGCS en su componente de PAUEC</li> <li>"La política de gobierno digital se encuentra actualizada y desarrollada en especial en actividades de control de la infraestructura tecnológica, con freemall y AHS con contratistas</li> <li>"El proceso de calidad en articulación con la oficina asesora de planeación mantienen un proceso de actualización continua de procesos y procedimientos</li> <li>"Se cuenta con controles documentados en conformidad con la evaluación de riesgos</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"El manual de funciones y competencias no se encuentra actualizado y no incluye las competencias contemporáneas en conformidad con el Decreto 615 de 2016</li> <li>"No se evidencia seguimiento a los riesgos de seguridad y privacidad de la información</li> <li>"No se evidencia evaluación de controles</li> </ul>	77%	<p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"La Alta Dirección ha definido y desarrollado actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos a niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso</li> <li>"Asignación clara de responsabilidades y la segregación de funciones</li> <li>"La Oficina de Control Interno (OCI) en el desarrollo de las Auditorías internas verifica que los procedimientos manuales, formados y demás documentos de los procesos se encuentren actualizados y se utilicen.</li> <li>"Se cuenta implementado y en ejecución el sistema ALUEBA, en el que se lleva un control sobre los documentos, procesos, procedimientos de la ESE</li> <li>"Se realizan auditorías a los procesos que se encuentran en riesgo según la matriz remitida por el área de planeación.</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"El Manual de Funciones y Competencias Laborales continúa con falencias en su estructuración porque se han efectuado actualizaciones parciales, debe actualizarse completamente acorde a los instrumentos legales</li> <li>"Pese a que el Manual de Políticas de Seguridad de la Información definió roles y responsables del tema, se presentan debilidades como el rol de Responsable de Seguridad de la información corresponde a un contratista y su vinculación es temporal</li> <li>"No se ha implementado correctamente por todos los funcionarios de la ESE el Software para la adecuada atención y control de correspondencia, que facilite su trazabilidad tanto a nivel interno como externo</li> </ul>	6%

*CD*

Información y comunicación	Si	84%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con manual de gestión de la información, plan de calidad del dato y procedimientos de subproceso de analítica que permiten hacer trazabilidad, garantizar la integridad y disponibilidad de los datos, utilizando estrategias de inteligencia de negocios, con herramientas como Power BI y el desarrollo de sco de analítica.</li> <li>Desde el proceso de analítica institucional, la oficina asesora de planeación documenta análisis descriptivos, predictivos y prospectivos a la gerencia para la toma de decisiones con base en datos.</li> <li>Se mantiene actualizado el SOI amera con la información institucional disponible.</li> <li>Desde amera se respalda el direccionamiento estratégico del hospital y en las inducciones institucionales se socializa el plan de desarrollo y uso de amera.</li> <li>Se actualizó el código de integridad, se documentó política de integridad y conflicto de intereses, se adoptó e implementó plan de ética pública en amera. Se documentó plan de integridad.</li> <li>Se documentó política de comunicaciones.</li> <li>Se cuenta con redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter, canal de WhatsApp en donde se publica de manera periódica información relevante de la entidad.</li> <li>Se cuenta con caracterización de usuarios en conformidad con la guía de DuEP y análisis de perfil epidemiológico.</li> <li>Se cuenta con análisis mensual en el comité de ética sobre las PQRSDF y se analiza trimestralmente desde la oficina asesora de planeación la satisfacción de usuarios, cumpliendo los criterios de muestreo estadístico suficientes.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con procesos y procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación.</li> <li>No se cuenta con procedimiento para el manejo de la información errante.</li> </ul>	77%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La entidad ha establecido mayores controles en la generación de información, para que esta sea oportuna, confiable, íntegra y segura, para el reporte a los entes de control y demás partes interesadas.</li> <li>Información precisa y relevante para la toma de decisiones estratégicas y operativas.</li> <li>Se observó un avance significativo en la definición de responsabilidades para la implementación de la Ley de transparencia en la entidad, lo contribuirá a la mejora del componente.</li> <li>Se cuenta con el Software DUALICA, ALIURA, MEDLAB, ALIURA, que me permiten consolidar datos y generar información.</li> <li>Se cuenta con política de seguridad y privacidad de la información adoptada mediante resolución No. 005 del 05 de junio de 2024.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El proceso de Gestión de Documentos es en su mayoría se hace en documentos físicos, no se presenta avance significativo en la implementación y puesta en marcha del sistema de ALIURA para la respuesta de las PQRSDF de la ESE.</li> <li>Queda de sistemas de información para capturar y procesar datos, la definición del inventario de información relevante y el control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información, por lo tanto, se requiere actividades dirigidas en el marco de las líneas de defensa.</li> <li>Faltan de componente, asociados a debilidades frente a definir políticas de operación relacionadas con la administración de la información en cuanto niveles de autoridad y responsabilidad.</li> <li>No se cuenta con procesos y procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación.</li> </ul>	9%
Monitoreo	Si	78%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con esquema de líneas de defensa documentado, aprobado y funcionando que denota la articulación entre la tercera y segunda línea, así como la línea estratégica.</li> <li>La evaluación del SOI se hace teniendo en cuenta a la segunda línea de defensa. Las observaciones son analizadas por el CCCI, el cual plantea acciones de mejoramiento.</li> <li>El estado del plan anual de auditoría se socializa en el CCCI y se cuenta con el apoyo y liderazgo de las dependencias para el desarrollo de las acciones de mejoramiento.</li> <li>Se incorporó la matriz de riesgos de CCC al formato de estudios previos.</li> <li>La OACI analiza la información de los PQRSDF, realizando informe de seguimiento y recomendaciones de mejora.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con plan único de mejoramiento que permita hacer trazabilidad de las acciones de mejoramiento y evaluación de la efectividad.</li> <li>No se cuenta con política de control interno.</li> <li>El estudio de ética del auditor y estatuto de auditoría datan de 2018 y es necesario su actualización.</li> <li>No se cuenta con manual de auditoría aprobado.</li> <li>El plan anual de auditoría de la vigencia 2025 se ejecutó en un 63% en virtud de la renuncia de sus titulares.</li> </ul>	78%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se sigue continúa al sistema de control interno.</li> <li>Fomenta la responsabilidad y la transparencia al proporcionar una revisión objetiva y documentada del sistema de control interno, facilitando la revisión de cuentas.</li> <li>Las acciones de monitoreo comprenden las actividades de supervisión continua (controles verticales) en cada una de las actividades (línea de defensa), la cual se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos, la segunda línea de defensa, quienes realizan labores de supervisión sobre temas transversales para la Corporación y se asegura de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente y la tercera línea de defensa conformada por la Oficina de Control Interno, quien evalúa de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad y cobertura, así mismo, evalúa los controles de 1ª línea de defensa.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La baja cultura organizacional para formular planes de mejoramiento producto de actividades de autoevaluación a cargo de las Segrida Línea de Defensa.</li> <li>En los seguimientos de los compromisos establecidos en el Comité de Gestión y Desarrollo.</li> </ul>	4%

ca



## Resumen

Componente	Nivel de Cumplimiento componente – estado actual	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	92%	82%	10%
Evaluación de riesgos	85%	84%	1%
Actividades de control	83%	77%	6%
Información y comunicación	86%	77%	9%
Monitoreo	75%	79%	-4%

### 1. COMPONENTE "AMBIENTE DE CONTROL"

En el estado actual, el nivel de cumplimiento aumentó a 92%, lo que representa una mejora de **10 puntos porcentuales**, reflejando esfuerzos sostenidos en la consolidación del control interno.

Entre las **fortalezas actuales**, se destacan la actualización del código de integridad, la adopción del esquema de líneas de defensa conforme al MECI, la aprobación de la matriz de riesgo institucional, y el fortalecimiento del proceso de planeación con seguimiento documentado. Además, se ha avanzado en la estructuración del plan de desarrollo, la evaluación continua del Plan estratégico de tecnologías de la información, y la generación de informes financieros como insumo para la toma de decisiones estratégicas.

Respecto a las **debilidades**, aunque se ha superado la ausencia de política de gestión documental —reportada en el informe anterior— persisten retos como la falta de una política de transparencia y acceso a la información, la ausencia de evaluación de desempeño en el EDL, la no socialización del canal de ética pública, y la carencia de un procedimiento formal para el retiro de personal.

### RECOMENDACIONES

- **Transparencia y acceso a la información** Crear y compartir una política clara que permita a todos acceder fácilmente a la información pública, de manera abierta y confiable.
- **Evaluación del personal** Poner en marcha un sistema sencillo para evaluar el desempeño de los funcionarios, con retroalimentación que ayude a crecer y mejorar.

- **Ética pública** Dar a conocer el canal de ética a través de charlas y mensajes internos, para que todos sepan cómo usarlo y lo tengan presente en su trabajo diario.
- **Retiro de personal** Definir un proceso ordenado y respetuoso para cuando un funcionario se retire, asegurando acompañamiento y claridad en cada paso.
- **Aplicación de políticas y planes** No quedarse solo en los documentos: hacer seguimiento constante para que las políticas realmente se apliquen en la práctica.
- **Monitoreo del avance** Establecer metas periódicas y revisar los resultados con informes sencillos, que muestren cómo se está avanzando más allá del papel.

## 2. COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS

Al comparar el estado actual con el informe anterior, las evaluaciones muestran buenos resultados (85% y 84%), lo que refleja que la entidad ha avanzado en la planeación estratégica, en la definición de objetivos y en la incorporación de metodologías reconocidas como SMART (*Marco para establecer objetivos claros y alcanzables - Específico, Medible, Alcanzable (o Aceptable), Relevante (o Realista) y con un Plazo definido (o Temporal)*). y los lineamientos del DAFP.

La alta dirección está usando los informes de riesgos para tomar decisiones más seguras y fundamentadas, lo cual fortalece la gestión institucional.

Se han documentado riesgos importantes (financieros, fiscales y de integridad pública), lo que demuestra un compromiso con la prevención.

A pesar de estos avances, todavía hay debilidades: falta evaluar los controles, hacer seguimiento a la materialización de riesgos y documentar riesgos como lavado de activos.

### RECOMENDACIONES

1. Revisar los controles: Verificar si los controles definidos realmente funcionan y ayudan a reducir los riesgos.
2. Dar seguimiento a los riesgos: No solo identificarlos, sino también observar si se están presentando en la práctica.
3. Usar herramientas de monitoreo: Implementar mecanismos sencillos que permitan vigilar los riesgos de manera continua.
4. Diseñar planes de mejora: Cuando se detecten fallas en los controles, establecer acciones claras para corregirlas.
5. Apoyar las áreas con menor avance: Acompañar y fortalecer las entidades con resultados bajos, para que puedan mejorar paso a paso.



### 3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

En el estado actual, el nivel de cumplimiento aumentó a 83%, mostrando un avance de 6 puntos porcentuales. Las fortalezas ahora se centran en la actualización de la política de gobierno digital con controles tecnológicos, y la mejora continua de procesos y procedimientos. No obstante, persisten debilidades similares: el manual de funciones sigue sin incluir competencias comportamentales según el Decreto 815 de 2018, no se evidencia seguimiento a los riesgos de seguridad y privacidad de la información, ni evaluación formal de los controles.

#### RECOMENDACIONES

1. Actualizar el manual de funciones y competencias conforme a la normativa vigente.
2. Implementar seguimiento periódico a los riesgos de seguridad y privacidad de la información.
3. Realizar evaluaciones regulares de los controles para verificar su efectividad.

### 4. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

El nivel de cumplimiento aumentó a 86%, reflejando una mejora de 9 puntos porcentuales. Las fortalezas se ampliaron significativamente: se cuenta con manuales, planes y procedimientos que permiten trazabilidad y análisis de datos mediante herramientas como Power BI; se mantiene actualizado el SGI ALMERA; se implementó un canal de ética; se fortalecieron las redes sociales institucionales; y se realizan análisis periódicos de satisfacción y PQRSDF. No obstante, aún existen vacíos en la evaluación de la efectividad comunicacional y en el manejo estructurado de la información recibida, toda vez que no se cuenta con procedimiento para el manejo de la información entrante.

#### RECOMENDACIONES

1. Diseñar e implementar procedimientos para evaluar periódicamente los canales de comunicación institucional.
2. Establecer un protocolo claro para el manejo de la información entrante, garantizando su trazabilidad y respuesta oportuna.

### 5. COMPONENTE MONITOREO

En el estado actual, el nivel de cumplimiento bajó a 75%, lo que representa una disminución de 4 puntos porcentuales. A pesar de ello, se mantienen fortalezas importantes como:

- La existencia de un esquema de líneas de defensa documentado y funcional
- La evaluación del SCI por el CICC
- El liderazgo de las subgerencias en el desarrollo de acciones de mejora

- La incorporación de la matriz de riesgos al formato de estudios previos área de contratación
- El seguimiento de los PQRSDF por parte de la OACI

No obstante, persisten debilidades estructurales: no se cuenta con un plan único de mejoramiento que permita trazabilidad y evaluación de efectividad, no existe una política de control interno ni un manual de auditoría aprobado, el estatuto de ética del auditor y estatuto de auditoría requieren ser actualizados y el plan anual de auditorías se ejecutó parcialmente debido a renunciaciones (83%).

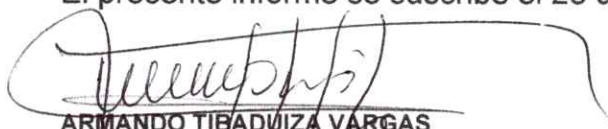
## RECOMENDACIONES

1. Elaborar y aprobar un plan de mejoramiento que permita hacer seguimiento y evaluar resultados.
2. Diseñar y adoptar una política de control interno que oriente las acciones de monitoreo.
3. Finalizar y aprobar el manual de auditoría para fortalecer la tercera línea de defensa.
4. Asegurar la continuidad del equipo auditor para cumplir el plan anual sin interrupciones.


En espera que las recomendaciones aquí plasmadas contribuyan al mejoramiento continuo de los procesos involucrados en el mantenimiento de la implementación adecuada del Sistema de Control Interno de la Entidad.

Por lo anterior, es importante que desde la oficina asesora de planeación se suscriba plan de mejoramiento, de tal forma se contribuye a subir el porcentaje de cumplimiento del sistema de control interno del Hospital Regional de Monquirá E.S.E.

El presente informe se suscribe el 23 de enero de 2026.



ARMANDO TIBADUIZA VARGAS  
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO  
PRESIDENTE CIGYD  
HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.



DIEGO FERNANDO RIVERA CASTRO  
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION  
SEGUNDA LINEA DE DEFENSA  
HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.



ALEJANDRA RIVERA LAITON  
ASESORA DE CONTROL INTERNO DE  
GESTIÓN  
TERCERA LINEA DEFENSA  
EVALUACIÓN INDEPENDIENTE  
HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.