

Moniquirá, Boyacá, julio de 2026

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

REFERENCIA: INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (SCI) – PRIMER SEMESTRE 2026

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 14 de la Ley 87 de 1993 modificado por 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 enero al treinta (3) de junio de 2026**, y se desarrolla en el marco de los cinco componentes del Sistema de Control Interno definidos por la Ley 87 de 1993:

- Ambiente de control
- Evaluación de Riesgos
- Actividades de control
- Información y comunicación
- Actividades de Monitoreo.

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 enero al treinta (3) de junio de 2026**, 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.

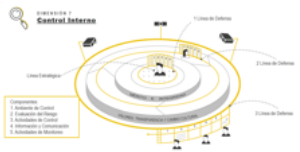
4. RESULTADOS

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:

- Ambiente de Control
- Administración del Riesgo
- Actividades de Control
- Información y Comunicación
- 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:

Nombre de la Entidad:	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.
Periodo Evaluado:	01 de enero al 30 de junio de 2026



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	84%
---	-----

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / o proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	Como resultado de la evaluación independiente al estado del Sistema de Control Interno del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. durante el primer semestre de la vigencia 2026, se concluye que los componentes del Modelo Estándar 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 DAFP y SNS, teniendo matriz de riesgos institucional aprobada, esto denota el compromiso de la alta dirección con el mantenimiento y mejoramiento del SIC. Se evidencia actualización de políticas institucionales en el marco de MIPG y plan de desarrollo, en las que destaca el despliegue de la política de integridad y conflicto de intereses, contando con canales de comunicación asertivos y en línea. El desarrollo del proceso de análisis 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 del hospital. Se observa que para que el SCI 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 MECI-COSO y actualizar la documentación pertinente.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? 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):	Si	El Sistema de Control Interno implementado, mantenido y desarrollado por el Hospital Regional de Moniquirá ESE es efectivo y busca que la gestión y el desempeño institucional cumpla con la normatividad vigente y se genere valor público, su gestión está orientada a la consecución del logro de los objetivos planteados. Sin embargo, se requiere definir un plan de mejora para cerrar las brechas identificadas.
	Si	El Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. dispone de mecanismos de monitoreo y seguimiento que ofrecen seguridad razonable para el cumplimiento de las metas y objetivos planeados, donde se establecen oportunidades de mejora para la adecuada toma de decisiones en el marco del esquema de líneas de defensa y se puede concluir que en la ESE dispone de un Sistema de Control Interno, donde están definidas las líneas de defensa para el manejo de los riesgos en búsqueda del cumplimiento de los objetivos institucionales.

Componente	¿El componente está presente?	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	92%	FORTALEZAS: *Se actualizó el código de integridad, se documentó política de integridad y conflicto de intereses, se adoptó e implementó cana del ética pública en almería. Se documentó plan de integridad. *Se actualizó el acto administrativo del CICCI en conformidad con el Decreto 1083 de 2015. EL CICCI sesionó dos veces en el semestre de acuerdo con la precitada norma. Se analizó y aprobó el plan anual de auditorías con base en riesgos. *Se adoptó esquema de líneas de defensa en conformidad con el MECI. *El proceso de planeación estratégica cuenta con responsable que es de la planta permanente de personal, se cuenta con planes, tiempos y seguimiento documentados de acuerdo con la normatividad vigente. *Se aprobó la matriz de riesgo institucional mediante acto administrativo y se encuentran cargados en la plataforma almería, su respectiva evaluación y controles. *Se proyectó el Acuerdo para que la Junta Directiva en conformidad con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud, para la política de administración de riesgos. *La política de administración de riesgos contempla los niveles de aceptación de riesgos y es conforme con la Guía para la Gestión Integral de Riesgos V7 emanada por el DAFP y la Circular 20211700000004-5 DE 2021. *El plan de desarrollo se estructuró teniendo en cuenta los cambios del entorno y en conformidad con la dimensión de direccionamiento estratégico, se cuenta con monitoreos respecto al cumplimiento metas. *Los planes que conforman el PETH en conformidad con el Decreto 612 de 2018 se evalúan de manera continua. *Los informes de la segunda y tercera línea de defensa son analizados y tenidos en cuenta para la toma de decisiones estratégicas por parte de la alta dirección. *Se cuenta con generación periódica de informes financieros en el contexto del comité de sostenibilidad contable y financiera, que sirven de insumo para la toma de decisiones con base en datos. *Se cuenta con acto administrativo de la política de gestión documental. DEBILIDADES: *No se evidencia en EDL, evaluación de desempeño del personal de carrera administrativa *No se ha socializado con los funcionarios y colaboradores del hospital el canal de gestión de ética pública. *No se cuenta con procedimiento de retiro de personal. *No se evidencia con Actas del comité de convivencia en almería. *Mediante Resolución 032 de 2023 se asignó la función de control interno disciplinario a la subgerencia administrativa y financiera, la cual debe actualizarse en cumplimiento del artículo 33 la Ley 1952 de 2019 *Se requiere hacer seguimiento a los controles de los riesgos de integridad pública, así como revisar su posible actualización de acuerdo con el capítulo VI de la Guía de administración de riesgos V07 del DAFP	92%	FORTALEZAS: *Se actualizó el código de integridad, se documentó política de integridad y conflicto de intereses, se adoptó e implementó cana del ética pública en almería. Se documentó plan de integridad. *Se actualizó el acto administrativo del CICCI en conformidad con el Decreto 1083 de 2015. EL CICCI sesionó dos veces en el año de acuerdo con la precitada norma. Se analizó y aprobó el plan anual de auditorías con base en riesgos. *Se adoptó esquema de líneas de defensa en conformidad con el MECI. *El proceso de planeación estratégica cuenta con responsable que es de la planta permanente de personal, se cuenta con planes, tiempos y seguimiento documentados de acuerdo con la normatividad vigente. *Se aprobó la matriz de riesgo institucional mediante acto administrativo y se encuentran cargados en la plataforma almería, su respectiva evaluación y controles. *Se proyectó el Acuerdo para que la Junta Directiva en conformidad con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud, para la política de administración de riesgos. *La política de administración de riesgos contempla los niveles de aceptación de riesgos y es conforme con la Guía para la Gestión Integral de Riesgos V7 emanada por el DAFP y la Circular 20211700000004-5 DE 2021. *El plan de desarrollo se estructuró teniendo en cuenta los cambios del entorno y en conformidad con la dimensión de direccionamiento estratégico, se cuenta con monitoreos respecto al cumplimiento metas. *Los planes que conforman el PETH en conformidad con el Decreto 612 de 2018 se evalúan de manera continua. *Los informes de la segunda y tercera línea de defensa son analizados y tenidos en cuenta para la toma de decisiones estratégicas por parte de la alta dirección. *Se cuenta con generación periódica de informes financieros en el contexto del comité de sostenibilidad contable y financiera, que sirven de insumo para la toma de decisiones con base en datos. *Se cuenta con acto administrativo de la política de gestión documental.	0%

Evaluación de riesgos	Si	85%	FORTALEZAS: *El plan de desarrollo 2024-2027 cuenta con objetivos estratégicos formulados en conformidad con metodologías de direccionamiento estratégico en consonancia con el MIPG *Se cuenta con metodología SMART para la definición y formulación de objetivos en planes, programas, proyectos y procedimientos institucionales. *La planeación estratégica se evalúa periódicamente en CIGYD, comité directivo y mediante informes de seguimiento al plan de desarrollo, planes del Decreto 612 de 2018 *La política de administración de riesgos contempla el enfoque por procesos del SGC y contempla áreas tercerizadas *La oficina asesora de planeación lidera la implementación de la política de administración de riesgos en conformidad con los lineamientos del DAFP y SNS. *La alta dirección toma como insumo para la toma de decisiones los informes y reportes de riesgos de la segunda y tercera línea de defensa. *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 *La entidad mantiene la planta de empleos temporales con 135 personas entre auxiliares y profesionales de enfermería en conformidad con las normas de empleo público y el principio de segregación de funciones. *Se documentaron los riesgos fiscales y financieros en conformidad con la Guía para la administración integral de riesgos V07 del DAFP DEBILIDADES: *En el semestre no se evidencian seguimiento a los riesgos adoptados y registrados en almera *No se evidencia evaluación de controles *No se hace seguimiento a la posible materialización de riesgos. *No se evidencia seguimiento a los riesgos de corrupción (Integridad Pública)	85%	FORTALEZAS: *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. *Se cuenta con metodología SMART para la definición y formulación de objetivos en planes, programas, proyectos y procedimientos institucionales. *La planeación estratégica se evalúa periódicamente en CIGYD, comité directivo y mediante informes de seguimiento al plan de desarrollo, planes del Decreto 612 de 2018 *La política de administración de riesgos contempla el enfoque por procesos del SGC y contempla áreas tercerizadas *La oficina asesora de planeación lidera la implementación de la política de administración de riesgos en conformidad con los lineamientos del DAFP y SNS. *La alta dirección toma como insumo para la toma de decisiones los informes y reportes de riesgos de la segunda y tercera línea de defensa. *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 *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. *Se documentaron los riesgos fiscales y financieros en conformidad con la Guía para la administración integral de riesgos V07 del DAFP	0%
Actividades de control	Si	71%	FORTALEZAS *La entidad mantiene la planta de empleos temporales con 135 personas entre auxiliares y profesionales de enfermería en conformidad con las normas de empleo público y el principio de segregación de funciones. *Manual de funciones y competencias actualizado mediante Acuerdo 014 de 2026 *Se cuenta con matriz MIPG-ISO 9001:2015, la cual esta articulada con el SOGCS en su componente de PAMEC *Se actualizó estructura organizacional de conformidad con análisis de cadena de valor de los procesos. *La política de gobierno digital se encuentra actualizada y desarrollada en especial en actividades de control de la infraestructura tecnológica, con fire wall y ANS con contratistas. *Se evidencia política de seguridad digital actualizada de conformidad con todos los lineamientos de MIPG y Min.Tic *El proceso de calidad en articulación con la oficina asesora de planeación mantienen un proceso de actualización continua de procesos y procedimientos. DEBILIDADES: *No se cuenta con estudio que permita definir la suficiencia del personal de conformidad con las guías del DAFP vigente *Se evidencia un porcentaje de implementación del PAMEC con corte a junio del 30%. *No se cuenta con Tablas de Control de Acceso. *No se evidencian controles en todos los procesos y alguno no son eficientes. *No se evidencia seguimiento sistemático por parte de las líneas de defensa a los riesgos identificados *No se evidencia seguimiento a los riesgos de seguridad y privacidad de la información. *No se evidencia evaluación de controles	83%	FORTALEZAS *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. *Se cuenta con matriz MIPG-ISO 9001:2015, la cual esta articulada con el SOGCS en su componente de PAMEC *La política de gobierno digital se encuentra actualizada y desarrollada en especial en actividades de control de la infraestructura tecnológica, con fire wall y ANS con contratistas. *El proceso de calidad en articulación con la oficina asesora de planeación mantienen un proceso de actualización continua de procesos y procedimientos. *Se cuenta con controles documentados en conformidad con la evaluación de riesgos..	-12%

Información y comunicación	Si	86%	FORTALEZAS: *Se cuenta con manual de gerencia de la información, plan de calidad del dato y procedimientos del subproceso de analítica que permiten hacer trazabilidad, garantizar la integridad y disponibilidad de los datos, utilizando estrategias de inteligencias de negocios, con herramientas como power BI y el desarrollo del sitio de analítica. *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. *Se mantiene actualizado el SGI almera con la información institucional disponible. *Desde almera se despliega el direccionamiento estratégico del hospital y en las inducciones institucionales se socializa el plan de desarrollo y uso de almera. *Se cuenta con redes sociales como facebook, instagram, tik tok, canal de whatsapp en donde se publica de manera periódica información relevante de la entidad. *Se cuenta con caracterización de usuarios en conformidad con la guía del DAFP y análisis de perfil epidemiológico. *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. DEBILIDADES: *No se cuenta con procesos y procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación. *No se cuenta con procedimiento para el manejo de la información entrante	86%	FORTALEZAS: *Se cuenta con manual de gerencia de la información, plan de calidad del dato y procedimientos del subproceso de analítica que permiten hacer trazabilidad, garantizar la integridad y disponibilidad de los datos, utilizando estrategias de inteligencias de negocios, con herramientas como power BI y el desarrollo del sitio de analítica. *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. *Se mantiene actualizado el SGI almera con la información institucional disponible. *Desde almera se despliega el direccionamiento estratégico del hospital y en las inducciones institucionales se socializa el plan de desarrollo y uso de almera. *Se actualizó el código de integridad, se documentó política de integridad y conflicto de intereses, se adoptó e implementó cana del ética pública en almera. - Se documentó plan de integridad. *Se documentó política de comunicaciones. *Se cuenta con redes sociales como facebook, instagram, tik tok, canal de whatsapp en donde se publica de manera periódica información relevante de la entidad. *Se cuenta con caracterización de usuarios en conformidad con la guía del DAFP y análisis de perfil epidemiológico. *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	0%
Monitoreo	Si	86%	FORTALEZA: *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. *La evaluación del SCI se hace teniendo en cuenta a la segunda línea de defensa. Las observaciones son analizadas por el CICC, el cual plantea acciones de mejoramiento. *El estado del plan anual de auditorías se socializa en el CICC y se cuenta con el apoyo y liderazgo de las subgerencias para el desarrollo de las acciones de mejora. *Se incorporó la matriz de riesgos de CCE al formato de estudios previos. *La OACI analiza la información de los PQRSDF, realizando informe de seguimiento y recomendaciones de mejora. *Se documentó política institucional de control interno mediante Resolución 048 de 2026. *Se ha ejecutado el 100% del plan anual de auditorías con corte a junio de acuerdo a lo aprobado por el CICC, elaborado con base en riesgos. *Se han revisado el 100% de los planes de mejora de vigencias anteriores, cerrando el 33% de estos. DEBILIDADES: *El estauto de ética del auditor y estatuto de auditoría datan de 2018 y es perentorio su actualización. *No se cuenta con manual de auditoría aprobado. *El plan anual de auditorías de la vigencia 2026 se ejecutó en un 100%.	75%	FORTALEZA: *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. *La evaluación del SCI se hace teniendo en cuenta a la segunda línea de defensa. Las observaciones son analizadas por el CICC, el cual plantea acciones de mejoramiento. *El estado del plan anual de auditorías se socializa en el CICC y se cuenta con el apoyo y liderazgo de las subgerencias para el desarrollo de las acciones de mejora. *Se incorporó la matriz de riesgos de CCE al formato de estudios previos. *La OACI analiza la información de los PQRSDF, realizando informe de seguimiento y recomendaciones de mejora.	11%

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%	92%	0%
Evaluación de riesgos	85%	85%	0%
Actividades de control	71%	83%	-12%
Información y comunicación	86%	86%	0%
Monitoreo	86%	75%	11%

1. COMPONENTE "AMBIENTE DE CONTROL"

Nivel de cumplimiento: 92% (sin variación frente al informe anterior).

Entre las **fortalezas actuales**, se destaca la Se actualizó el código de integridad, se documentó política de integridad y conflicto de intereses, se adoptó e implementó cana de ética pública en Almera. Se documentó plan de integridad.

Respecto a las **debilidades**, persisten retos frente a evaluación de desempeño, socialización del canal de ética a todos los funcionarios de la entidad, inexistencia de procedimiento de retiro de personal, el no registro de actas de comité de convivencia laboral en el sistema de gestión de información de la entidad – Almera, actualización del acto administrativo que designa la función de control interno disciplinario en virtud a la Ley 1952 de 2019, y falta de seguimiento y posible actualización de los controles relacionados con riesgos de integridad pública.

RECOMENDACIONES

- **Evaluación del personal** Implementar un procedimiento formal y periódico de evaluación del personal de carrera administrativa, alineado con las guías del DAFP, para fortalecer la gestión del talento humano, y en los tiempos que establece la ley.
- **Ética pública:** Socializar de manera activa el canal de gestión de ética pública con todos los funcionarios, mediante capacitaciones, circulares y espacios institucionales, garantizando su conocimiento y uso.
- **Retiro de personal:** Diseñar y aprobar un protocolo claro para el retiro de personal, que asegure transparencia, trazabilidad y cumplimiento normativo.

- **Comité de Convivencia Laboral:** Fortalecer el comité de convivencia, asegurando la generación y registro de actas en la plataforma institucional, como evidencia de seguimiento y gestión.
- **Control disciplinario:** Actualizar la asignación de funciones de control interno disciplinario conforme al artículo 93 de la Ley 1952 de 2019, garantizando claridad en responsabilidades.
- **Riesgos de integridad:** Establecer un plan de seguimiento periódico a los controles de riesgos de integridad pública, revisando y ajustando su vigencia según la Guía de Administración de Riesgos V07 del DAFP.

2. COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS

Nivel de cumplimiento: 85% (sin variación frente al informe anterior).

Entre las **fortalezas actuales**, se destaca: planeación estratégica se evalúa periódicamente en comités directivos y de seguimiento, política de administración de riesgos está alineada con DAFP y SNS, con enfoque por procesos, alta dirección utiliza informes de riesgos como insumo para la toma de decisiones.

A pesar de estos avances, persisten las siguientes debilidades: en el semestre no se evidencia seguimiento a los riesgos adoptados y registrados en Almera, no hay evaluación a controles, se debe hacer seguimiento a la materialización de riesgos y no se evidencia seguimiento a los riesgos de corrupción (Integridad Pública).

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere actualizar el acto administrativo de la política institucional de administración de riesgos, evaluando la adherencia a la de la Guía de administración de riesgos V07 del DAFP
2. Revisar los controles: Verificar si los controles definidos realmente funcionan y ayudan a reducir los riesgos.
3. Dar seguimiento a los riesgos: No solo identificarlos, sino también observar si se están presentando en la práctica.

3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

Nivel de cumplimiento: 71%, con una disminución del 12% respecto al informe anterior.

Las fortalezas se concentran en la actualización del manual de funciones mediante el Acuerdo 014 de 2026, la reorganización estructural basada en el análisis de la cadena de valor, la actualización de la Política de Gobierno Digital y la articulación del proceso de calidad con la oficina asesora de planeación, lo que ha permitido la continua actualización de procesos y procedimientos institucionales.

No obstante, persisten debilidades tales como: no existe un estudio que determine si el personal es suficiente según las guías del DAFP; el avance del PAMEC es bajo, con solo un 30% de implementación al corte de junio; no se cuenta con tablas de control de acceso definidas; no hay seguimiento sistemático por parte de las líneas de defensa a los riesgos identificados; no se evidencia seguimiento a riesgos de seguridad y privacidad de la información; no se realiza evaluación formal de los controles implementados.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere adelantar un estudio técnico de cargas laborales y necesidades de personal, conforme a las guías del DAFP, para garantizar que la planta sea adecuada y suficiente.
2. Avanzar en la implementación del PAMEC, priorizando procesos críticos de calidad y seguridad del paciente, según sea el caso
3. Diseñar e implementar tablas de control de acceso que regulen permisos y responsabilidades, asegurando trazabilidad y protección de la información.
4. Implementar seguimiento periódico a los riesgos de seguridad y privacidad de la información.
5. Realizar evaluación y actualización de los controles para verificar su efectividad.

4. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Nivel de cumplimiento: 86% (sin variación frente al informe anterior).

Se mantienen fortalezas como: 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 PQRSD. 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

Nivel de cumplimiento: 86%, con un incremento del 11% respecto al informe anterior.

En el estado actual, el nivel de cumplimiento aumentó destacando las siguientes fortalezas:

- La existencia de un esquema de líneas de defensa documentado y funcional
- La evaluación del SCI se realiza en articulación con la segunda línea de defensa.
- Se documentó política institucional de control interno mediante Resolución 048 de 2026.
- 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
- Plan anual de auditorías ejecutado en un 100% con corte a junio de 2026.

No obstante, persisten debilidades estructurales: no se cuenta con código de ética del auditor, estatuto ni manual de auditoría aprobado.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario elaborar y aprobar un plan de mejoramiento que permita hacer seguimiento y evaluar resultados, de conformidad con las recomendaciones de la evaluación del SCI.
2. Es necesario documentar plan de implementación de política de control interno
3. Someter a aprobación el manual de auditoría para fortalecer la tercera línea de defensa.

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 31 de julio de 2026.



ALEJANDRA RIVERA LAITON
ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN
HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.