

INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL SISTEMA DE
CONTROL INTERNO DE LA
E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA – 2025 SEGUNDO SEMESTRE.

ANDREA LILIANA ARIAS PERDOMO

Gerente

Miembros Comité de Control Interno

Líderes de Proceso

ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ

Asesor Oficina Control Interno

Edición

DICIEMBRE 2025.

“Transformamos con Amor la Salud para Duitama”

Calle 28 # 15-120, Duitama (Boy)
Teléfono: (608) 760 1640 - (608) 762 9612
www.saludtundama.gov.co

INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA – 2025 SEGUNDO SEMESTRE.

1. OBJETIVO

Adelantar un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, éste último aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

2. ALCANCE

Dada la necesidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, el presente informe busca que la entidad cuente con una evaluación de su Sistema de Control Interno de manera integral, evaluación que es independiente y con un balance específico por cada componente que permita tomar decisiones o conclusiones que conlleven a la mejora del sistema. Su publicación será cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad.

3. PROCESOS INVOLUCRADOS

En la elaboración del informe se encuentran involucrados los Procesos de; Gestión Gerencial, Gestión de Planeación Organizacional, Gestión de Talento Humano, Gestión de Evaluación y Control, gestión de atención al usuario y su familia, Gestión Financiera, Gestión de la información y comunicación organizacional, gestión del riesgo.

4. SOPORTE LEGAL

La Oficina Asesora de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la ley 87 de 1993, modificada por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones, los Decretos 1537 de 2001, 2482, 2641 de 2012 y 943 del 21 de mayo de 2014; así como los lineamientos establecidos en la Guía de Auditoría para entidades públicas del DAEP, que establece la función de realizar la evaluación independiente al Sistema de Control Interno, a los procesos,

procedimientos, actividades y actuaciones de la administración, con el fin de determinar el cumplimiento y la efectividad de la gestión institucional y de los objetivos de la entidad, generando recomendaciones para asesorar al representante legal de la entidad, en busca del mejoramiento continuo.

En cumplimiento al programa general de auditorías aprobado para la vigencia 2025, por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, el asesor de control interno adelantó el presente informe.

5. DESARROLLO

5.1. METODOLOGÍA

En atención a lo estipulado en el 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), donde señala que 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 imparte el Departamento Administrativo de la Función Pública, a continuación encontrará la estructura definida para el formato propuesto para este análisis.

En la primera parte se define la alineación del Sistema de Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se consideran aspectos generales y una base conceptual, a fin de introducirnos de manera adecuada en la estructura del formato.

Posteriormente se explican cada una de las partes del formato para su diligenciamiento y la estructura final, cuyo análisis corresponde al jefe de Control Interno y se convertirá en el informe para la publicación en la respectiva página web de la entidad.

La matriz que se diligenció consta de una serie de columnas, las cuales la primera de ellas hace relación a una dimensión o política del MIPG y se asocian en esta los temas específicos que se deben analizar. En la segunda columna se debe indicar el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta;

De acuerdo con lo identificado como resultado de la evaluación del requerimiento, para saber si se encuentra “Presente” (que es uno de los ítems de calificación) se

selecciona de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con las siguientes definiciones:

- 1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.
- 2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas de la entidad.
- 3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.

En la tercera columna se denomina evidencia del control y se deben indicar las acciones que se han adelantado para evaluar el estado del Sistema de Control Interno en el marco del Comité Institucional de coordinación de Control Interno. Acciones entendidas a las modificaciones, actualizaciones y actividades de fortalecimiento del sistema a partir de la normatividad vigente.

1. Se deben registrar las observaciones de la evaluación independiente, teniendo en cuenta el papel de las líneas de defensa, las cuales se encuentran definidas en la política de gestión del riesgo de la entidad.

En la casilla de evidencia del control se Evalúa si de acuerdo a lo contemplado en las respuestas se debe calificar si se encuentra “funcionando” (que es el otro ítem de calificación en esta evaluación) y se selecciona de la siguiente manera;

1. El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado).
2. El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias.
3. El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

Del diligenciamiento total de la matriz y de acuerdo a la ponderación dada por el jefe de la oficina de control interno permite establecer si el Sistema de Control Interno evaluado se encuentra PRESENTE y FUNCIONANDO, permitiendo definir puntos de mejora a través de los componentes del MECI y su articulación con las Dimensiones del MIPG.

La matriz contempla y evalúa los cinco componentes del modelo estándar del sistema de control interno a saber;

1. Ambiente de Control
2. Evaluación de riesgos
3. Actividades de Control
4. Información y Comunicación

5. Actividades de monitoreo.

Adicionalmente en sus últimas dos hojas de Excel contemplan los análisis de resultados y las conclusiones, las cuales corresponde desarrollar al Jefe de Control Interno y se convertirá en el informe para la publicación en la respectiva página web de la entidad.

Para una mayor comprensión de lo ilustrado se muestra el siguiente cuadro, a manera de ejemplo, el cual refleja la forma de calificación que otorga la matriz después de su evaluación:

Clasificación +C23:G27+C23:G28	Descripción	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 3 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
Oportunidad de Mejora	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva
Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 2 (funcionando); 3 (presente) y 1 (funcionando); 3 (presente) y 2 (funcionando); 2 (presente) y 1 (funcionando)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.
Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 1 (presente) y 1 (funcionando); 1 (presente) y 2 (funcionando); 1 (presente) y 3 (funcionando).	No se encuentra presente por lo tanto no esta funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

A. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA O EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

El anterior ejercicio que se explicó se aplica a los cinco componentes del sistema de control interno discriminados cada uno en una hoja de Excel de la siguiente forma;

1. Ambiente de Control.
2. Evaluación de riesgos.
3. Actividades de control
4. Información y comunicación
5. Actividades de monitoreo

5.2.1. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.

De acuerdo a la calificación de la matriz se evidencia la entidad cuenta con un sistema de control interno, que requiere de algunas oportunidades de mejora, pero de manera general es un buen sistema el que tiene la entidad y sus calificaciones permiten decir que si se encuentra presente y funcionando como lo requiere la función pública. En los distintos componentes se observa el trabajo dedicado de la entidad en materia de construcción de documentos, políticas, guías, manuales, procedimientos, planes e indicadores de seguimiento. Lo cual permite tener las herramientas idóneas para realizar el control, en la mayoría de los casos.

Por otra parte, se vienen realizando durante el semestre evaluando las acciones y actividades que dan cumplimiento a lo que ordenan los diferentes documentos realizados por la entidad, se vienen haciendo principalmente los seguimientos en los comités de gestión y desempeño, de control interno, equipos de autoevaluación y comité de gestión del riesgo los cuales realizaron todas las sesiones reglamentadas;

Desde estos espacios referidos anteriormente se blinda la entidad para consolidar el cumplimiento a los planes operativos, políticas, programas, controles, procedimientos, planes de mejoramiento e indicadores de gestión que se propone la entidad a través de sus colaboradores y desde allí también operan las líneas de defensa y se realiza seguimiento a todos los componentes del modelo estándar de control interno.

Ejemplo de lo anterior es el trabajo hecho en materia de riesgos, controles y seguimiento a los mismos donde se evidencia el cumplimiento a cabalidad a pesar de que haya existido materialización de algunos riesgos clínicos, SICOF y SARLAFT, asistenciales y administrativos, aunque en muy baja proporción.

Dicha herramienta de evaluación, con el fin de ser más claros, consta y plantea a través de preguntas inmodificables parametrizadas, cómo la ESE Salud del Tundama está operando su sistema de control interno, es decir, cuestiona que en cada tema que manuales, procedimientos, aplicativos o herramientas tenemos que

garanticen el control y por otra parte solicita se mencione como está operando desde el comité de control interno y desde otros procesos denominados también líneas de defensa; la herramienta está dividida a través de cinco (5) temas claves denominados por el (modelo integrado de planeación y gestión). como “componentes del sistema de control interno”.

A continuación, se describen las calificaciones porcentuales otorgadas una vez diligenciada la herramienta parametrizada de evaluación independiente del sistema de control interno, comparando el semestre anterior con el semestre actual.

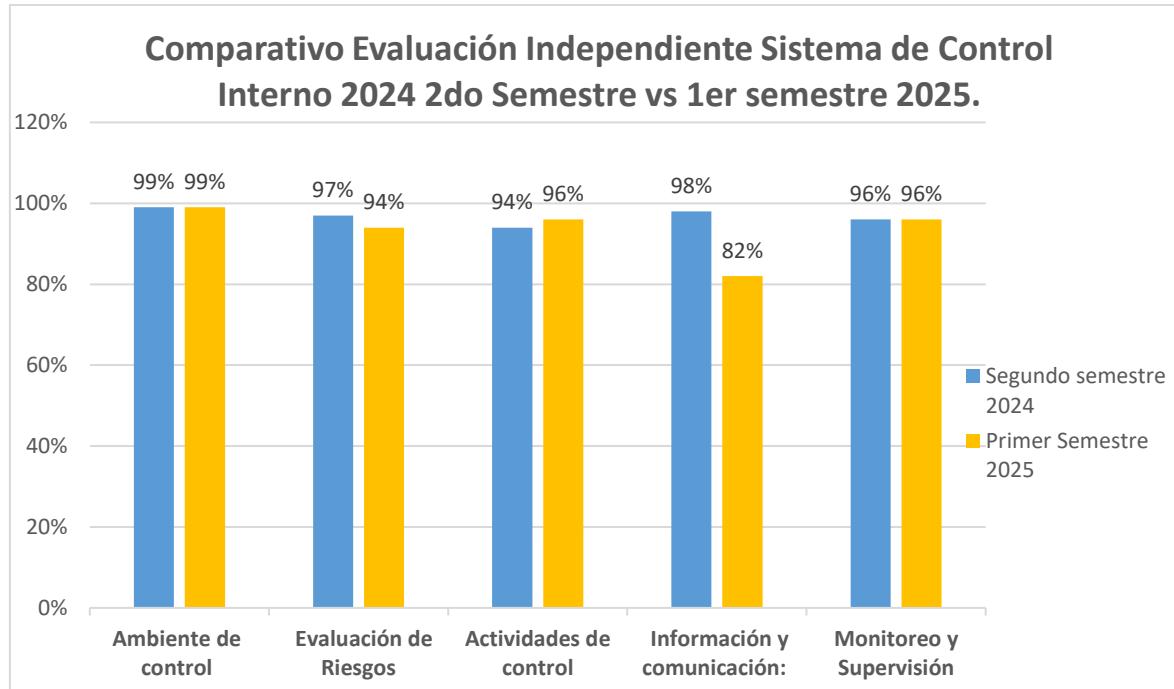
Diligenciada toda la herramienta las calificaciones arrojadas automáticamente, para el **Segundo** semestre de 2024 fueron las siguientes;

1. Ambiente de control; **99%**
2. Evaluación de Riesgos: **97%**
3. Actividades de control: **94%**
4. Información y comunicación: **98%**
5. Monitoreo y Supervisión: **96%**

Ahora se confrontarán con las calificaciones que para el **Primer** semestre de 2025 obtuvo la ESE Salud del Tundama de acuerdo a como evaluó la oficina de control interno;

1. Ambiente de control; **99%**
2. Evaluación de Riesgos: **94%**
3. Actividades de control: **96%**
4. Información y comunicación: **82%**
5. Monitoreo y Supervisión: **96%**

A continuación, se apreciará la comparación de cada semestre de acuerdo a la gráfica;



Gráfica 1 Fuente: Oficina de Control Interno.

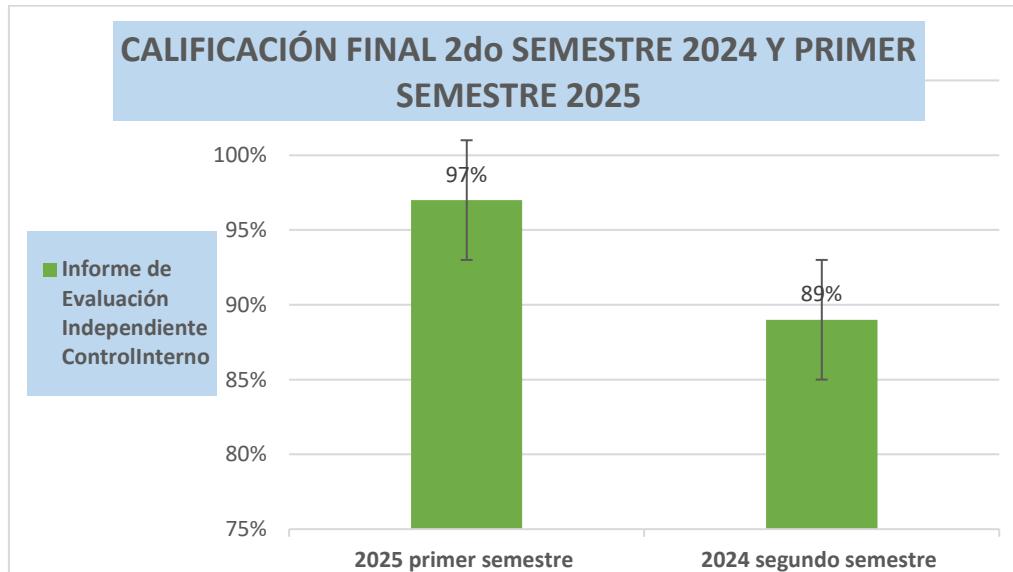
Como se puede apreciar existen variaciones en los componentes. Desde el análisis que realiza la oficina de control interno y de acuerdo a lo evidenciado en el diligenciamiento de la herramienta del DAFP se debió a los siguientes aspectos;

- Funcionamiento del comité de Gestión del Riesgo Resolución 666 de 2024.
- Aspectos con seguimiento registrados en las sesiones de comité de Control Interno.
- Cumplimiento al plan de auditorías (Auditoría proceso de Gestión del Riesgo).
- La oficina de control interno contó los seis meses con su asesor de control interno mientras que en el primer periodo tan solo estuvo cuatro meses.
- Puesta en marcha de la política de Gestión del Riesgo Resolución 430 de 2023.
- El seminario brindado por la ESAP, para colaboradores de la ESE Salud del Tundama para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Seguimientos realizados a los planes de mejora en el comité de control interno y a las recomendaciones.
- Seguimiento a los temas de Declaración de bienes y rentas SIGEP
- Seguimiento a implementación del código de integridad. A través del diligenciamiento de los autodiagnósticos de integridad y de conflicto de interés.

Sin embargo, pese a que hubo acciones que sostuvieron las calificaciones como las descritas también se evidenciaron otras que requieren atención para el siguiente semestre como lo pueden ser;

- Falta Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad.
- La falta de análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.
- Modificación y/o actualización a los documentos de los procesos.
- Evaluar las posibles fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora

A continuación, se grafica el resultado porcentual producto del comparativo de los informes semestrales de evaluación del sistema de control interno;



Gráfica 2 Fuente: Oficina de Control Interno.

Como se puede observar en el segundo semestre disminuyó la calificación en 5% en comparación con el semestre anterior; desde el análisis de la oficina de control interno si bien ya se mencionaron algunas causas, también se debe agregar que cada evaluación lleva un análisis detallado de las acciones realizadas que el mismo varía entre semestre y semestre.

Al presente informe se adjuntará, el formato de evaluación que trae la herramienta de la Función Pública utilizada en esta medición y se dispondrá para su cargue en la página web de la entidad.

Por lo anterior y con el fin de continuar en un proceso en lo posible ascendente en la calificación del siguiente semestre, en donde se mejoren algunos aspectos en cada componente de nuestro Sistema de Control Interno, se hace necesario realizar y/o tener en cuenta las siguientes;

6. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere elaborar mediante acto administrativo e implementar el mapa de procesos y procedimientos para la Entidad.
2. Se recomienda realizar acto administrativo por el cual la entidad se compromete a implementar el Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG en el marco del decreto 1499 de 2017.
3. Se recomienda crear el manual de implementación del Modelo Integrado de planeación y gestión.
4. Seguir fortaleciendo el sistema de control interno de la entidad, a través de la revisión documental del proceso de gestión de evaluación y control y la creación de documentos que puedan dar fe de la implementación de un modelo de control interno y/o de la política o sistema de control interno.
5. Se sugiere crear un normograma para la entidad que ayude a prevenir la materialización de riesgos por la no entrega de informes o la no realización de actividades que ordena la ley.
6. Se invita a la entidad a dar cumplimiento prioritario de la Ley 2214 de 2022 *“Por Medio De La Cual Se Reglamenta El Artículo 196 De La Ley 1955 De 2019, se Toman Medidas Para Fortalecer Las Medidas Que Promueven El Empleo Juvenil Y Se Dictan Otras Disposiciones”*. La ley requiere vincular a la entidad personas entre los 18 y los 28 años de acuerdo a las reglas de los artículos 2, 4 y 5°.

7. Se recomienda desde el comité de Control Interno incluir en la agenda del comité el seguimiento a los temas que presentan debilidades y/o que de acuerdo a la herramienta se puedan requerir, de acuerdo a cada componente evaluado como acción de mejora conjunta con los líderes de los procesos.
8. Continuar con la modificación y/o actualización progresiva a los documentos de cada proceso.
9. Por parte de la Alta gerencia y en coordinación con la líder de gestión del riesgo evaluar las posibles fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.
10. Tomar la hoja de conclusiones adjunta como parte integral de este informe y adicionalmente cargarla en la Página Web como lo ordena el instructivo de la herramienta de autoevaluación.

7. CONCLUSIONES.

1. La calificación del presente semestre aumentó un 8% en comparación con el semestre anterior, es así que se concluye que el sistema de control interno de la entidad en los términos de la evaluación se encuentra PRESENTE y FUNCIONANDO.
2. La calificación de la evaluación para el presente semestre fue de 97%. De lo que se concluye que se deberá trabajar por parte de la entidad, para sostener los niveles de calificación.
3. Los componentes del sistema de control interno se encuentran presentes y funcionando lo cual quiere decir que la entidad, en el presente semestre tienen un sistema de control interno efectivo.
4. La evaluación y análisis de las fallas de los controles es uno de los principales aspectos a trabajar en el segundo semestre del año.

8. HOJA DE EVALUACIÓN

En el presente informe se adjuntará un archivo pdf para que pueda ser cargada en el sitio web de la entidad de acuerdo a como lo ordena el instructivo del formato de autoevaluación del DAPF.

Allí se pueden evidenciar las calificaciones de cada uno de los componentes y el avance porcentual respecto del semestre anterior.

Sin otro particular,



ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ
Asesor Control Interno
ESE Salud del Tundama.