

Donmatías, enero 31 de 2025.

Doctor  
**ANDRÉS ALFONSO VILLA CASTRO**  
Gerente  
E.S.E. Francisco Eladio Barrera

Asunto: Informe pormenorizado sobre evaluación al sistema de control interno, segundo semestre año 2024.

**OBJETIVO:** presentar los avances en la implementación del modelo estándar de control interno MECI en el marco del modelo integrado de planeación y gestión MIPG, identificando posibles oportunidades de mejora para su fortalecimiento en procura del cumplimiento de los objetivos institucionales.

**ALCANCE:** Dar cumplimiento a los lineamientos definidos en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, sobre la evaluación independiente del Sistema de Control Interno. La evaluación corresponde al segundo semestre del año 2024.

**METODOLOGÍA:** El informe se realizó con base en el instrumento establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la evaluación de los cinco componentes del Modelo estándar de control interno - MECI en el marco del modelo integrado de planeación y gestión - MIPG.

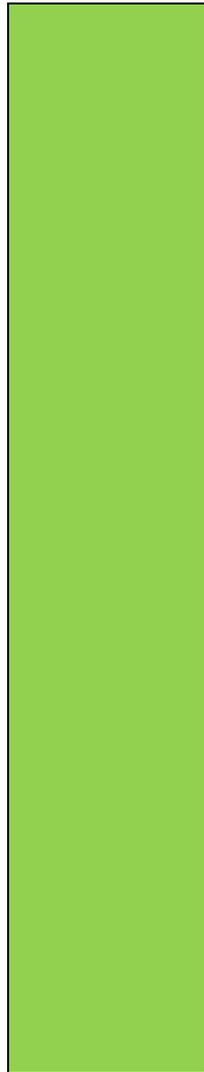
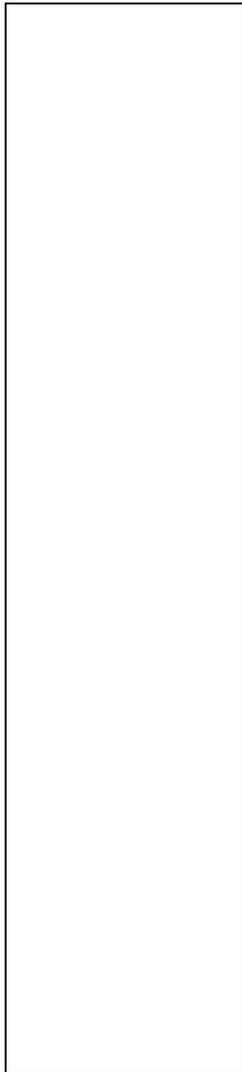
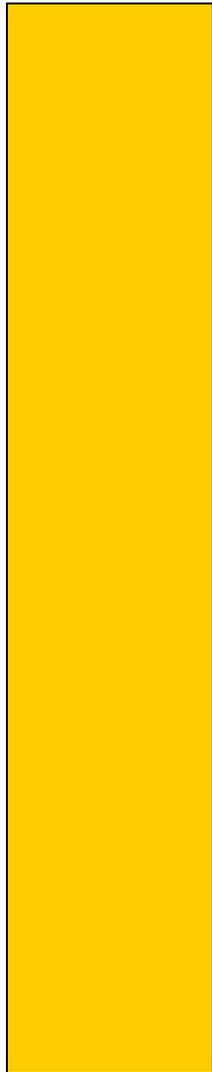
**RESULTADOS:** El informe presenta el estado general del Sistema de Control Interno de la institución, registrando las debilidades y fortalezas identificadas con base en la aplicación de los criterios de evaluación establecidos en el instrumento diseñado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, incluido en la séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Los criterios se agrupan en los siguientes componentes:

- Ambiente de control
- Evaluación del riesgo
- Actividades de control
- Información y comunicación
- Actividades de Monitoreo

A continuación, se presentan los resultados del informe pormenorizado de control interno:

RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN MECI  
SEGUNDO SEMESTRE DE 2024

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Oportunidades de mejora y/o Fortalezas
Ambiente de control	Si	66%	<p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</b></p> <p>Lineamiento 1: Compromiso con la integridad (valores y principios):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aun no se establecen los mecanismos para la resolución de conflictos de interés.</li> <li>○ Formalizar una línea específica de denuncia interna sobre situaciones irregulares o incumplimientos al código de integridad.</li> </ul> <p>Lineamiento 2: Mecanismos para supervisar el sistema de control interno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falta fortalecer aplicación del rol de segunda línea de defensa de acuerdo con las condiciones de la ESE Hospital francisco Eladio Barrera.</li> </ul> <p>Lineamiento 3: Planeación estratégica y política de administración de riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ampliar a todos los procesos la aplicación de la política de administración del riesgo, con la debida participación de todos los líderes los procesos.</li> </ul> <p>Lineamiento 4: compromiso con la competencia del personal durante todo su ciclo (ingreso – permanencia-retiro).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realizar evaluación de eficacia del plan institucional de capacitaciones.</li> <li>○ Implementar evaluación del impacto del Plan institucional de capacitaciones.</li> <li>○ Implementar una metodología de evaluación de personal nombrado en provisionalidad.</li> <li>○ Implementar evaluaciones relacionadas con el retiro del personal.</li> </ul>



- Fortalecer las acciones de socialización de las responsabilidades de cada funcionario frente al sistema de control interno.

Lineamiento 5: Líneas de reporte en la entidad para evaluar el sistema de control interno.

- Definir estándares de reporte de temas críticos en relación con el control interno.
- Actualizar el diseño de controles en los procesos de acuerdo con los riesgos.

**FORTALEZAS:**

Lineamiento 1: Compromiso con la integridad (valores y principios):

- Se ejecuta el código de integridad establecido para el servicio público.
- Se ejecutaron acciones de interiorización del código de integridad.
- Se realizó evaluación de la percepción de aplicación del código de integridad.
- Conformado el comité de convivencia laboral.
- Se realiza monitoreo desde control interno a los riesgos de corrupción.

Lineamiento 2: Mecanismos para supervisar el sistema de control interno.

- Conformado y operativo el comité coordinador de control interno donde se aprobó el plan de auditorías de la vigencia.
- Establecido el esquema de líneas de defensa del MECI, dentro de la política de administración del riesgo. Esta ha sido socializada a los líderes de procesos y está en proceso de implementación en los procesos.

Lineamiento 3: Planeación estratégica y política de administración de riesgos.

- La entidad formuló la política de administración del riesgo según la Guía establecida por DAFP en el marco de MIPG.
- Durante el periodo evaluado se formuló el Plan de desarrollo para el periodo 2024-2028, de forma participativa y con articulación a la planeación Nacional, Departamental y Municipal.

			<p>Lineamiento 4: compromiso con la competencia del personal durante todo su ciclo (ingreso – permanencia-retiro).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formulados y en ejecutan los planes de talento humano (estratégico, capacitaciones, bienestar e incentivos, seguridad y salud en el trabajo).</li> <li>○ Se ejecutan las acciones de inducción y reinducción para los colaboradores, en los temas de mayor relevancia para la gestión de los procesos.</li> <li>○ Se ejecutan las siguientes acciones de evaluación: contratistas a través de la supervisión de cada contrata, inscrito en carrera a través del sistema tipo de evaluación del desempeño, el gerente a través del plan de gestión de la gerencia y subdirectora administrativa a través del acuerdo de gestión.</li> </ul> <p>Lineamiento 5: Líneas de reporte en la entidad para evaluar el sistema de control interno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cada año se revisa y se aprueba un Plan anual de auditoría interna, con los planes y procesos prioritarios, así como los asuntos establecidos por norma para su evaluación por control interno y para el sistema de garantía de la calidad de la atención en salud.</li> <li>○ La dirección de la entidad analiza los informes presentados por evaluador independiente de control y toma medidas de acuerdo con los resultados.</li> </ul>
<p>Evaluación de riesgos</p>	<p><b>Si</b></p>	<p><b>62%</b></p>	<p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</b></p> <p>Lineamiento 6: Definición de objetivos claros para identificación de los riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Actualizar la documentación de todos los procesos definidos en el modelo de operación de la entidad.</li> <li>○ Actualizar la política de administración de riesgos con la última versión de la metodología, expedida por el DAFP.</li> </ul> <p>Lineamiento 7: Identificación y análisis de los riesgos.</p>

- Consolidar información de riesgos materializados desde segunda línea de defensa (líder de seguridad del paciente, de gestión de residuos, de seguridad y salud en el trabajo, de seguridad de la información, de gestión del talento humano y supervisores de contratos).
- Gestionar todos los riesgos materializados (análisis, acciones de mejora, seguimiento), no solo los asistenciales.

Lineamiento 8: Evaluación del riesgo de fraude o corrupción.

- Aplicar la metodología de administración de riesgos a todos los procesos institucionales.

Lineamiento 9: Identificación de cambios administrativos.

- Realizar la gestión de riesgos y seguimiento a la gestión de estos por parte de líderes de procesos, analizar resultados desde la dirección y tomar medidas según el estado de los controles.
- Documentar los análisis de los cambios organizacionales y su impacto en los controles internos.

FORTALEZAS:

Lineamiento 6: Definición de objetivos claros para identificación de los riesgos.

- Cada proceso cuenta con su objetivo y alcance definido. Este es específico, medible, medible y alcanzable.

Lineamiento 7: Identificación y análisis de los riesgos.

- Se ha realizado capacitación a los líderes de procesos sobre la metodología para la gestión por procesos y la administración del riesgo.

Lineamiento 8: Evaluación del riesgo de fraude o corrupción.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ En la entidad se han definido los procesos objeto de riesgos de corrupción, previo análisis de contexto.</li> <li>○ Para el 2024 se formuló el mapa de riesgos de corrupción para cada año, como uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</li> <li>○ El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fue publicado y se realizaron los seguimientos de acuerdo con la normatividad vigente.</li> <li>○ Para la ejecución de actividades de control se tiene evaluador independiente de control interno y funciones asignadas a los responsables de los procesos de acuerdo con la planta de cargos disponibles y el Manual de funciones.</li> <li>○ Se revisa la ejecución de controles a través de comités, auditorías internas y externas.</li> </ul> <p>Lineamiento 9: Identificación de cambios administrativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los riesgos asociados a la contratación son analizados por supervisores asignados.</li> </ul>
<p>Actividades de control</p>	<p>Si</p>	<p>65%</p>	<p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p> <p>Lineamiento 10: Diseño y desarrollo de actividades de control.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definir controles alternativos ante la falta de segregación de funciones por falta de recursos.</li> <li>○ Complementar y actualizar la documentación de los procesos institucionales y el diseño de controles para el manejo de los riesgos.</li> <li>○ Realizar seguimiento y evaluación a los riesgos y controles por parte de los líderes de procesos.</li> </ul> <p>Lineamiento 11: Diseño y desarrollo de controles sobre las TI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realizar auditoría a los controles de TI a partir de los planes institucionales.</li> <li>○ Mantener actualizada una matriz de roles y usuarios para el acceso a las diferentes plataformas TI.</li> </ul> <p>Lineamiento 12: Despliegue de políticas y procedimientos en TI.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realizar evaluación al proceso de gestión de la información, al Plan estratégico de seguridad y privacidad de la información y al manejo de estos riesgos, por líneas de defensa.</li> </ul> <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <p>Lineamiento 10: Diseño y desarrollo de actividades de control.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se tiene avance en el diseño y desarrollo de actividades de control de acuerdo con los procesos, la estructura organizacional y Manual de Funciones y Competencias, segregando las funciones en lo posible con los recursos de la entidad.</li> <li>○ Se vienen desarrollando otros sistemas de gestión como el de Garantía de la Calidad en Salud, Seguridad y Salud en el Trabajo, articulándolo al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</li> </ul> <p>Lineamiento 11: Diseño y desarrollo de controles sobre las TI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se realiza seguimiento a proveedores de TI a través de la supervisión de los contratos y de la dependencia de sistemas de información.</li> </ul> <p>Lineamiento 12: Despliegue de políticas y procedimientos en TI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se definió el enfoque para la gestión de la seguridad y privacidad de la información, a través del plan documentado para la entidad.</li> </ul>
<p><b>Información y comunicación</b></p>	<p><b>Si</b></p>	<p><b>59%</b></p>	<p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</b></p> <p>Lineamiento 13: Identificación y utilización de información relevante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Designar o contratar personal idóneo para diseñar las tablas de retención documental, el inventario de información interna y externa y en general para aplicar las políticas de la gestión documental.</li> </ul>

- Se deben implementar los planes de seguridad y privacidad de la información y del manejo de los riesgos.

Lineamiento 14: Comunicación interna.

- Continuar fortaleciendo la gestión de la correspondencia.
- Designar recurso humano idóneo para fortalecer las comunicaciones institucionales.

Lineamiento 15: Comunicación externa.

- Realizar la caracterización completa de los grupos de interés.
- Gestionar el sitio web y mejorar la publicación de la información de acuerdo con los requisitos de ley de transparencia.
- Evaluar la efectividad los canales de comunicación.
- Mejorar el análisis de resultados de la satisfacción del usuario por los responsables de los procesos.

FORTALEZAS:

Lineamiento 13: Identificación y utilización de información relevante.

- Se cuenta con un software institucional que permite captura, procesamiento y generación de información en los diferentes procesos, tanto en el área administrativa como asistencial.
- Durante 2024 la entidad contrató la asistencia técnica necesaria para mantener la operación estable de software.
- El sistema de información permite la generación de datos necesarios para cumplir con los reportes oportunos a los diferentes organismos de control y otras partes interesadas, durante la vigencia 2024.

Lineamiento 14: Comunicación interna.

- Se desarrollan acciones de comunicación interna en uso de los canales disponibles. Se hace la difusión de la información relevante para la organización.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se encuentra operativa la Oficina de Información y Atención al Usuario a través de la cual se recepcionan y gestionan las manifestaciones presentadas por los usuarios, la evaluación de la satisfacción de los servicios y se lidera la participación social en salud.</li> </ul> <p>Lineamiento 15: Comunicación externa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se desarrollan acciones de comunicación en cada vigencia en uso de los canales disponibles.</li> <li>○ La ESE documentó las políticas relacionadas con la seguridad de la información.</li> <li>○ Se dispone de canales de comunicación con los grupos de valor e interesados, entre ellos, página web, redes sociales, radio y televisión local, carteleras, brigadas, audiencias de rendición de cuentas, reuniones y brigadas de salud.</li> <li>○ Se tiene implementada la realización de auditoría interna semestral al proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario y se implementan acciones de control al proceso.</li> </ul>
<p><b>Monitoreo</b></p>	<p><b>Si</b></p>	<p><b>77%</b></p>	<p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p> <p>Lineamiento 16: Evaluaciones para determinar si los componentes del sistema de control están presentes y funcionando.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mejorar la operatividad de la segunda línea de defensa acorde con el tamaño de la entidad y la cantidad de recurso humano para desarrollar el sistema.</li> </ul> <p>Lineamiento 17: Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Analizar los informes de control interno en función del impacto en el sistema de control interno y la toma de decisiones.</li> <li>○ Mejorar el seguimiento a planes de mejoramiento desde la primera y segunda línea de defensa.</li> </ul> <p>FORTALEZAS:</p>

			<p>Lineamiento 16: Evaluaciones para determinar si los componentes del sistema de control están presentes y funcionando.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se formuló el programa de auditoría interna vigencia 2024, lo aprobó el comité coordinador de control interno y se ejecutó según lo programado.</li> <li>○ La gerencia de la entidad analiza los informes de control interno y en general toma medidas para acatar las recomendaciones para la mejora de los procesos.</li> <li>○ Los informes de los entes externos son revisados para identificar las oportunidades de mejora y formular el plan de mejoramiento respectivo.</li> </ul> <p>Lineamiento 17: Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se realiza supervisión de los contratos para tercerización o prestación de servicios para minimizar los riesgos del contrato.</li> <li>○ Con base en los resultados de las auditoria externas (Contraloría, EAPB), se documentan los respectivos planes de mejoramiento, a los cuales se ha realizado seguimiento.</li> </ul>
--	--	--	--

### Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

<p><b>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</b></p>	<p>En proceso</p>	<p>De acuerdo con la evaluación realizado al Sistema de Control Interno en el segundo semestre del año 2024 en los diferentes componentes que hacen parte de la dimensión No. 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se puede concluir que se han realizado actividades para desarrollar cada uno de los componentes, lo que permite establecer los avances en su implementación.</p> <p>El resultado promedio de evaluación para los cinco (5) componentes del MECI fue del 66%. Esta calificación indica que están operando los componentes del control interno, aunque se requiere mejorarlos.</p>
---	-------------------	---

<p><b>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</b></p>	<p>Si</p>	<p>En general el sistema de control interno ha contribuido al logro de los objetivos, tanto a nivel institucional como por procesos, pero presentando oportunidades de mejora en los diferentes componentes, las cuales se deben intervenir para mejorar el nivel de efectividad deseado.</p>
<p><b>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):</b></p>	<p>Si</p>	<p>En la Institución se tienen identificadas las diferentes líneas de defensa y los roles que deben ejercer para el Sistema de Control Interno y durante el periodo evaluado se realizó socialización a los líderes de procesos. Sin embargo, es necesario fortalecer la difusión para mejorar su operatividad en el ejercicio del control de riesgos en la ESE.</p>

## **CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA/ RECOMENDACIONES:**

### **COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL:**

- Establecer los mecanismos para la resolución de conflictos de interés.
- Formalizar una línea específica de denuncia interna sobre situaciones irregulares o incumplimientos al código de integridad.
- Fortalecer la aplicación del rol de segunda línea de defensa de acuerdo con las condiciones de la ESE Hospital Francisco Eladio Barrera.
- Ampliar a todos los procesos la aplicación de la política de administración del riesgo, con la debida participación de todos los líderes los procesos.
- Realizar evaluación de eficacia del plan institucional de capacitaciones.
- Evaluar el impacto del Plan institucional de capacitaciones.
- Implementar una metodología de evaluación de personal nombrado en provisionalidad.
- Implementar evaluaciones relacionadas con el retiro del personal.
- Mejorar la cobertura en el diseño de controles en los procesos de acuerdo con los riesgos.

### **COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS:**

- Actualizar la documentación de los procesos definidos en el modelo de operación de la entidad.
- Consolidar información de riesgos materializados desde segunda línea de defensa (líder de seguridad del paciente, de gestión de residuos, de seguridad y salud en el trabajo, de seguridad de la información, de gestión del talento humano y supervisores de contratos).
- Gestionar todos los riesgos materializados (análisis, acciones de mejora, seguimiento) incluidos los administrativos.
- Aplicar la metodología de administración de riesgos a todos los procesos institucionales.
- Realizar la gestión de riesgos y seguimiento a la gestión de estos por parte de líderes de procesos.
- Analizar los resultados de la gestión de riesgos desde la dirección para tomar medidas según el estado de los controles.
- Documentar los análisis de los cambios organizacionales y su impacto en los controles internos.

### **COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL:**

- Definir controles alternativos ante la falta de segregación de funciones por falta de recursos.
- Complementar y actualizar la documentación de los procesos institucionales y el diseño de controles para el manejo de los riesgos.
- Realizar seguimiento y evaluación a los riesgos y controles por parte de los líderes de procesos.

- Realizar auditoria a los controles de TI a partir de los planes institucionales.
- Mantener actualizada una matriz de roles y usuarios para el acceso a las diferentes plataformas TI.
- Realizar evaluación al proceso de gestión de la información, al Plan estratégico de seguridad y privacidad de la información y al manejo de estos riesgos, por líneas de defensa.

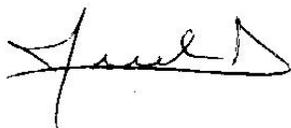
#### COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:

- Designar o contratar personal idóneo para diseñar las tablas de retención documental, el inventario de información interna y externa y en general para aplicar las políticas de la gestión documental.
- Se deben implementar los planes de seguridad y privacidad de la información y del manejo de los riesgos.
- Continuar fortaleciendo la gestión de la correspondencia.
- Designar recurso humano idóneo para fortalecer las comunicaciones institucionales.
- Realizar la caracterización completa de los grupos de interés.
- Gestionar el sitio web y mejorar la publicación de la información de acuerdo con los requisitos de ley de transparencia.
- Evaluar la efectividad los canales de comunicación.
- Mejorar el análisis de resultados de la satisfacción del usuario por los responsables de los procesos.

#### COMPOONENTE: MONITOREO:

- Mejorar la operatividad de la segunda línea de defensa acorde con el tamaño de la entidad y la cantidad de recurso humano para desarrollar el sistema.
- Fortalecer el análisis de los informes de control interno en función del impacto en el sistema de control interno.
- Mejorar el seguimiento a planes de mejoramiento desde la primera y segunda línea de defensa.

Atentamente,



**MARTIN ALVAREZ MONTOYA**  
Asesor de Control Interno