

INFORME DE EVALUACION INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA



ALEJANDRO MUÑOZ ARREDONDO
ASESOR DE CONTROL INTERNO

Período evaluado:
Primer Semestre 2026

Fecha de elaboración:
JULIO 2026

De conformidad con las disposiciones contenidas en el **Artículo 156 del Decreto, Ley 2106 de 2019**, el cual modificó el **artículo 14 de la Ley 87 de 1993**, y que adicionalmente se rigen por los lineamientos técnicos y la **Circular Externa 100-006 de 2019** emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el Asesor de Control Interno de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, presenta y publica el informe sobre el estado del Sistema de Control Interno de la Entidad. Y teniendo en cuenta 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 imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Según del **Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017**, se establece la actualización del MECI, a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento, dicho manual operativo establece la nueva estructura del MECI que se fundamenta en cinco componentes a saber: 1. Ambiente de control, 2. Administración del riesgo, 3. Actividades de control, 4. Información y comunicación, 5. Actividades de monitoreo; esta estructura está conformada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo esta una tarea exclusiva de la oficina de Control interno: 1. Línea estratégica, conformada por la alta dirección y el equipo directivo, 2. Primera línea, conformada por el gerente público y los líderes del proceso, 3. Segunda línea, conformada por servidores responsables del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (Jefes de Planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comité de riesgos, de contratación, entre otros) y 4. Tercera línea, conformada por la oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

Según **Decreto 648 de 2017 Artículos 2.2.21.1.5 2.2.21.1.6** y mediante **Resolución 345 de 2019**, se crea el comité institucional de coordinación de control interno, como instancia de asesoría y

decisión en los asuntos de control interno de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia.

1. Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Municipio de Santa Fe de Antioquia y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema a partir de la normativa vigente, de los informes presentados por el jefe de control interno o quien haga sus veces, de los organismos de control y de las recomendaciones de otras instancias institucionales, como el Comité de Gestión y Desempeño u otros que suministren información relevante para la mejora del sistema.
2. Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Municipio de Santa Fe de Antioquia presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan, de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.
3. Aprobar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del auditor, así como verificar su cumplimiento.
4. Revisar la información contenida en los estados financieros de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Municipio de Santa Fe de Antioquia y hacer las recomendaciones a que haya lugar, en coordinación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
5. Servir de instancia para resolver las diferencias que surjan en desarrollo del ejercicio de auditoría interna, siempre que se haya surtido el conducto regular ante la Oficina de Control Interno, de manera previa a la entrega del informe final de auditoría.
6. Conocer y resolver los conflictos de interés que afecten la independencia de la auditoría.
7. Someter a aprobación del Representante Legal de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Municipio de Santa Fe de Antioquia la política de administración del riesgo previamente estructurada por parte de la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa en la entidad; hacer seguimiento para su posible actualización y evaluar su eficacia frente a la gestión del riesgo institucional. Se deberá hacer especial énfasis en la prevención y detección de fraude y mala conducta.
8. Proporcionar información para conocer si el Sistema de Control Interno se encuentra presente y funcionando efectivamente.
9. Coordinar y asesorar el diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional, de conformidad con las normas vigentes y las características de cada organismo o entidad.
10. Impartir los lineamientos para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del Sistema de Control Interno.
11. Verificar la efectividad del sistema de control interno para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las

actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana, conforme a las directrices dadas por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.

12. Evaluar, decidir y adoptar oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema de control interno que presente en sus informes la Oficina de control Interno.

13. Analizar los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones que presente el jefe de control interno de la entidad, a fin de determinar las mejoras a ser implementadas en la entidad.

14. Definir mejoras al Modelo Integrado de Planeación y Gestión implementado por la entidad, con especial énfasis en las actividades de control establecidas en todos los niveles de la organización, información que deberá ser suministrada al Comité de Gestión y Desempeño para su incorporación.

15. Analizar las recomendaciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en relación con las políticas de gestión y desempeño que puedan generar cambios o ajustes a la estructura de control de la entidad.

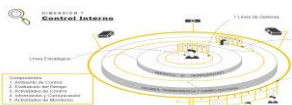
16. Las demás siempre que tengan relación con el sistema de control interno.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, se presenta el siguiente Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, según la nueva estructura de del Modelo Estándar de Control Interno MECI bajo los 5 componentes de control (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, resaltando las actividades por la ESE en el Primer Semestre de 2026.

Nombre de la Entidad:
Periodo Evaluado:

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA

1 DE ENERO A 30 DE JUNIO DE 2026



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

85%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	En la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia todos los componentes están operando juntos unos con mayores avances que otros estos componentes están operando en un proceso de evolución progresiva; en la Entidad se cuenta con un ambiente de control que permite disponer de condiciones para el ejercicio de Control Interno/Autocontrol; se cuenta con el cumplimiento, desarrollo y lineamientos de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Control Interno, operando de forma articulada. Resaltando el Autocontrol como la base y el principio de nuestras actuaciones.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, define y desarrolla actividades de control que ayudan a la mitigación de riesgos hasta niveles aceptables, tal que garanticen la consecución de los objetivos institucionales; el sistema de control interno de la entidad ha permitido y contribuido al cumplimiento de dichos objetivos institucionales.
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	La ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia tiene identificadas las líneas de defensa en su sistema de control interno a través de su estructura organizacional, el sistema de líneas de defensa están definidas dentro de la política de administración del riesgo; en la Entidad la primera, segunda y tercera línea de defensa están presentes y funcionando, como primer mecanismo de defensa la entidad cuenta con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, donde se realiza seguimiento a todas las acciones de planeación y ejecución de control interno, así mismo se evalúa el resultado de las estrategias de control y mitigación del riesgo, con el fin medir su eficiencia.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	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	94%	En este componente la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia dentro de sus fortalezas, cuenta con la implementación de planes y programas formulados en el plan de gestión, para asegurar que el ambiente de control permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno, se requiere un alto compromiso de la alta dirección que permita establecer lineamientos para continuar fortaleciendo el sistema de control interno, definiendo las políticas adecuadamente, el liderazgo y la participación de la alta dirección es muy importante. Finalmente se anima a continuar con las acciones planteadas para la implementación de un buen Ambiente de Control en la entidad, entendiendo que estas no sólo deben encontrarse documentadas, sino que su ejecución, evaluación y registro son lo más importante con el fin de generar un impacto positivo en la entidad y lograr medir la eficacia y efectividad de las acciones generando una trazabilidad clara que permita autoevaluarnos. La Entidad ha definido las normas de conducta sobre las cuales se soporta el desarrollo del Sistema de Control Interno, se observan actividades de socialización y difusión de prácticas de integridad. El sistema se ha fortalecido frente a la documentación de las acciones a ejecutar, vía procesos, planes, políticas, manuales, guías, formatos, etc. Evidenciándose el interés por parte de la Entidad de aplicar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, articulándose desde su plataforma estratégica en adelante y el sistema de gestión de calidad ISO 9001, todo el engranaje institucional con el fin de mejorar continuamente a partir de la ejecución de actividades con adherencia al MIPG.	89%	Fortalezas: Desde la Junta Directiva como órgano de máxima autoridad de la entidad se cuenta con todo el apoyo, respaldo y credibilidad a la unidad de control interno. Se cuenta con espacios en las reuniones de la misma como invitado a socializar temas de interés como informes de auditorías, seguimiento al plan de acción, resultados del FURAG, y en casos que requieren de aclarar o socializar temas específicos. También se cuenta con el respeto y credibilidad del equipo directivo con quien se comparte cada mes un informe de recomendaciones de los hallazgos que se evidencian en el normal desarrollo de los procesos y procedimientos, además de los informes de ley que se comparten con ellos. Se cumple con la programación de reuniones del comité coordinador de Control Interno conformado por gerente, subgerente administrativa y financiera y subgerencia científica. En el segundo semestre 2025 estuvo vigente y activo el comité de Gestión y desempeño con reuniones mensuales, donde se contó con un espacio cada mes para capacitar y socializar los temas del MIPG, avances de la medición del Plan operativo 2025, resultados del FURAG 2024 presentados en el 2025 y temas temas de interés que deben socializar desde la unidad de Control Interno de Gestión. También se asiste como invitado a los demás comités institucionales donde se identifican oportunidades de mejora que son socializadas a la alta dirección y a los referentes o líderes de áreas. Debilidades: La unidad de Control Interno de Gestión realiza trazabilidad en todos los Procesos y Procedimientos de la entidad como insumo para su gestión. Además, se da cumplimiento a las auditorías de control interno, acorde con el Plan de auditorías 2025, el cual fue socializado en el comité de Auditoría y aprobado en el comité coordinador de control interno de la Entidad. Se participa de la reunión gerencial diaria con el personal asistencial, lo que permite hacer trazabilidad a los distintos procesos.	8%
Evaluación de riesgos	Si	81%	Es importante dar a conocer que la Entidad ha venido trabajando en el fortalecimiento de la cultura de gestión del riesgo, mejorando la adherencia, promoción y seguimiento de los riesgos de acuerdo con la metodología vigente y al cumplimiento de los objetivos de los procesos, avanzando su objetivo, convirtiéndola en una herramienta indispensable de control, permitiendo ejecutar cada uno de sus procesos superando los aspectos críticos y los riesgos que los amenazan. Es importante que la Entidad fortalezca el rol de planeación en la gestión del riesgo, formular y aplicar planes de mejoramiento para los ajustes en controles y riesgos materializados.	76%	Fortalezas: Se cuenta con la resolución No. 672 del 16 de diciembre de 2023 "Por la cual se crea el comité de gestión integral de riesgos de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia", con la resolución No. 425 del 10 de agosto de 2023 "en la cual se institucionaliza la Política para la administración del riesgo y se cuenta con el procedimiento de gestión del riesgo". En el 2024 se actualizó la matriz de riesgos institucional, quedando con 132 riesgos definidos así: 92 riesgos propios de la operación en salud (35 misionales, 48 de apoyo, 7 estratégicos y 2 de evaluación y control) y 40 riesgos de SARLAFT, en el segundo semestre 2025 se actualizará la matriz de riesgos por la oficialidad y se hará seguimiento por la unidad de Control Interno de Gestión. Desde el proceso de seguridad del paciente se fortalece en el 2025 el tema de riesgos relacionado con la asistencial.	4%
Actividades de control	Si	79%	Se evidencia que continua el compromiso de los servidores con el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos, sin embargo es necesario realizar nuevamente la revisión de la pertinencia de los actuales procesos y procedimientos de la Entidad y garantizar la documentación y socialización de estos. Teniendo en cuenta que es la aplicación de los procesos y procedimientos los que se configuran en las medidas de control para evitar la materialización de los riesgos y aportar elementos necesarios para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y los objetivos de los procesos. Se han establecido políticas y procedimientos que permiten implementar las directrices de la Alta Dirección y en general son socializadas y consultadas por los responsables de su ejecución y se ha realizado evaluación a la actualización de la documentación. Se ha realizado evaluación independiente al diseño de los controles, que ha permitido obtener recomendaciones para la mejora y optimización de las actividades de control que deben ser implementadas. Se le ha dado continuidad al sistema de gestión de calidad ISO 9001. La Oficina Control Interno y la Oficina de Calidad, se encuentran trabajando en la articulación del Control Interno y de Calidad, con el propósito de lograr una articulación de cara a la misión y visión institucional la cual se resume en la acreditación del Hospital.	73%	Fortalezas: En el 2025 el Plan de auditoría se construye basado en la materialización de riesgos, tomando los procesos de gestión administrativa y financiera en los subprocesos de Tesorería, Contabilidad, Ejecución presupuestal y Costos, con el fin de fortalecer y hacer seguimiento al cuidado de los recursos de la Entidad. Las auditorías se inician en el mes de marzo de 2025 y se encuentran en ejecución a la fecha de junio de 2025. Se realizan arqueos de caja y revisión de libro diario al procedimiento de tesorería, a la caja menor y a los puntos de recibo de admisiones, urgencias, centro de salud del plano de bolver y al Centro de Atención a la Primera Infancia-CAPI. Se realiza circularización de cuentas por pagar a proveedores. Desde calidad se monitorea y hacen seguimiento a la matriz de riesgos con el fin de evidenciar si se materializa uno de ellos e implementar planes de mejora. Desde la unidad de Control Interno se presenta un informe mensual de recomendaciones a la gerencia con los hallazgos de auditoría del seguimiento a los procesos que pueden existir.	6%
Información y comunicación	Si	84%	La Entidad, garantiza la información y comunicación como eje transversal a todos los procesos institucionales. No obstante se requiere configurar un proceso de comunicación interna y externa acorde a las necesidades y el crecimiento institucional. La Entidad debe propender por fortalecer sus sistemas de información en el marco de proyectos de TI, que permitan consolidar la estructura empresarial de tecnología de información y comunicación, evitando la materialización de riesgos que afecten el proceso tecnológico. Continuar avanzando en la integración de un solo software que articule, consolide y procese toda la información asistencial y administrativa, generando para ello un monitoreo y seguimiento riguroso al cumplimiento de las obligaciones y tareas específicas establecidas, representado en cada uno de los líderes de los procesos, de tal manera que mediante ejercicios de simulación y paralelos con el actual software, seguir fortaleciendo la dimensión N°5 Información y Comunicación de acuerdo con cada una de sus políticas y continuar con el cargo de la información en la página web oficial de la Entidad en cumplimiento de la ley 712 de 2014, de tal manera que se continúe avanzando en el Nivel de Calidad de la Plataforma (ITA) hasta alcanzar los 100 puntos y con ello, en el fomento de la participación ciudadana. Igualmente, la entidad cuenta con redes sociales, administradas por el equipo de comunicación, estas son Facebook y WhatsApp, que cada vez adquieren mayor relevancia y posicionamiento tanto al interior de la entidad como entre la ciudadanía en general a través de los cuales permanentemente se publica información sobre la gestión y las actividades ejecutadas por las diferentes dependencias de la entidad. Se continúa requiriendo la implementación de acciones de mejoramiento que den cumplimiento a las políticas en materia de gestión documental, como eje fundamental para la operación de la información. (Archivo clínico y Archivo Administrativo).	80%	Fortalezas: Desde la unidad de Control Interno de gestión se aprovecha los espacios en el comité de gestión y desempeño cada mes para socializar con el equipo de referentes las novedades generales y las de auditoría basada en riesgos desde el MIPG. Desde el comité Coordinador de Control Interno se socializa la conformación de la matriz de riesgos y sus avances. Se participa del proceso de información y atención al usuario y se hace seguimiento al desarrollo de sus funciones y actividades, desde donde se comunica a los usuarios sobre cualquier inquietud y se aclaran temas minimizando el tema reputacional, al igual con la Asociación de Usuarios en la apertura de buzones y en sus reuniones y capacitaciones mensual. Cada trimestre se presenta un informe de recomendaciones al gerente y directivas con la identificación de posibles riesgos y se realiza Plan de mejora. En el segundo semestre 2025 se realizó rendición de cuentas a los distintos grupos de interés, con el fin de informarle a la comunidad la realidad de la gestión por parte de las directivas, al igual que se asiste a las sesiones del honorable concejo municipal desde donde se rinde información y se aclaran dudas e inquietudes de los concejales como responde se expone el avance de la gestión y se escuchan las recomendaciones de los ediles en calidad de representantes de la ciudadanía.	4%
Monitoreo	Si	89%	Se destaca el cumplimiento al Plan Anual de Auditoría propuesto para la vigencia 2026, con el objetivo de verificar la efectividad de los controles y mitigar los riesgos que afecten el cumplimiento del objetivo de los procesos. Los resultados de todos estos seguimientos e informes se reportaron a la Primera Línea de Defensa (Líderes de Procesos) Segunda Línea de Defensa (Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional) y Línea Estratégica (Gerencia). La Oficina de Control Interno de la Entidad, en coordinación con la Oficina de Calidad y en cumplimiento al Plan Anual de Auditorías de la Vigencia 2026, realizó las auditorías de ley, las auditorías especiales, las auditorías a procesos y procedimientos derivadas de la matriz de priorización de riesgos, realizó seguimiento a los planes de mejoramiento internos derivados de las auditorías externas de la Contraloría General de Antioquia. Se ha generado un enfoque hacia la autoevaluación mediante la ejecución periódica de acciones de monitoreo a los riesgos y a otras acciones de control asociadas al cumplimiento de metas. En las sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se realiza seguimiento permanente a los principales resultados de las auditorías y seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno, lo que permite establecer acciones de mejora o tomar decisiones sobre aspectos prioritarios que en estos ejercicios se hayan observado.	84%	Fortalezas: La entidad cuenta con un proceso de Control Interno documentado desde el año 2021, programado para actualizar en el segundo semestre 2025. Se tiene un manual de auditoría interna de Control Interno del año 2018, el cual será actualizado en el segundo semestre 2018. Se cuenta con un procedimiento de auditoría interna de Control Interno del año 2023. Se tiene un procedimiento de evaluación del sistema de Control Interno del año 2024. Se cuenta con un formato para el plan anual de auditoría y de arqueo de caja menor. Se cuenta con un procedimiento de gestión del riesgo de 2021. Se tiene una política de gestión del riesgo. Se cuenta con un comité de gestión integral del riesgo. El gerente y su equipo administrativo le apuesta a la cultura del autocontrol. La oficina de Calidad verifica el estado de los riesgos asistenciales con los líderes de procesos y la oficina de Control Interno de Gestión hacemos seguimiento a los riesgos de apoyo y/o administrativos.	8%

RECOMENDACIONES

- Se da cumplimiento a las publicaciones de planes Institucionales teniendo en cuenta los términos establecidos en el Decreto 612 de 2018, no obstante, está pendiente socializar y publicar algunos de los procesos que la norma en mención define.
- Continuar fortaleciendo la divulgación de nuestras políticas de operación institucionales a fin de que los procesos se armonicen a la planificación estratégica de la Entidad.
- Promover, a todos los funcionarios públicos de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia la firme convicción de que nuestros usuarios son la razón de ser de la misión institucional y que la gestión de los procesos debe estar encaminada al logro de los resultados en términos de eficiencia y eficacia.
- Fortalecer la participación en los espacios de capacitación en todos los colaboradores, para que sea mayor la productividad de estas mismas, impactando en los temas de autocontrol, administración del riesgo, clima laboral liderazgo, de tal manera que a corto plazo se logre un mejor desempeño de los funcionarios frente al sistema calidad y satisfacción de nuestros pacientes.
- Se continua con la implementación y ajustes para dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, relacionado con la integración y articulación del Modelo Integrado de Gestión y Planeación- MIPG, a partir del resultado del autodiagnóstico realizado por las diferentes dependencias, como herramienta dispuesta por el DAFP.
- Fortalecer el Sistema de Control Interno en armonía con el Sistema de Gestión de Calidad acorde con la normatividad, priorizando la formalización de procesos y procedimientos promoviendo el autocontrol en los colaboradores.
- Seguir fortaleciendo la actualización de la página web de la Entidad, en cumplimiento a la Ley 1712 de 2014.
- La Entidad optimiza el desarrollo del modelo de talento humano como proceso trazador para los demás componentes del sistema. Para que esto sea posible, la ESE realiza un plan de gestión de este importante recurso que permita optimizar los tiempos en la formulación y actualización de los elementos que integran este componente.

- El Hospital de manera periódica fortalece las estrategias que vinculen y den mayor participación a la ciudadanía en los diferentes procesos de planeación y gestión institucional.

Se diseña de manera permanente por parte de la Gerencia del Hospital prácticas para incentivar la gestión, el seguimiento y formulación de acciones que permitan alcanzar los objetivos institucionales, así como el bienestar laboral y la conservación y transferencia del conocimiento.

- Finalmente se concluye que el Sistema de control interno cuenta con una adecuada implementación acorde a la normatividad aplicable y a las características propias del Hospital San Rafael como entidad de Salud.

CONTROL DOCUMENTAL	
Fecha de elaboración:	Julio de 2026
Oficio proyectado por:	Alejandro Muñoz Arredondo.