

**INFORME DE GESTIÓN, EVALUACIÓN Y AUDITORÍA OFICINA DE
CONTROL INTERNO SEGÚN CIRCULAR 01 DEL 2021
PERIODO 2022-2025**



- ✓ Ley 1474 de 2011
- ✓ Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012.
- ✓ Decreto Ley 019 de 2019
- ✓ Ley 1757 de 2015
- ✓ Decreto 124 de 2016

POR LA EXCELENCIA EN SALUD...

Fecha de corte: Diciembre 30 de 2025



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO

INFORME FINANCIERO

AUSTERIDAD DE GASTO

INFORME PQRS

PLAN ANTICORROPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

AUDITORIA EFECTUADAS

INFORMACIÓN SARLAFT Y SICOF

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

ANÁLISIS CONTROL INTERNO CONTABLE

ANÁLISIS DE RIESGO – CONTROL INTERNO

CONCEPTO DEL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Hospital Departamental
Tomás Uribe Uribe
de Tuluá - E.S.E.

POR LA EXCELENCIA EN SALUD...

¡ Siempre a tu lado !

INTRODUCCION

La E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe” de Tuluá reconoce el Sistema de Control Interno como un componente esencial de su estructura administrativa y funcional, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 209 y 269 de la Constitución Política y la Ley 87 de 1993. En este marco, la entidad acata lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2015 y sus modificaciones (Decretos 648 de 2017 y 1499 de 2017), relacionados con los roles de las Oficinas de Control Interno y la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, así como las directrices de los órganos asesores en la materia.

En el contexto del MIPG, el Sistema de Control Interno corresponde a la Dimensión 7, consolidándose como una herramienta estratégica para el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Su operación se fundamenta en la evaluación independiente de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno – MECI (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Monitoreo), en concordancia con el rol de la tercera línea de defensa.

En este sentido, la Oficina de Control Interno presenta el estado del Sistema de Control Interno, el avance en la implementación del MIPG y las recomendaciones orientadas al fortalecimiento institucional, con base en las actividades desarrolladas en el marco del Programa Anual de Auditoría.

ALCANCE

El presente informe comprende la evaluación del estado del Sistema de Control Interno de la entidad, correspondiente al periodo comprendido entre el **01 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2025**, considerando su nivel de implementación, operación, sostenibilidad y efectividad en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Incluye la revisión del grado de articulación del Sistema de Control Interno con las dimensiones y políticas del MIPG, así como la verificación del funcionamiento de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno – MECI: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo.

De igual manera, contempla el análisis de las actividades desarrolladas por la Oficina de Control Interno en cumplimiento de los roles de la tercera línea de defensa, en el marco del Programa Anual de Auditoría, incluyendo acciones de evaluación independiente, seguimiento, asesoría y acompañamiento.

Finalmente, el informe integra los resultados de la gestión institucional y de la Oficina de Control Interno, orientados al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y, en general, a la consolidación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

METODOLOGIA

Para la elaboración del presente informe, la Oficina de Control Interno aplicó una metodología basada en el enfoque de auditoría interna y evaluación independiente, conforme a los lineamientos establecidos en el MIPG y el MECI, así como en las buenas prácticas en materia de control interno.

El proceso incluyó:

- Revisión y análisis de información documental, normativa y reportes institucionales.
- Evaluación de la implementación y funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.
- Verificación del cumplimiento de las dimensiones y políticas del MIPG.
- Seguimiento a planes de mejoramiento y acciones correctivas.
- Análisis de riesgos institucionales y controles asociados.
- Aplicación de criterios de juicio profesional, independencia y objetividad en la evaluación.

Como resultado, se emitió un concepto sobre el estado del Sistema de Control Interno, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, junto con las recomendaciones orientadas al fortalecimiento institucional y al mejoramiento continuo.

INFORME DE CONTROL INTERNO 02 DE ENERO 2022 -31 DICIEMBRE DE 2025

La Oficina de Control Interno de Gestión de la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe” de Tuluá, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y de los roles definidos en el Decreto 648 de 2017 —liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de riesgos, relación con entes externos, evaluación y seguimiento— desarrolló sus actividades durante el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2025.

Durante este periodo, su gestión estuvo orientada al diseño, fortalecimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno, alineando sus actuaciones con lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993, en especial en lo relacionado con la observancia de los principios constitucionales que rigen la función administrativa, así como con la evaluación permanente de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema.

En este contexto, y en cumplimiento de lo establecido en la Constitución Política, la normatividad vigente y el manual de funciones del cargo, corresponde a la Oficina de Control Interno identificar oportunamente situaciones susceptibles de mejora, riesgos o posibles desviaciones, elaborando los informes respectivos y remitiéndolos a las dependencias competentes para su conocimiento, análisis y adopción de acciones.

Cabe señalar que dichos informes constituyen insumos técnicos para la toma de decisiones y, en caso de ser requeridos por autoridades competentes, podrán adquirir valor probatorio dentro de las actuaciones administrativas a que haya lugar

JUSTIFICACION

Los informes de control interno constituyen una herramienta estratégica para la alta dirección, en la medida en que permiten evaluar de manera integral la gestión institucional, verificar el cumplimiento de los requerimientos normativos y lineamientos administrativos, y medir el avance en el logro de los objetivos estratégicos de la entidad.

Adicionalmente, estos informes facilitan la identificación oportuna de riesgos, debilidades y oportunidades de mejora en los procesos, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al mejoramiento continuo de la gestión. Así mismo, sirven como insumo para la toma de decisiones informadas, la implementación de acciones correctivas y preventivas, y el seguimiento al desempeño institucional.

De igual forma, los informes de control interno apoyan el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de los entes externos, promoviendo la transparencia, la rendición de cuentas y el cumplimiento de los principios que rigen la función pública, tales como eficiencia, eficacia, economía y responsabilidad.

En este sentido, su adecuada elaboración, oportunidad en la presentación y calidad de la información contenida resultan fundamentales para garantizar una gestión institucional orientada a resultados y alineada con las disposiciones normativas vigentes.

MARCO LEGAL

El Sistema de Control Interno en las entidades públicas se constituye en un conjunto de políticas, procedimientos, prácticas y mecanismos orientados a garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la adecuada gestión de los recursos, la prevención de riesgos y la mejora continua de la gestión pública.

En el contexto colombiano, el control interno se fundamenta en los principios establecidos en la Constitución Política, particularmente en los artículos 209 y 269, los cuales disponen que la función administrativa debe desarrollarse con base en los principios de eficiencia, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, así como en la obligación de las entidades públicas de diseñar y aplicar sistemas de control interno; La Ley 87 de 1993 define el Sistema de Control Interno como el esquema organizacional, el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas sus actividades, operaciones y actuaciones se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes.

En desarrollo de este marco, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG se consolida como el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades públicas, integrando las políticas de desarrollo administrativo y el Sistema de Control Interno en un esquema articulado.

En este modelo, el control interno corresponde a la Dimensión 7, la cual orienta la evaluación independiente y el fortalecimiento institucional.

Por su parte, el Modelo Estándar de Control Interno – MECI establece los componentes esenciales del sistema: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo, los cuales permiten estructurar y evaluar la efectividad del control interno en las entidades.

En este contexto, la Oficina de Control Interno desempeña un papel fundamental como tercera línea de defensa, encargada de proporcionar aseguramiento independiente sobre la efectividad del sistema, promover la cultura de autocontrol, autorregulación y autogestión, así como apoyar a la alta dirección en la toma de decisiones mediante la generación de información objetiva y oportuna.

Finalmente, los informes de control interno se constituyen en herramientas clave para evaluar la gestión institucional, identificar riesgos y oportunidades de mejora, fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas, y garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, contribuyendo así al mejoramiento continuo y al fortalecimiento de la gestión pública.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Los componentes del control interno se interrelacionan; se derivan de la visión de la empresa y se integran a los procesos administrativos. Estos son:

- **Ambiente de control:** Al cual se asocian elementos como la integridad, valores éticos y la competencia o conocimientos, así como las habilidades que poseen las personas para cumplir adecuadamente sus funciones.
- **Evaluación de riesgos:** Es la identificación y análisis de riesgos relevantes para el logro de los objetivos, los cuales representan la orientación básica de recursos y esfuerzos, y se constituyen en el camino para identificar factores críticos de éxito. Los riesgos incluyen factores externos e internos.
- **Actividades de control:** Son las que realiza la Gerencia y demás personas de la empresa, para cumplir directamente con las actividades asignadas, las cuales están representadas en políticas, sistemas y procedimientos y se incluyen entre estos controles, los relacionados con los sistemas de información.
- **Información y comunicación:** Para lograr los objetivos es necesario disponer de información adecuada y oportuna.

SEGUIMIENTO Y EVALUACION

El seguimiento y la supervisión del Sistema de Control Interno pueden ser ejecutados por el personal responsable de la aplicación de los controles, mediante procesos de autoevaluación que hacen parte de las actividades de control continuo dentro de la gestión institucional.

Estos procesos se desarrollan a través de la aplicación de instrumentos como cuestionarios, listas de verificación, entrevistas y revisiones documentales, los cuales permiten valorar de manera sistemática el diseño, la implementación y la efectividad de los controles establecidos en los diferentes procesos de la entidad; la autoevaluación constituye un mecanismo fundamental para la detección temprana de desviaciones, debilidades y posibles riesgos en la operación institucional, facilitando su identificación, análisis, documentación y comunicación oportuna a los niveles competentes para la toma de decisiones.

Asimismo, este ejercicio permite reconocer oportunidades de mejora en los procesos evaluados, promoviendo la adopción de acciones correctivas y preventivas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al mejoramiento continuo de la gestión pública.

En este sentido, la autoevaluación contribuye al desarrollo de una cultura organizacional basada en el autocontrol, la autorregulación y la autogestión, en coherencia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

INFORME DE GESTION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

A continuación, me permito presentar el Informe de Gestión de la Oficina de Control Interno del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, elaborado en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular No. 01 de 2021, expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, así como en observancia de lo establecido en la Ley 951 de 2005, mediante la cual se regula el procedimiento para la elaboración, entrega y recepción del Informe de Gestión y el Acta de Empalme por parte de los servidores públicos.

El presente informe se formula igualmente en el marco de lo establecido en la Ley 87 de 1993, que define los principios, objetivos y responsabilidades del Sistema de Control Interno, así como en concordancia con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, integrado actualmente al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), los cuales orientan la gestión pública hacia el fortalecimiento del control, la gestión del riesgo, la mejora continua y la generación de valor público.

La Circular No. 01 de 2021, en armonía con la Ley 951 de 2005, establece los lineamientos generales para los procesos de elección, posesión, entrega y recepción del cargo de Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades territoriales, con el propósito de garantizar la continuidad del Sistema de Control Interno, la adecuada transferencia de la información institucional y el fortalecimiento de la función de evaluación independiente, propia de las Oficinas de Control Interno; Dicha Circular, dirigida a alcaldes, gobernadores, gerentes de entidades descentralizadas y jefes de control interno, resalta la necesidad de adelantar procesos de selección basados en criterios de idoneidad, competencia técnica y experiencia, especialmente en entidades del sector salud, como las Empresas Sociales del Estado (ESE), cuya gestión se encuentra sujeta a altos niveles de riesgo operativo, financiero, asistencial y normativo.

En este sentido, la Oficina de Control Interno del HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE de Tuluá, desarrolla su función bajo un enfoque de auditoría interna, conforme a las mejores prácticas y estándares de aseguramiento, evaluación y acompañamiento a la gestión, orientados a verificar la efectividad de los controles, el cumplimiento normativo, la adecuada administración de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la mejora continua de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo de la ESE.

Asimismo, se enfatiza el rol estratégico del control interno con enfoque preventivo y basado en riesgos, alineado con los componentes del MECI y las políticas del MIPG, particularmente las relacionadas con gestión del riesgo, control interno, transparencia y rendición de cuentas, permitiendo la identificación temprana de desviaciones, la formulación de acciones de mejora y la protección del patrimonio público.

En este contexto, el presente Informe de Gestión constituye un insumo fundamental para la toma de decisiones de la alta dirección, el seguimiento a la implementación de planes de mejoramiento, la evaluación del desempeño institucional y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno del HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE de Tuluá, contribuyendo al cumplimiento de los principios de legalidad, eficiencia, eficacia, economía, transparencia y responsabilidad administrativa, propios de la gestión pública y del sector salud.

SEGUIMIENTO Y EVALUACION QUE REALIZA LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Los informes de seguimiento y evaluación elaborados por la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Departamental "Tomás Uribe Uribe" constituyen un instrumento clave para el fortalecimiento de los procesos de gestión, control y administración institucional, en la medida en que permiten verificar el nivel de cumplimiento de los objetivos estratégicos, la observancia del marco normativo aplicable y la efectividad del Sistema de Control Interno. A partir de estos resultados, se formulan recomendaciones y acciones de mejora orientadas a la prevención de riesgos y al fortalecimiento continuo de la gestión institucional.

Estos informes se desarrollan bajo un enfoque sistémico, integral y basado en evidencia, en concordancia con los principios de la auditoría interna, la Ley 87 de 1993, el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y su articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, especialmente en lo relacionado con la evaluación independiente, la gestión del riesgo y el seguimiento a los planes de mejoramiento.

Cada informe se elabora con la periodicidad establecida en la normatividad vigente, así como en los lineamientos emitidos por los entes de control y el Departamento Administrativo de la Función Pública, atendiendo las obligaciones de transparencia, rendición de cuentas y control institucional propias de las Empresas Sociales del Estado – ESE del sector salud.

En este sentido, desde la vigencia 2022 y hasta la fecha, la Oficina de Control Interno ha elaborado y divulgado de manera oportuna diversos informes de seguimiento y evaluación, los cuales se encuentran disponibles para consulta en los canales institucionales de la entidad, garantizando el acceso a la información pública y la publicidad de la gestión. Dichos informes abarcan, entre otros, los siguientes temas:

1. SEGUIMIENTO A PQRSFD

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe”, en cumplimiento de las funciones asignadas por el ordenamiento jurídico y, en especial, de lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 “por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”, presenta el Informe de Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), en ejercicio de su rol de evaluación independiente; En particular, el artículo 76 de la citada ley establece la obligación de todas las entidades públicas de recibir, tramitar y resolver de manera oportuna las PQRSD presentadas por la ciudadanía, así como de efectuar el seguimiento permanente a su gestión, con el propósito de garantizar la eficiencia administrativa, fortalecer la transparencia institucional y promover la participación ciudadana en el control de la gestión pública.

De igual forma, el presente informe se enmarca en lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, especialmente en su artículo 12, literal i), el cual asigna a las Oficinas de Control Interno la función de evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, en desarrollo de los principios constitucionales de la función administrativa, asegurando su adecuada implementación, eficacia y mejora continua dentro de la entidad.

El objetivo del presente informe es verificar el cumplimiento de los términos legales establecidos para la atención de las PQRSD, evaluar la oportunidad y calidad de las respuestas emitidas, identificar posibles debilidades en los procedimientos internos de atención al ciudadano y formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento de los controles institucionales. Lo anterior se desarrolla bajo un enfoque preventivo y de mejora continua, en concordancia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y las políticas de transparencia, acceso a la información y participación ciudadana.

En cumplimiento de los principios de publicidad, transparencia y acceso a la información pública, el presente informe se pone en conocimiento de la Alta Dirección para la toma de decisiones y la adopción de acciones de mejora, y es publicado en la página web institucional de la E.S.E., dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 y en la Ley 1712 de 2014, garantizando así el derecho de la ciudadanía a conocer la gestión institucional y los resultados del seguimiento efectuado.

2. INFORME DE AUSTRERIDAD EN EL GASTO

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento del marco normativo vigente en materia de austeridad, eficiencia y racionalización del gasto público, y en ejercicio de su rol de evaluación y seguimiento independiente, orienta sus actuaciones al fortalecimiento de los principios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia y responsabilidad en el manejo de los recursos públicos en las entidades del Estado colombiano; En este contexto, la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe” presenta el Informe de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público, el cual se elabora con periodicidad trimestral, en atención a lo dispuesto en el artículo 22 del Decreto 1737 de 1998, modificado por el artículo 1 del Decreto 984 de 2012, normativa mediante la cual se establecen medidas de austeridad y control del gasto, orientadas a la optimización del uso de los recursos públicos.

El ejercicio de control y seguimiento financiero adelantado por esta Oficina se desarrolla en el marco de las funciones asignadas en el Manual de Funciones institucional y en concordancia con los roles de la tercera línea de defensa establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Este proceso se materializa principalmente a través del análisis técnico y evaluativo contenido en el informe de austeridad, el cual se soporta en la información suministrada por las áreas de Contabilidad y Presupuesto, responsables de la preparación y remisión oportuna de las ejecuciones presupuestales de gastos, insumo esencial para la verificación del comportamiento de los rubros presupuestales.

Con base en dicha información, la Oficina de Control Interno realiza un análisis comparativo de los diferentes conceptos de gasto, con el propósito de identificar tendencias, posibles desviaciones, riesgos asociados, oportunidades de mejora y el nivel de cumplimiento de las políticas internas de austeridad adoptadas por la entidad. A partir de estos resultados, se formulan recomendaciones orientadas al fortalecimiento de los controles internos, la optimización del gasto y la toma de decisiones informadas por parte de la Alta Dirección.

Durante las vigencias 2022, 2023, 2024 y lo corrido de la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno elaboró un total de once (11) informes de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público, los cuales fueron presentados oportunamente a la Alta Dirección, contribuyendo al proceso de toma de decisiones, la implementación de acciones correctivas y preventivas, y el fortalecimiento de la cultura de control en la entidad. Así mismo, dichos informes han sido publicados en la página web institucional, en cumplimiento de los principios de transparencia, publicidad y acceso a la información pública.

3. INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, el cual establece que “el Jefe de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad un informe pormenorizado del estado del control interno, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”, la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe” presenta el informe correspondiente a los avances de la Dimensión de Control Interno, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Hasta la vigencia 2017, el informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno se estructuraba bajo los siguientes parámetros metodológicos:

- Control de planeación y gestión.
- Módulo de evaluación y seguimiento.
- Información y comunicación.
- Estado general del Sistema de Control Interno.

Estos componentes permitían realizar una valoración integral del funcionamiento del Sistema de Control Interno, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en la gestión institucional. Los resultados obtenidos eran presentados a la Gerencia, quien, en articulación con los líderes de proceso y demás áreas responsables, definía e implementaba las acciones correctivas y de mejora requeridas para el fortalecimiento institucional.

A partir de la vigencia 2018, con la expedición del Decreto 1499 de 2017, se realizó la integración del Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, dando lugar a un único Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno establecido en la Ley 87 de 1993.

En este contexto, se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG como marco de referencia para la gestión institucional y el control, orientado a fortalecer el desempeño de las entidades públicas bajo criterios de eficiencia, eficacia, transparencia y orientación a resultados; El MIPG se desarrolla a través de siete (7) dimensiones, dentro de las cuales se articula la gestión institucional, y opera mediante diecisiete (17) políticas de Gestión y Desempeño Institucional, entre las cuales se destacan:

- Planeación Institucional.
- Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público.
- Compras y Contratación Pública.
- Talento Humano.
- Integridad.
- Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción.
- Servicio al Ciudadano.
- Participación Ciudadana en la Gestión Pública.
- Racionalización de Trámites.
- Gobierno Digital.

- Seguridad Digital.
- Gestión Documental.
- Gestión de la Información Estadística.
- Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.
- Gestión del Conocimiento y la Innovación.
- Control Interno.
- Defensa Jurídica.

En concordancia con lo anterior, el Control Interno se integra al MIPG a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, el cual se actualiza y estructura en cinco (5) componentes fundamentales:

1. Ambiente de Control.
2. Evaluación del Riesgo.
3. Actividades de Control.
4. Información y Comunicación.
5. Actividades de Monitoreo.

Este modelo se complementa con un esquema de asignación de responsabilidades y líneas de defensa para la gestión del control y el riesgo, reconociendo que dicha función no es exclusiva de la Oficina de Control Interno, sino que se desarrolla de manera articulada en toda la entidad, así:

- a) Línea estratégica: conformada por la Alta Dirección y el equipo directivo, responsable de la definición de políticas, objetivos y el direccionamiento estratégico del control.
- b) Primera línea de defensa: integrada por los gerentes públicos y líderes de proceso, responsables de la gestión diaria de los riesgos y la ejecución de los controles.
- c) Segunda línea de defensa: conformada por áreas de apoyo, monitoreo y evaluación (planeación, calidad, supervisión e interventoría, comités institucionales, entre otros), encargadas del seguimiento y aseguramiento de los controles.
- d) Tercera línea de defensa: ejercida por la Oficina de Control Interno, responsable de la evaluación independiente, objetiva y sistemática del Sistema de Control Interno.

En este marco, durante la vigencia 2018 se adelantó el proceso inicial de autodiagnóstico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, como una herramienta fundamental para identificar el nivel de implementación de las políticas institucionales, fortalecer la gestión organizacional y orientar acciones de mejora continua, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y las directrices nacionales para la implementación del modelo en las entidades públicas.

El resultado de dicho ejercicio fue presentado a la Gerencia de la entidad y posteriormente publicado en la página web institucional, en cumplimiento de los principios de transparencia, publicidad y acceso a la información pública, contribuyendo al fortalecimiento del control interno y la gestión institucional.

4. CUMPLIMIENTO DEL FURAG II

El Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) es el instrumento definido por el Gobierno Nacional para la recolección, consolidación y análisis de la información relacionada con la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, incluyendo de manera expresa las políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital.

Este aplicativo en línea permite a las entidades públicas realizar el reporte de manera periódica y estandarizada sobre el nivel de avance, implementación y resultados alcanzados en cada una de las dimensiones y políticas que integran el MIPG. En este sentido, el FURAG se constituye en una herramienta técnica fundamental para la medición del desempeño institucional, al permitir la generación de información objetiva, comparable y verificable sobre la gestión pública.

El propósito principal del FURAG es facilitar el seguimiento y la evaluación integral de la gestión institucional, a partir del análisis del Informe de Gestión y Desempeño Institucional elaborado por la entidad, contrastándolo con la información registrada en el aplicativo. Este ejercicio permite valorar los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones del MIPG, identificar brechas de cumplimiento, reconocer buenas prácticas administrativas y determinar oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento continuo de la gestión institucional.

Asimismo, los resultados obtenidos a través del FURAG constituyen un insumo estratégico para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, en la medida en que permiten medir el nivel de madurez institucional en la implementación del Modelo, así como el grado de cumplimiento de las políticas establecidas para la vigencia evaluada. De esta manera, se promueve una gestión pública orientada a resultados, basada en la evidencia y alineada con los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y mejora continua.

De igual forma, los resultados del FURAG se integran al proceso de evaluación del Sistema de Control Interno, constituyéndose en una fuente clave para la identificación de debilidades, la formulación de planes de mejoramiento y el fortalecimiento de los controles institucionales, en concordancia con lo establecido en la Ley 87 de 1993 y el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

En este contexto, el reporte del FURAG se realiza con periodicidad anual, conforme a los lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, y sus resultados son presentados a la Gerencia de la entidad para su análisis, retroalimentación y definición de acciones de mejora. Posteriormente, dicha información se articula con los procesos de planeación institucional, evaluación del desempeño y control interno, garantizando así la coherencia del sistema de gestión y el fortalecimiento institucional continuo.

5. INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION Y PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) se constituye en un instrumento de carácter preventivo orientado al fortalecimiento de la transparencia, la integridad institucional y el control de la corrupción en las entidades públicas. Su diseño metodológico incorpora cinco (5) componentes principales, autónomos e interrelacionados, que contienen lineamientos normativos específicos, así como un sexto componente que contempla iniciativas adicionales definidas por cada entidad, en función de sus particularidades institucionales y su contexto operativo.

La obligación de formular y ejecutar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano tiene su origen en lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), la cual establece la implementación de estrategias institucionales orientadas a la prevención, control y seguimiento de la corrupción en la gestión pública. En este marco, la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe” adopta dicho instrumento como una herramienta fundamental para la identificación, gestión y mitigación de riesgos de corrupción, entendidos como la posibilidad de que, por acción u omisión, el uso indebido del poder, de los recursos o de la información genere afectación a los intereses institucionales o del Estado, en beneficio particular o de terceros.

En este sentido, las causas de los riesgos de corrupción se conciben como un conjunto de condiciones sistemáticas, organizacionales y procedimentales que, por sus características, pueden propiciar la materialización de prácticas indebidas. Dichas causas son analizadas de manera articulada con los procesos y procedimientos institucionales, permitiendo establecer controles preventivos y correctivos que fortalezcan la gestión del riesgo y la cultura de la legalidad.

La metodología utilizada para la elaboración del Mapa de Riesgos de Corrupción toma como referencia los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno – MECI y la Metodología de Administración de Riesgos definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. No obstante, incorpora un enfoque diferenciado, teniendo en cuenta que los riesgos de corrupción requieren un tratamiento especial, dada su naturaleza crítica y su impacto sobre la confianza institucional y la gestión pública, siendo estos inaceptables y de atención prioritaria.

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la entidad está estructurado en los siguientes componentes:

- **Mapa de riesgos de corrupción y medidas para su mitigación:** permite la identificación, análisis y valoración de los riesgos de corrupción, a partir del mapa de riesgos por procesos, ajustado a la metodología establecida por el DAFP. Incluye la definición de controles y acciones de mitigación orientadas a reducir la probabilidad de materialización de dichos riesgos.
- **Racionalización de trámites:** contempla las acciones orientadas a la simplificación, estandarización y optimización de trámites institucionales, con el fin de mejorar la eficiencia administrativa, reducir cargas innecesarias para los usuarios y fortalecer la

transparencia en la prestación de los servicios, conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.

- **Rendición de cuentas:** incorpora las estrategias orientadas a fortalecer el diálogo permanente entre la entidad y la ciudadanía, mediante la presentación, explicación y socialización de los resultados de la gestión institucional, promoviendo la transparencia, el control social y la confianza pública.
- **Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano:** establece acciones orientadas a garantizar una atención oportuna, eficiente, accesible y de calidad a los usuarios, fortaleciendo los canales de comunicación institucional y la capacidad de respuesta frente a las necesidades de la ciudadanía.
- **Participación ciudadana:** integra los mecanismos que promueven la intervención activa de los ciudadanos en la gestión pública, fomentando espacios de diálogo, retroalimentación y control social sobre las decisiones y resultados institucionales.

La construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción se encuentra liderada por el área de Calidad, en articulación con todas las dependencias de la E.S.E., garantizando un enfoque participativo e integral. Dicho mapa, junto con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, debe ser publicado en la página web institucional a más tardar el 31 de enero de cada vigencia, en cumplimiento de los lineamientos normativos vigentes.

Por su parte, la Oficina de Control Interno realiza el seguimiento trimestral a los cinco componentes del plan, verificando su cumplimiento, avance y efectividad, y emitiendo las recomendaciones correspondientes para el fortalecimiento de los controles institucionales y la mejora continua de la gestión.

Finalmente, el informe consolidado del seguimiento al PAAC es presentado a la Gerencia de la entidad y posteriormente publicado en la página web institucional, en cumplimiento de los principios de publicidad, transparencia y acceso a la información pública, contribuyendo al fortalecimiento del control interno y la lucha contra la corrupción.

6. INFORME DE EVALUACION DE LA AUDIENCIA PUBLICA DE RENDICION DE CUENTAS A LA COMUNIDAD

La rendición de cuentas se concibe como el deber que tienen las entidades y los servidores públicos de informar, explicar y justificar de manera permanente los avances, resultados e impactos de su gestión, así como el grado de cumplimiento en la garantía de los derechos de los ciudadanos. Este proceso se desarrolla mediante espacios de diálogo público que promueven la transparencia, la participación ciudadana y el control social, conforme a lo establecido en el Documento CONPES 3654 de 2010 y la Ley 1757 de 2015.

De igual manera, la rendición de cuentas implica el derecho correlativo de la ciudadanía a solicitar información, formular observaciones, emitir valoraciones y presentar propuestas de mejora frente a la gestión pública, contribuyendo así al fortalecimiento institucional mediante mecanismos de retroalimentación, control social y evaluación de resultados, que permiten corregir desviaciones, mejorar la gestión y promover el uso eficiente de los recursos públicos.

En este contexto, la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe”, con el propósito de promover espacios efectivos de participación ciudadana, da cumplimiento a lo establecido en la Ley 1438 de 2011, artículo 109, relacionado con la obligatoriedad de realizar audiencias públicas de rendición de cuentas en las Empresas Sociales del Estado, así como a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011, en lo referente al fortalecimiento de los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y al control de la gestión pública.

En desarrollo de estas disposiciones normativas, la Oficina de Control Interno, en ejercicio de su función de evaluación independiente, realiza la verificación y seguimiento al proceso de rendición de cuentas institucional, emitiendo informes sobre el desarrollo de las audiencias públicas, las observaciones más relevantes identificadas durante su ejecución y los aspectos susceptibles de mejora. Estas recomendaciones son puestas en conocimiento de la Oficina de Calidad y de las áreas competentes, con el propósito de que sean analizadas e implementadas dentro de los planes de mejora institucional; En este sentido, durante las vigencias 2022, 2023 y 2024 se llevaron a cabo las evaluaciones correspondientes al proceso de rendición de cuentas a la comunidad, en las cuales se verificó el cumplimiento de los lineamientos normativos, la calidad de la información presentada, la participación de los grupos de valor y la efectividad de los espacios de diálogo establecidos.

Es importante precisar que la rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2025 se encuentra pendiente de programación para su realización durante la vigencia 2026, conforme al cronograma institucional establecido. En este sentido, la entidad deberá reportar oportunamente ante la Superintendencia Nacional de Salud – SUPERSALUD la fecha, el lugar y la hora en que se llevará a cabo dicho proceso, garantizando el cumplimiento de los principios de publicidad, transparencia y participación ciudadana.

7. INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE

El Informe de Control Interno Contable se elabora en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 193 del 5 de mayo de 2016, expedida por la Contaduría General de la Nación, “Por la cual se incorpora en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública el procedimiento para la evaluación del control interno contable”, la cual establece los lineamientos técnicos y metodológicos para la valoración del sistema de control interno contable en las entidades públicas; De acuerdo con lo señalado en el artículo 3 de la citada resolución, el Jefe de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces, es el responsable de evaluar la efectividad del control interno contable, entendido como el conjunto de políticas, procedimientos y actividades orientadas a garantizar que la información financiera cumpla con las características fundamentales de relevancia y representación fiel, conforme al marco conceptual del régimen de contabilidad pública aplicable a la entidad.

En desarrollo de esta obligación, la entidad debe elaborar y reportar anualmente el Informe de Evaluación del Control Interno Contable ante la Contaduría General de la Nación, dentro de los plazos y condiciones establecidos por dicho organismo. Este reporte se realiza a través del aplicativo CHIP, plataforma dispuesta para la captura, transmisión y consolidación de la información oficial relacionada con la evaluación del control interno contable en las entidades públicas del país.

Dicho seguimiento se efectúa de manera periódica y sistemática, con el fin de verificar el cumplimiento del porcentaje mínimo establecido, identificar posibles brechas y promover acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de la equidad de género en la estructura organizacional.

Así mismo, este informe se consolida y se genera en línea con los registros institucionales de talento humano, y es remitido a la Gerencia para su conocimiento, análisis y toma de decisiones, en el marco de los principios de transparencia, igualdad y cumplimiento normativo que rigen la función pública.

9. REPORTE ITA (INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION)

La Ley 1712 de 2014, “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”, desarrolla el derecho fundamental de acceso a la información pública, estableciendo los principios, procedimientos, obligaciones y excepciones aplicables a las entidades del Estado en materia de publicidad de la información.

Esta normativa tiene como finalidad garantizar la transparencia en la gestión pública, promover la rendición de cuentas y fortalecer la confianza ciudadana, a través de la divulgación oportuna, veraz, completa y accesible de la información generada por las entidades públicas, así como de aquella que administre o custodie en ejercicio de sus funciones.

En desarrollo de lo anterior, el artículo 23 de la citada ley establece disposiciones orientadas a la implementación de mecanismos de seguimiento y verificación del cumplimiento de las obligaciones de transparencia por parte de los sujetos obligados. En este contexto, el Ministerio Público, en cabeza de la Procuraduría General de la Nación, ha definido lineamientos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, mediante la implementación de un sistema de información tipo formulario que permite medir el nivel de observancia de las obligaciones de transparencia activa y pasiva por parte de las entidades públicas.

Como resultado de este proceso, se genera el Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA), el cual constituye un indicador oficial que permite evaluar el grado de cumplimiento de las disposiciones normativas en materia de transparencia, acceso a la información y publicación de datos institucionales. Este índice se convierte en una herramienta de control y seguimiento que permite identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en la gestión de la información pública. El diligenciamiento del formulario ITA implica la revisión integral de los contenidos publicados en los portales institucionales, la verificación de la disponibilidad de la información mínima obligatoria, así como la evaluación de la accesibilidad, actualización y calidad de los datos puestos a disposición de la ciudadanía. De esta manera, se promueve el cumplimiento de los principios de máxima publicidad, calidad de la información y facilidad de acceso.

En el caso de la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe”, este ejercicio de evaluación se realiza de manera periódica, como parte de los mecanismos de seguimiento al cumplimiento de la Ley de Transparencia y de los componentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, especialmente en lo relacionado con la política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción.

El resultado del Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA) es reportado a los entes de control competentes y constituye un insumo relevante para la toma de decisiones institucionales, la formulación de planes de mejora y el fortalecimiento de la gestión de la información. Así mismo, contribuye al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, en la medida en que permite evaluar el cumplimiento de los estándares de transparencia y la adecuada publicación de la información institucional; Finalmente, se deja constancia de que la información correspondiente al diligenciamiento del ITA se encuentra debidamente soportada, y la evidencia de su cumplimiento es conservada como parte de los archivos de gestión de la entidad, en cumplimiento de los principios de trazabilidad, transparencia y responsabilidad administrativa.

10. INFORME DE DERECHOS DE AUTOR USO DEL SOFTWARE

La Ley 603 de 2000 establece la obligación de las sociedades comerciales de presentar en sus informes de gestión el estado de cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor, incluyendo de manera expresa lo relacionado con la utilización legal de software en las organizaciones.

En concordancia con lo anterior, la Directiva Presidencial No. 001 de 1999 y la Directiva Presidencial No. 002 de 2002 impartieron instrucciones a los representantes legales y responsables de la administración en las entidades públicas, con el fin de garantizar que la adquisición, uso y administración de programas de computador se realice bajo esquemas de licenciamiento legal o mediante la debida transferencia de derechos de uso, evitando así el uso de software no autorizado o sin respaldo documental.

De igual forma, la Dirección Nacional de Derecho de Autor ha reiterado a los representantes legales y jefes de las Oficinas de Control Interno de las entidades del orden nacional y territorial la obligación de reportar la información relacionada con la verificación del cumplimiento de las normas de derechos de autor sobre software, así como las recomendaciones y resultados derivados de dicha evaluación, conforme a lo establecido en la Circular 17 de 2011.

Este procedimiento se realiza a través del aplicativo dispuesto en el sitio web de la Dirección Nacional de Derecho de Autor, el cual permite consolidar la información suministrada por las entidades públicas sobre la legalidad del software utilizado, garantizando así el cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes y la protección de los derechos de propiedad intelectual.

En este contexto, la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe” desarrolla el proceso de verificación del cumplimiento de las normas de derecho de autor sobre software como parte de sus actividades de control interno, evaluando que los sistemas de información, programas y herramientas tecnológicas utilizadas por la entidad cuenten con los respectivos soportes de licenciamiento, autorización o adquisición legal.

Así mismo, la Oficina de Control Interno realiza la revisión, consolidación y reporte de la información correspondiente, emitiendo las observaciones y recomendaciones pertinentes para el fortalecimiento del cumplimiento normativo, la mitigación de riesgos legales y la protección institucional frente a posibles usos indebidos de software; El resultado de este proceso es reportado a la Dirección Nacional de Derecho de Autor dentro de los plazos establecidos, y constituye un insumo para la evaluación del cumplimiento institucional en materia de derechos de autor, así como para el fortalecimiento de la cultura de legalidad en el uso de tecnologías de la información dentro de la entidad.

11. RELACION DE AUDITORIAS REALIZADAS EN LAS VIGENCIAS

El objetivo principal del presente ejercicio de evaluación se orienta a verificar la gestión y los resultados alcanzados por las diferentes dependencias de la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe”, mediante la realización de auditorías internas a los procesos y procedimientos institucionales, asegurando su conformidad con las disposiciones legales vigentes, los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Este proceso de evaluación se complementa con la ejecución de los diferentes seguimientos e informes de ley, desarrollados bajo un enfoque de aseguramiento y consultoría basado en riesgos, con énfasis en la prevención, la mejora continua y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno. En este sentido, la Oficina de Control Interno formula recomendaciones, observaciones y sugerencias orientadas a optimizar la gestión institucional, fortalecer los controles existentes y contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.

De acuerdo con los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno, se destacan los siguientes aspectos relevantes:

- **Austeridad en el gasto público:** En desarrollo del seguimiento a la política de austeridad, se han identificado y reiterado oportunidades de mejora relacionadas con el incremento en los viáticos, los gastos asociados a servicios públicos, el consumo de combustible (gasolina) y los costos de mantenimiento del parque automotor. En este sentido, se recomienda fortalecer la aplicación de medidas de racionalización del gasto, con el fin de garantizar un uso eficiente y responsable de los recursos públicos.
- **Gestión de riesgos institucionales:** Se recomienda fortalecer el proceso de identificación, análisis y valoración de riesgos, mediante la aplicación rigurosa de metodologías establecidas, que permitan profundizar en el estudio de las causas que originan los riesgos y sus posibles consecuencias. Esto permitirá mejorar la calidad del análisis y la pertinencia de los controles definidos.

Asimismo, es fundamental precisar aquellas causas de riesgo que actualmente no cuentan con controles definidos o suficientes, con el fin de estructurar planes de tratamiento adecuados, a través de acciones efectivas que contribuyan a la reducción del nivel de exposición al riesgo y al fortalecimiento de la gestión institucional. en este contexto, la implementación de acciones de mejora derivadas de los procesos de auditoría y seguimiento contribuye significativamente al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, promoviendo una gestión pública más eficiente, transparente y orientada a resultados.

A continuación, se relacionan las auditorías realizadas en la vigencia 2022-2025

VIGENCIA	PROCESO	CANTIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
2022-2025	TALENTO HUMANO, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	8	100%
2022-2025	PLAN ANTICORRUPCION, CONTRATACION, FACTURACION, GESTION AMBIENTAL BIOSEGURIDAD, GESTION DOCUMENTAL	20	100%
2022-2025	SISTEMAS DE INFORMACION, INFRAESTRUCTURA PLANTA FISICA, ESTADISTICA, INFORMACION LITIGIOSA	18	100%
2022-2025	SEGURIDAD DEL PACIENTE, COMUNICACIÓN, SIAU, CONTROL DISCIPLINARIO, PRESUPUESTO, COSTOS	24	100%
TOTAL, DE AUDITORIAS PROGRAMADAS		74	
TOTAL, DE AUDITORIAS EJECUTADAS		75	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			100%

Tomás Uribe Uribe

OBJETIVO DE LAS AUDITORIAS

Evaluar y verificar el grado de cumplimiento del Sistema Institucional de Control Interno – SICI y sus respectivos componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo, en el proceso de gestión del mantenimiento de la infraestructura, planta física y dotación hospitalaria del Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe” de Tuluá.

Este proceso de auditoría busca determinar la eficacia de los controles establecidos, la adherencia a la normatividad vigente aplicable y la alineación del proceso con los objetivos institucionales, promoviendo el fortalecimiento del sistema de control interno y la mejora continua en la prestación del servicio.

METODOLOGIA APLICADA

El presente ejercicio de auditoría se desarrolla en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías Internas aprobado para la vigencia 2025, con inicio en el mes de enero del mismo año, y se realiza mediante visita a las instalaciones de la Oficina de Mantenimiento.

Para el desarrollo de la evaluación se aplicaron técnicas de auditoría generalmente aceptadas, entre las cuales se incluyen:

- Verificación del cumplimiento normativo aplicable al proceso.
- Revisión y análisis documental de soportes, registros y evidencias.
- Entrevistas al personal responsable y participantes del proceso de mantenimiento.
- Análisis de la información interna generada por el área auditada.
- Validación del cumplimiento del cronograma de actividades del plan de mantenimiento

CONCLUSIONES

1. El proceso de mantenimiento hospitalario evidencia una adecuada planificación, articulación y coordinación de las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo, lo cual contribuye al funcionamiento continuo de la infraestructura hospitalaria.
2. Se constató una administración eficiente de los recursos materiales, financieros y humanos asignados al proceso, lo que permite garantizar la operatividad técnica y administrativa de la institución.
3. Las actividades orientadas a la conservación de la infraestructura física se ejecutan conforme al cronograma establecido en el Plan de Mantenimiento, con intervención de personal calificado. En el caso del mantenimiento de equipos biomédicos y electromecánicos, se cuenta con apoyo de personal externo especializado, bajo la debida supervisión institucional.
4. Se resalta la disposición, colaboración y actitud proactiva del equipo auditado durante el desarrollo de la auditoría, evidenciándose un adecuado conocimiento del proceso y de la normatividad aplicable.
5. El proceso auditado contribuye al cumplimiento del objetivo institucional de garantizar condiciones óptimas de funcionamiento de la infraestructura física del hospital, mediante la planeación y ejecución oportuna del mantenimiento preventivo y correctivo, así como la atención de necesidades identificadas.
6. Se evidencia que las actividades de mantenimiento de infraestructura y equipos electromecánicos se desarrollan de manera orientada a la continuidad del servicio, la seguridad del paciente, sus familias y el talento humano de la institución, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad en la atención.
7. En términos generales, la auditoría permite concluir que el proceso de mantenimiento de la infraestructura hospitalaria cumple con su objetivo principal, orientado a la conservación, sostenibilidad y mejora continua de las instalaciones, garantizando condiciones seguras y adecuadas para la prestación del servicio de salud.

AUDITORIA DE BIOSEGURIDAD –GESTION AMBIENTAL

OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Garantizar la adecuada gestión integral de los residuos generados en la atención en salud en la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe”, desde su generación hasta su disposición final, en cumplimiento del Decreto 351 de 2014, mediante el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades conexas.

De igual manera, la auditoría tiene como propósito realizar una evaluación objetiva e independiente al proceso de Bioseguridad y Gestión Ambiental, con el fin de determinar el grado de cumplimiento de la Constitución Política, la Ley, la misión institucional, los objetivos estratégicos y demás disposiciones normativas aplicables.

El ejercicio de auditoría permite emitir recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo del proceso, fortaleciendo la gestión ambiental institucional y la reducción de riesgos asociados al manejo inadecuado de residuos hospitalarios.

Componentes auditados

- Verificación de la adopción, implementación y socialización del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud – PGIRASA.
- Evaluación de la correcta segregación y manipulación de residuos hospitalarios en las diferentes áreas del hospital.
- Verificación de la existencia e implementación de manuales de bioseguridad.
- Inspección de los sistemas de almacenamiento temporal, intermedio y final de los residuos.
- Evaluación de la ruta interna de recolección y manejo de residuos hospitalarios.
- Revisión de los sistemas de tratamiento de residuos implementados.
- Verificación del diligenciamiento de formatos, registros y caracterización de residuos.
- Evaluación del transporte externo y disposición final de los residuos generados.

ALCANCE:

La auditoría interna permite identificar, mediante observación directa, el grado de cumplimiento del PGIRASA, así como los aspectos susceptibles de mejora que requieren intervención mediante acciones preventivas y correctivas, con el fin de asegurar un manejo adecuado, seguro y normativamente conforme de los residuos hospitalarios; Durante el desarrollo del ejercicio se verificó además el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, la matriz de riesgos institucional, y el avance de los planes de mejoramiento asociados al proceso auditado.

La E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe” reafirma su compromiso con la gestión ambiental y sanitaria, en cumplimiento de la normatividad vigente y las políticas nacionales e internacionales en materia de protección del medio ambiente, desarrollo sostenible y reducción de impactos socio ambientales negativos, en este sentido, la gestión ambiental constituye no solo una obligación normativa, sino un compromiso institucional orientado a la protección de la salud pública, la minimización de riesgos biológicos y la reducción de la huella ambiental generada por la prestación de servicios de salud.

La gestión de residuos hospitalarios representa un componente crítico para la institución, debido a los riesgos que implica su inadecuada segregación, transporte, almacenamiento o disposición final, tanto para la salud humana como para el medio ambiente. Por lo anterior, la entidad adopta un enfoque integral que promueve la responsabilidad ambiental en todas las etapas del proceso.

La gestión interna comprende la generación, segregación en la fuente, desactivación, transporte interno, almacenamiento y entrega al gestor externo autorizado. La gestión externa incluye la recolección, tratamiento, aprovechamiento y disposición final por parte del prestador del servicio especial de aseo.

RECOMENDACIONES:

1. Fortalecer la trazabilidad de los residuos hospitalarios, garantizando el adecuado pesaje y registro en los formatos establecidos (RH1), con el fin de asegurar la confiabilidad de la información y evitar inconsistencias en los reportes ante entes de control.
2. Implementar procesos de retroalimentación continua y capacitación al personal cada vez que se identifiquen desviaciones o diferencias en la gestión de residuos.
3. Diseñar e implementar estrategias de capacitación más dinámicas, de corta duración y alto impacto, apoyadas en material didáctico de fácil acceso, considerando la rotación del personal y las limitaciones de tiempo operativo.
4. Fortalecer las estrategias de sensibilización ambiental, promoviendo una cultura organizacional orientada a la correcta segregación de residuos y el cumplimiento de los lineamientos institucionales.
5. Mantener comunicación permanente con los líderes de los servicios asistenciales y administrativos, con el fin de identificar necesidades específicas y generar estrategias conjuntas de mejora continua.

CONCLUSIÓN:

Durante el desarrollo de la auditoría de Bioseguridad y Gestión Ambiental se evidenció un alto nivel de disposición, colaboración y compromiso por parte de la Ingeniera Ambiental responsable del proceso, así como del equipo de trabajo involucrado, se destaca la entrega oportuna de la información y soportes requeridos, lo cual facilitó el desarrollo de la evaluación y permitió verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en el PGIRASA.

En términos generales, el proceso auditado evidencia avances significativos en la gestión ambiental institucional, con oportunidades de mejora orientadas al fortalecimiento de la trazabilidad, la capacitación continua y la cultura ambiental organizacional.

AUDITORIA A LA CONTRATACION

OBJETIVO:

Establecer los parámetros de evaluación para la revisión integral del proceso de contratación de la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe”, con énfasis en los aspectos críticos identificados en la gestión contractual, con el fin de emitir recomendaciones orientadas al fortalecimiento del control interno.

La auditoría busca evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales, planes, programas y procesos contractuales, a partir de evidencias objetivas, hallazgos y criterios normativos válidos, apoyando la toma de decisiones de la alta dirección para la corrección oportuna de desviaciones.

FACTORES EVALUADOS:

Durante la ejecución de la auditoría, y conforme a la información suministrada por la E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe”, se evidenció la suscripción de un total de **108 contratos** durante la vigencia evaluada (año 2025), asociados a diferentes proyectos y procesos institucionales; De este universo contractual, se seleccionó una muestra de **diecinueve (19) contratos**, equivalente al **17.59%**, con el propósito de realizar una evaluación representativa de la gestión contractual, en lo referente al cumplimiento de los principios de economía, eficiencia y eficacia.

RECOMENDACIONES:

- Reforzar el control sobre los pagos de seguridad social y aportes parafiscales, exigiendo su verificación periódica durante la ejecución contractual.
- Fortalecer el proceso de recepción, verificación y control de documentos soporte, garantizando la completitud y calidad de las hojas de vida contractuales.
- Evaluar la necesidad de incrementar el personal de planta con competencias en supervisión contractual, con el fin de reducir la carga administrativa sobre los directivos.
- Intensificar la supervisión técnica, administrativa, financiera y jurídica de los contratos, asegurando el cumplimiento del objeto contractual y mitigando riesgos de desviación o incumplimiento.
- Garantizar la incorporación de actas de finalización e informes de supervisión en cada contrato ejecutado y pagado, como requisito de cierre contractual.
- Verificar rigurosamente el cumplimiento de aportes a seguridad social, tanto en personas jurídicas como naturales, aplicando la normatividad vigente sobre base de cotización.
- Implementar procesos de inducción y reinducción al personal involucrado en la gestión contractual, conforme a la normatividad aplicable y lineamientos institucionales. * Mantener y fortalecer los controles existentes, los cuales permiten mitigar adecuadamente los riesgos asociados al proceso contractual.

CONCLUSIONES:

- ✓ Durante la auditoría se evidenció la incorporación de documentos faltantes en algunas carpetas contractuales, lo cual permitió subsanar observaciones preliminares y fortalecer la trazabilidad documental para futuros procesos de control externo.
- ✓ La E.S.E. Hospital Departamental “Tomás Uribe Uribe” cumple en términos generales con la normatividad vigente en materia contractual, evidenciándose un crecimiento institucional que ha requerido la implementación de medidas de fortalecimiento administrativo y financiero.
- ✓ Se verificó la adecuada aplicación de listas de chequeo, garantizando la revisión integral de los documentos contractuales y minimizando el riesgo de omisión documental.
- ✓ Se constató que los contratos evaluados cuentan con publicación en los sistemas de información correspondientes, tales como la página web institucional, SIA Observa y SECOP I, garantizando principios de transparencia y publicidad.

CONTROL DISCIPLINARIO:

Revisados los archivos de la oficina de Control Disciplinario Interno del Hospital se tiene que para el año 2025 se tenían 35 expedientes disciplinarios de los cuales se han valorado 9 al corte de diciembre del 2025, los cuales estaban en etapa de indagación previa, en la actualidad se encuentran 1 expediente en etapa de investigación, y se han aperturado 9 expedientes en indagación previa.

ETAPA PROCESO	EXPEDIENTES VIGENTES DIC/2025
EXPEDIENTES EN INDAGACION PREVIA	35
EXPEDIENTES VALORADOS /IND- PREVIA	9
EXPEDIENTES ARCHIVADOS 2025	10
EXPEDIENTES EN INVESTIGACION	1
APERTURA NUEVOS EXPEDIENTES 2025	9

De las acciones preventivas que se han adelantado con el ánimo de disminuir las acciones correctivas se tiene que se han realizado en el año 2025, inducción y reinducción en temas de deberes y prohibiciones de la Ley 1952 de 2019, y se ha asistido como apoyo en los diferentes comités institucionales asesorando en los lineamientos que se deben seguir para no afectar el deber funcional de los colaboradores arrojando que:

Al 12 de diciembre del año 2025 se habían realizado 35 actuaciones. Las actuaciones de la Oficina de Control Disciplinario Interno agrupan; el análisis de la noticia disciplinaria donde se evalúa si la misma presta mérito para iniciar la actuación, la apertura de investigación disciplinaria en indagación previa, investigación o se da un fallo inhibitorio, según sea el caso, dentro del trámite se realizan diligencias de descargos, versión libre e inspección disciplinaria, práctica de pruebas, citaciones y notificaciones, entre las más relevantes.

Luego de la etapa de instrucción, mediante el cierre de la investigación si hay merito se formula pliego de cargos y se remite al jefe de juzgamiento, el cual decidirá si se adelanta por juicio verbal, u ordinario, luego se realizará la práctica de pruebas y testimonios si es del caso y emitirá el fallo de primera instancia.

RECOMENDACIONES:

- Implementar una sala de audiencias con los recursos técnicos, equipos y mobiliarios necesario que permitan grabar por video y voz todas las audiencias que se realicen para efectos de aplicar la oralidad en el trámite disciplinario

FACTURACIÓN:

Evaluar el cumplimiento de la normativa aplicable al proceso de gestión de facturación, así como el diseño y la efectividad de las actividades de control, las políticas y procedimientos implementados por la organización para reducir los riesgos del proceso, así como la eficiencia y eficacia de sus actividades.

ALCANCE:

La auditoría fue realizada para las operaciones efectuadas entre el 01 de julio de 2025 y el 30 de julio de 2025. El trabajo de auditoría se realizó en el mes de Julio y agosto de 2025, evaluando los siguientes procedimientos:

- Facturación de servicios asistenciales;
- Generación de soportes clínicos para la facturación;
- Elaboración de facturas colectivas;
- Generación de RIPS;
- Entrega de facturación para envío
- Radicación de la facturación.

RECOMENDACIONES:

- 1.- Se debe hacer una continua inducción y reinducción sobre los procesos de facturación, radicación a todo el personal vinculado y el que se está vinculando.
- 2.- De acuerdo al sistema de gestión de riesgos, seguir estableciendo controles para mitigar el riesgo.
- 3.- Definir de manera prioritaria las actuaciones internas y externas del Hospital con cada una de entidades con medidas preventivas, con intervenciones forzosas, en proceso de liquidación y entidades liquidadas.

PRESUPUESTO:

Objetivo general: Evaluar el cumplimiento de normas relacionadas con presupuesto público, según lo contemplado en los procedimientos internos de la entidad y / o identificando posibles desviaciones u oportunidades de mejora en el Hospital Tomas Uribe Uribe E.S.E.

La auditoría de gestión presupuestaria es una herramienta de gestión, examina, evalúa las metas y objetivos presupuestarios aplicando los criterios de economía, eficiencia y eficacia; así como la calidad e impacto de los presupuestos o recursos públicos destinados a las funciones o actividades, proyectos y programas.

COMPORTAMIENTO VIGENCIA 2025

ANÁLISIS DE AUDITORIA AL PRESUPUESTO AÑO 2025.

COMPORTAMIENTO VIGENCIA 2025

Evaluación Financiera

Nuestra revisión fue hecha de acuerdo con normas establecidas por la profesión para la revisión de estados financieros de períodos intermedios y por consiguiente se obtuvo la información y conocimiento de los procedimientos utilizados en la preparación de dichos estados, se hicieron las investigaciones con los funcionarios responsables de los asuntos financieros contables y, mediante procedimientos analíticos de revisión, se hicieron pruebas de los documentos y registros de contabilidad. El alcance de esta revisión es menor al que se practica a los estados financieros al finalizar el período, conforme a normas de auditoría generalmente aceptadas. De acuerdo con lo anterior realizamos la revisión de las diferentes cuentas del balance, de los libros de contabilidad, de comercio y de otros aspectos legales relacionados con la información financiera.

Análisis Financiero

Conforme al resultado de nuestras pruebas de análisis financiero podemos determinar que la compañía presenta cifras razonables en sus estados financieros intermedios, en todos sus aspectos importantes con corte a septiembre 30 de 2025, sin embargo, existen algunas oportunidades de mejora y sobre las cuales emitiremos las recomendaciones del caso.

Igualmente presentamos un breve análisis financiero de las razones financieras del Hospital Tomas Uribe Uribe, el cual nos permite evidenciar la estructura financiera y sus variaciones en el periodo de Enero a septiembre 30 de 2025.

COMPORTAMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS A SEPTIEMBRE Y PROYECCIÓN A DICIEMBRE 2025

DESCRIPCION DEL INGRESO	PRESUPUESTO DEFINITIVO A SEPTIEMBRE DE 2025	EJECUTADO A SEPTIEMBRE 2025		RECAUDADO A SEPTIEMBRE 2025		PROYECCION 2025		
		RECONOCIDO	% DE EJECUCION	RECAUDADO	% DE RECAUDO	TOTAL RECONOCIMIENTOS 2025	TOTAL RECAUDOS 2025	PORCENTAJE DE RECAUDO 2025
DISPONIBILIDAD INICIAL	1.040.294.768	1.040.294.768	100%	1.040.294.768	100%	1.040.294.768	1.040.294.768	100%
SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PER	212.905.118.344	238.464.462.508	112%	135.798.157.694	57%	308.005.058.947	185.574.927.876	60%
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	134.195.266.009	190.069.376.172	142%	87.403.071.358	45,98%	257.128.833.269	134.698.702.198	52,4%
Régimen Contributivo	51.077.550.577	63.300.218.095	124%	31.560.306.856	50%	85.244.293.701	43.716.087.857	51%
Régimen Subsidiado	74.700.836.404	111.358.013.197	149%	52.698.225.130	47%	151.318.082.925	85.646.292.184	57%
Población Fronteriza	996.116.588	1.274.103.015	128%	-	0%	1.698.804.020	833.468.092	49%
SOAT	992.490.828	3.624.574.001	365%	31.730.910	1%	4.832.765.335	151.425.724	3%
Cuotas de Recuperación	618.868.263	561.737.840	91%	561.737.840	100%	773.569.355	773.569.355	100%
Particulares	128.133.115	91.519.732	71%	91.519.732	100%	115.704.209	115.704.209	100%
Otros Ingresos por Venta de Servicios de Salud	5.681.270.234	9.859.210.292	174%	2.459.550.890	25%	13.145.613.722	3.462.154.777	26%
Cuentas por cobrar Vigencia Anterior	78.709.852.335	48.395.086.336	61%	48.395.086.336	100%	50.876.225.678	50.876.225.678	100%
OTROS INGRESOS CORRIENTES	52.000.000	1.681.434.455	3234%	1.681.434.455	100%	1.697.584.537	1.697.584.537	100%
Transferencias de la Nación	-	1.592.244.647		1.592.244.647	100%	1.592.244.647	1.592.244.647	100%
Otros Ingresos	52.000.000	89.189.809	172%	89.189.809	100%	105.339.890	105.339.890	100%
RECURSOS DE CAPITAL	76.303	105.644.071	138452%	105.644.071	100%	161.506.324	161.506.324	100%
Rendimientos Financieros	76.303	105.644.071	138452%	105.644.071	100%	161.506.324	161.506.324	100%
TOTAL PRESUPUESTO	213.997.489.415	241.291.835.802	113%	138.625.530.988	57%	310.904.444.575	188.474.313.504	61%

Se realiza análisis del comportamiento de la ejecución de ingresos a septiembre en el cual se resalta el porcentaje de recaudo de la vigencia que se sitúa en un 46% y se proyecta el comportamiento de recaudo a diciembre de 2025 basados en el promedio de recaudo de los últimos tres meses (julio – septiembre) el cual arroja un recaudo promedio mes por valor de \$16.000 millones, en este sentido los recaudos proyectados a diciembre son totalmente razonables al comportamiento real de la institución y por consiguiente a diciembre 31 de 2025 se tendría un recaudo total por valor de \$188.474.313.504 y un porcentaje de recaudo del 52,4% evidenciando así la gestión gerencial adelantada en la presente vigencia.

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS A SEPTIEMBRE Y PROYECCIÓN A DICIEMBRE 2025

DESCRIPCION DEL GASTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO SEPTIEMBRE 2025	EJECUTADO OBLIGADO A SEPTIEMBRE 2025	% DE EJECUCION CON CDP	GIRADO A SEPTIEMBRE 2025	% PAGADO	CUENTAS POR PAGAR A SEPTIEMBRE 2025	PROYECCIÓN 2025
GASTOS OPERACIÓN CORRIENTE 2025	153.059.618.274	129.752.473.597	89,5%	100.622.878.865	78%	29.129.594.732	188.115.748.888
GASTOS DE PERSONAL DE PLANTA	9.494.798.265	6.024.814.724	63,5%	5.891.151.224	98%	133.663.500	9.206.315.553
GASTOS DE PERSONAL INDIRECTO	64.056.340.998	60.333.055.595	99,7%	53.379.367.006	88%	6.953.688.589	82.183.843.542
GASTOS GENERALES	14.069.143.792	10.162.494.180	77,5%	7.003.232.726	69%	3.159.261.454	18.224.545.102
MANTENIMIENTO	11.540.841.691	5.407.805.269	55,7%	4.130.760.793	76%	1.277.044.476	7.463.899.887
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	200.000.000	130.001.620	65,0%	115.187.620	89%	14.814.000	200.000.000
GASTOS POR TRIBUTOS Y TASAS	124.289.138	123.539.138	99,4%	123.539.138	100%	-	124.289.138
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	53.574.204.390	47.570.763.071	92,3%	29.979.640.358	63%	17.591.122.713	70.712.855.667
GASTOS DE INVERSIÓN	-	-	-	-	-	-	-
CUENTAS POR PAGAR VIGENCIA ANTERIOR	60.937.871.141	32.173.005.763	52,8%	32.153.957.445	100%	19.048.318	33.912.416.627
TOTAL PRESUPUESTO	213.997.489.415	161.925.479.360	79,0%	132.776.836.310	82%	29.148.643.050	222.028.165.515

Se realiza análisis y seguimiento a la ejecución presupuestal de gastos con corte a septiembre de 2025 en la cual se destaca que ya se ha ejecutado un 89% de la operación corriente y por ende se constata un faltante presupuestal que ha venido evidenciado la institución para poder garantizar la operación a diciembre 31 de 2025.

Adicionalmente las cuentas por pagar a septiembre ascienden a la suma de \$29.148.643.050 lo cual evidencia una mejora en el flujo de caja ya que a dicho corte, se han podido girar el 82% del total de la obligaciones contraídas y de igual manera se realiza proyección de la operación a diciembre 31 de 2025, el cual asciende a una ejecución por valor de \$222.028.165.515 contemplando el plan de austeridad del gasto que se ha venido ejecutado durante la presente vigencia, y cabe resaltar que la proyección presupuestal, está basada en gastos estrictamente necesarios para la prestación de los diferentes servicios de salud.

SEGURIDAD DEL PACIENTE:

OBJETO DE AUDITORIA:

La auditoría de salud es un sistema de estandarización de procesos gestión no solo de que busca evaluar a los profesionales que prestan un servicio sanitario a un usuario que posee alguna necesidad y que afecta su calidad de vida, sino que es una serie de elementos cuyo propósito es brindar la mejor calidad de servicio posible a través de recursos limitados.

La política de Seguridad del Paciente en la E.S.E Hospital Tomas Uribe Uribe E.S.E. es un conjunto de prácticas institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio. A través de la gestión del riesgo, el fortalecimiento del reporte y de la cultura del autocontrol; propendemos por minimizar la posibilidad de materialización de aquellos riesgos identificados en un evento que cause daño a los pacientes.

Evaluar la gestión de eventos adversos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, determinar el impacto de las acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento establecidas para los eventos e incidentes identificados, de igual forma evaluar la gestión en torno a la vigilancia de estos, además de la efectividad en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente.

RECOMENDACIONES:

- ✓ El informe de eventos adversos por servicio se envía dos veces al mes mensualmente a cada líder de proceso para su conocimiento, gestión y si es el caso los requieran volver a consultar los deben guardar en un archivo digital
- ✓ Publicar la política de seguridad del paciente en lugar visible de cada centro asistencial y servicio de la Institución. Se hace en folletos
- ✓ Mejorar los mecanismos de seguridad y restricción de acceso, procurando evitar la fuga de pacientes.(esto se puede dejar pero no es competencia del programa)
- ✓ Conformar y dar continuidad al equipo de seguridad del paciente y al mecanismo de rondas de seguridad. Se tienen las bases necesarias para cumplir con los objetivos.

AVANCES Y MEJORAS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO CONTABLE:

Con relación al porcentaje del avance en comparación con la vigencia 2019; se resalta que para la vigencia 2019 la calificación fue de 4,59 mientras que para la vigencia 2020 fue de 4,87 es decir que presento una mejora del 6,01%, en el año 2022 fue de 4,90 y en el año 2023 fué de 4,96 y en el presente año continua constante con 4,96, lo que demuestra que se sostiene en el mismo porcentaje de 4.96 en el mejoramiento en la implementación del control interno contable. Igualmente se deja presente que en evaluaciones anteriores no se venía utilizando la herramienta que recomienda la CGN para la evaluación del control interno contable estableciendo para esta y las siguientes vigencias la plantilla ajustada a las necesidades institucionales.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda hacer el cierre de la información financiera en forma oportuna y publicar oportunamente en la página WEB institucional.

FORMULACION Y EJECUCION DE LOS PLANES DE AUDITORIA Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Información de la planeación y ejecución del Plan de auditorías, precisando su vigencia, avances y seguimientos a los planes de mejoramiento (2022 a 2025) La Oficina de Control Interno es la responsable de realizar la Evaluación del Sistema de Control Interno a través de su rol de evaluador independiente (Decreto 1537 de 2001), observando siempre un criterio de independencia frente a la operación y la autonomía de los actos de la administración.

De acuerdo con el Programa anual de auditorías del IMRD aprobada en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en febrero de 2025. De las auditorías planeadas, se realizaron todas es decir se ejecutaron en un 100%; al igual se realizó seguimiento a las recomendaciones a diciembre de 2025.

En desarrollo del Plan anual de auditorías y seguimiento, la Oficina de Control Interno, presento los siguientes informes:

INFORME SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DE VISITAS DE ENTES DE CONTROL

Durante el año 2025 se hizo seguimiento a los diferentes procesos con sus respectivos informes que son enviados a los entes de control, función que está a cargo del Doctor Carlos Correa por medio de una matriz de informes. En lo que corresponde al último Plan de mejoramiento a la Auditoría de la Contraloría Departamental – Auditoría Financiera y de gestión periodo 2024, la cual ya se envió con las respectivas acciones correctivas y actividades el día 30 de diciembre de 2025.

ACTAS DE COMITES DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

Copia de las actas del Comité de Coordinación de Control Interno desarrolladas durante el periodo de gestión 2022-2025, donde se relacione las decisiones tomadas en la misma. (Aplicativo DARUMA y en físico).

INFORMES DE ENTES DE CONTROL DE LAS ÚLTIMAS VISITAS EFECTUADAS

1. Copia del último informe o relación de aspectos importantes tratados por los entes de control en sus últimas visitas
 2. Recomendaciones desde el punto de visita de evaluación independiente.
- En lo que corresponde al último Plan de mejoramiento a la Auditoría de la Contraloría Departamental – Auditoría Financiera y de gestión periodo 2024, la cual ya se envió con las respectivas acciones correctivas y actividades el día 30 de diciembre de 2025.
- En el Escritorio en una ventana denominada CONTRALORIA DEPARTAMENTAL, se encuentra el informe preliminar de la Auditoría de la Contraloría Departamental – Auditoría Financiera y de gestión año 2024.

INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE GESTION Y CORRUPCION EN LA ENTIDAD

Informe de seguimiento y control a los riesgos de gestión y de corrupción. Lo anterior en cumplimiento del rol de evaluación a la gestión del riesgo por parte de la Oficina de Control Interno

Las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control están distribuidas en varias áreas y no se concentran en las oficinas de control interno; de allí que deban ser coordinadas cuidadosamente para asegurar que los controles operen.

OTROS INFORMES ELABORADOS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Información litigiosa corte a 30 de septiembre de 2025. Pendiente corte a diciembre 2025.

Informe de cierre fiscal corte a 31 de diciembre de 2025. (CHIP). Pendiente, pasar a financiera.

Informe de PQRSDf con corte a 31 de diciembre de 2025. SIAU

Informe de Austeridad de gasto con corte a septiembre 30 de 2025.- FINANCIERO- Pendiente corte a diciembre 31 de 2025.

Informe al Plan de transparencia y ética pública corte a septiembre 30 de 2025. Pendiente corte a diciembre 31 de 2025.

Presentar en Comité Institucional de control interno el Plan Anual de Auditorías.

Se ejecutaron las Auditorías al 100% de acuerdo con el Plan Anual de Auditorías 2025.

Se elaboró el informe pormenorizado de control interno con corte a diciembre 31 de 2025.

Se elaboró el avance al Plan de mejoramiento de la Auditoría de Contraloría Departamental- Auditoría financiera y periodo 2025.de Gestión.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES – ENLACE:

1. Se sugiere fortalecer la Política de Gestión del Riesgo en los que se presenta el objetivo, alcance, niveles de aceptación del riesgo, términos y definiciones, estructura para la gestión del riesgo, guía niveles para calificar el impacto y el tratamiento de los riesgos de acuerdo con la última guía publicada en octubre de 2020 por el DAFP.
2. El HDTUU de Tuluá debe asegurar que los servidores públicos conozcan la Políticas de Administración del Riesgo, para tal efecto puede valerse de la inducción y reinducción o cualquier mecanismo de comunicación por medio del cual se logre presentar lo que la dirección espera que se realice para mitigar los riesgos.
3. Realizar el autodiagnóstico de Servicio al Ciudadano y Participación ciudadana, tramites y Rendición de cuentas con todos los responsables de cada componente para la implementación del MIPG II
4. Trabajar sobre los procesos de las TIC en la gestión de la entidad, la seguridad de la información y en general todos aquellos aspectos que pueden facilitar la operación interna. (Alianzas estratégicas, trabajo por proyectos).
5. Continuar con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de acuerdo con el Decreto No.1499 de septiembre 11 de 2017.
6. Realizar Reinducción al Mapa de procesos de la Entidad de acuerdo con nueva estructura organizacional.
7. Socializar y complementar el Manual de procedimientos y/o Manual de operaciones mediante instrucciones y guías de acción orientadas a la ejecución eficaz y eficiente de las operaciones trazadas en cada proceso.
8. Implementar y fortalecer las políticas, procedimientos y guías en documentos avalados por la dirección.
9. Fortalecer el comité de depuración contable.
10. Realizar los informes pertinentes del área contable utilizando un sistema de indicadores que interprete la realidad financiera.
11. Realizar actas de las conciliaciones entre contabilidad y almacén y las demás áreas involucradas
12. Publicar periódicamente los estados financieros en la página web del HDTUU E.S.E. de Tuluá.

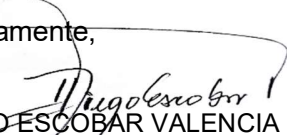
POR LA EXCELENCIA EN SALUD...

CONCEPTO DEL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

En concepto del Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno y soportados en lo descrito en el presente Informe de Gestión, el Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital Tomas Uribe Uribe E:S:E:, durante la vigencia 2025 se ve fortalecido por el dinamismo que ha caracterizado a la entidad respecto de la implementación del nuevo M.I.P.G. y por las directrices trazadas desde la Gerencia en los componentes administrativos, financieros, asistenciales y de control; mejorando los niveles de confiabilidad y calidad de los procesos, acorde con el nivel de complejidad institucional.

Con referencia a la vigencia anterior, se evidencia el permanente interés de la alta dirección de la entidad, en reforzar y fortalecer permanentemente el Sistema de Control Interno; al igual que en darle continuidad y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos y plasmados para el proceso de sostenibilidad y fortalecimiento del modelo M.E.C.I. integrado como la séptima dimensión en el M.I.P.G.

Atentamente,


DIEGO ESCOBAR VALENCIA
Jefe de Oficina de Control Interno



Hospital Departamental
Tomás Uribe Uribe
de Tuluá - E.S.E.

POR LA EXCELENCIA EN SALUD...

¡ Siempre a tu lado !

