



Red de Salud del Centro E.S.E.

"Por una salud más cercana, con excelencia y amor"

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia, Distrito Especial de Santiago de Cali – Valle - PBX: (+57 602) 3120930
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

por una salud más cercana, con excelencia y amor"

Nit.805.027.261-3

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
INFORME SEMESTRAL DE EVALUACION DEL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO
Julio a Diciembre de 2025
101.7.1.4.02

Sandra Liliana Escobar Solano
Asesora de Control Interno

Enero de 2026

1. Introducción

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento del artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, por el cual se dictan normas para simplificar trámites en la administración pública, presenta el Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno de la Red de Salud del Centro E.S.E. Este informe, de periodicidad semestral y de obligatoria publicación en el sitio web de la entidad, se elabora de conformidad con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

2. Periodo del Informe

El periodo evaluado corresponde al segundo semestre de 2025 (del 01 de julio al 31 de diciembre).

3. Descripción Metodológica

La metodología utilizada para esta evaluación se fundamenta en el marco normativo establecido por la Ley 1753 de 2015, la cual promovió la integración de los sistemas de desarrollo administrativo y de gestión de la calidad. Dicha integración dio lugar a la actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), donde la estructura del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) se articula como la Séptima Dimensión.

En concordancia con lo anterior, el presente informe mantiene la estructura de los cinco Componentes del MECI (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Actividades de Monitoreo).

Esta aproximación metodológica se adopta en el marco de la función de la Oficina de Control Interno como Tercera Línea de Defensa, lo que garantiza una evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno.

4. Desarrollo

Una vez efectuado el análisis y la aplicación de la herramienta establecida por el DAFP, a continuación, se presentan los resultados generales de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2025.

Análisis de Resultados

Tabla 1: Comparación medición primer y segundo semestre de la vigencia 2025

Componente	Nivel de cumplimiento componente primer semestre	Nivel de cumplimiento actual	Variación	Estado
Ambiente de Control	90%	92%	+2% ↗	 Sobrealiente
Actividades de Control	79%	83%	+4% ↗	 En Mejora
Evaluación de Riesgos	79%	79%	—	 Estable
Información y Comunicación	86%	86%	—	 Sostenido
Monitoreo (DCI)	96%	96%	—	 Fortaleza

Fuente: Elaboración propia con los datos arrojados de la herramienta parametrizada dispuesta por el DAFP

Resultado estado del sistema de Control Interno de la entidad: 87,02

4.1 Ambiente de control

El Ambiente de Control de la E.S.E. es sólido y documentado. La fortaleza principal radica en el compromiso de la Alta Dirección y los procesos de talento humano. Sin embargo, el desafío semestral se centra en la operatividad digital (Almera) y en la gestión del conocimiento para que el saber institucional no se pierda con el personal que se retira.

4.2 Evaluación de riesgos

Este componente evalúa la capacidad de la entidad para identificar, valorar y gestionar los eventos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Si bien la entidad ha modernizado su política y su herramienta tecnológica (Almera), la gestión del riesgo aún se percibe como un ejercicio de cumplimiento documental en algunos niveles. La oportunidad clave radica en lograr que los grupos primarios realicen análisis críticos y no solo operativos, asegurando que el riesgo sea un insumo real para la toma de decisiones gerenciales.

4.3 Actividades de Control

Este componente se centra en las políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que las directrices de la gerencia se lleven a cabo y que se tomen las acciones necesarias para orientar los riesgos hacia el cumplimiento de los objetivos.

El componente presenta un funcionamiento operativo adecuado (las actividades se hacen), pero el diseño formal de los controles es débil. La prioridad para el próximo semestre debe ser la estandarización de la redacción de controles bajo la metodología

DAFP y la disciplina en el cargue de evidencias en Almera para garantizar la trazabilidad del control.

4.4 Información y Comunicación

Este componente garantiza que la información relevante sea identificada, capturada y comunicada de manera oportuna para permitir que los colaboradores cumplan con sus responsabilidades y que los grupos de valor interactúen con la entidad.

La E.S.E. posee los sistemas y canales necesarios para que la información fluya; sin embargo, la comunicación se percibe más como un proceso administrativo que como una herramienta estratégica de impacto. El reto para el próximo periodo es transformar los datos (PQRS, indicadores de satisfacción) en decisiones de mejora y asegurar que el Plan de Comunicaciones se ejecute.

4.5 Actividades de Monitoreo

Este componente evalúa la eficacia de la supervisión continua y las evaluaciones independientes para asegurar que el Sistema de Control Interno (SCI) se mantenga alineado con los objetivos institucionales. El monitoreo en la Red de Salud del Centro E.S.E. es robusto en cuanto a la generación de informes y atención a entes externos. Se apuesta a qué próximo semestre la Segunda Línea (Planeación) continúe acompañando a la Primera Línea en la estructuración y redacción de sus controles, para que la auditoría no sea solo un ejercicio de "hallazgos", sino de prevención real.

5. Conclusiones

- 5.1 Los cinco componentes del Sistema de Control Interno (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Actividades de Monitoreo) se encuentran operando y articulados bajo el marco del MECI, lo que evidencia un sistema estructurado y funcional. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la madurez operativa de algunos componentes, especialmente en la apropiación del enfoque de riesgos y en la estandarización formal de los controles, para fortalecer aún más su integración efectiva.
- 5.2 El Sistema de Control Interno es efectivo de manera general para el cumplimiento de los objetivos institucionales evaluados, en tanto permite la generación de controles, seguimiento, reportes y atención a entes de control. Sin embargo, su efectividad puede fortalecerse al pasar de un enfoque principalmente operativo y documental a uno más preventivo y estratégico, que garantice que los controles y la gestión del riesgo sean insumos reales para la toma de decisiones.

5.3 La entidad cuenta con una institucionalidad definida bajo el esquema de Líneas de Defensa, donde la Oficina de Control Interno ejerce su rol como Tercera Línea, garantizando la evaluación independiente del SCI. Así mismo, se reconoce la necesidad de fortalecer el acompañamiento de la Segunda Línea a la Primera Línea, con el fin de consolidar controles mejor diseñados y una gestión del control más preventiva, orientada a la mejora continua.

6. Plan de Acción - Ruta a la Excelencia

Para el próximo periodo, se recomienda que la entidad se enfoque en:

- Capacitación técnica: Acompañamiento a los líderes para mejorar la redacción de sus controles.
- Gestión digital (Almera): Fomentar el cargue simultáneo de evidencias para evitar rezagos informativos.
- Análisis de Valor: Usar el componente de Monitoreo (96%) para detectar fallas antes de que se materialicen riesgos.

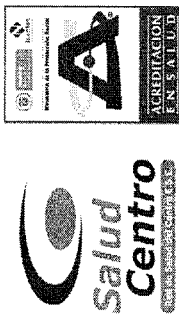
Cordialmente,



Sandra Liliana Escobar Solano
Asesora de Control Interno

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia, Distrito Especial de Santiago de Cali – Valle - PBX: (+57 602) 3120930
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co



Anexo 1. Matriz parametrizada de la función Pública en donde se evalúa los cinco componentes del MECI

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia, Distrito Especial de Santiago de Cali - Valle - PBX: (+57 602) 3120930
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

"Por una salud más cercana, con excelencia y amor"

Nit: 805.027.261-3

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
Antecedente de control	Si	92%	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas 1. Fortalezas Identificadas (Cumplimiento e Implementación): La entidad demuestra una estructura sólida y una cultura de control madura en los siguientes aspectos: a) Institucionalidad Ética: El Código de Integridad y Buen Gobierno no solo está aprobado por Junta Directiva, sino que está actualizado según los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud y efectivamente socializado. b) Gestión del Talento Humano: Existe un ciclo completo y documentado que incluye selección, inducción (con enfoque en acreditación), capacitación y un robusto programa de pensionados y retiro laboral. c) Eficacia de las Líneas de Defensa: Se evidencia una Tercera Línea (Control Interno) activa que verifica la articulación entre el PTEE, MECI y MIPG. La Alta Dirección ejerce un liderazgo claro al exigir validación de revisoría fiscal para la información financiera. d) Transparencia y Rendición de Cuentas: Cumplimiento del 100% en la rendición de informes a entes de control sin extemporaneidad y disponibilidad de canales de denuncia anónima (Buzón escucha activa). e) Clima y Convivencia: Funcionamiento operativo del Comité de Convivencia Laboral y existencia de manuales contra el acoso laboral en la plataforma Almera. 2. Debilidades y Oportunidades de Mejora (Brechas Detectadas): A pesar de los avances, la evaluación independiente identifica puntos críticos para la gestión del riesgo y la mejora continua: a) Desarticulación de Subsistemas: Se requiere integrar de manera más efectiva el SARLAFT, SICOF y PTEE con el Sistema Integral de Gestión de Riesgos para evitar esfuerzos aislados. b) Fuga de Capital Intelectual: Ausencia de un mecanismo formal de Gestión del Conocimiento. Existe el riesgo de perder conocimiento táctico ante la rotación o retiro de personal.	90%	Fortalezas: Se identifican como fortalezas: 1. Cultura de Integridad y Ética: Existe un firme liderazgo y compromiso con la integridad y los valores éticos, formalizado a través del Código de Conducta y Buen Gobierno Corporativo. Este documento ha sido efectivamente entregado y socializado mediante diversos espacios y mecanismos, asegurando su conocimiento generalizado. 2. Direccionamiento Estratégico Claro: La entidad opera bajo una Planeación Estratégica robusta que incluye metas definidas, responsables asignados y cronogramas (tiempos) de ejecución establecidos, asegurando que los esfuerzos estén alineados con la misión institucional. 3. Estructura Organizacional Apropriada: La estructura organizacional está formalmente definida, aprobada y comunicada. Es eficiente y coherente al estar alineada con los objetivos misionales de prestación de servicios de salud. 4. Agilidad en la Gestión (Decisiones): La dirección demuestra la capacidad de toma de decisiones oportunas, lo cual facilita la respuesta rápida a los desafíos operativos y estratégicos, y contribuye a la efectividad general del control. 5. La alta dirección realiza la revisión y el análisis sistemático de los informes emitidos por la Oficina de Control Interno, asegurando que las recomendaciones y hallazgos generen un impacto directo y positivo en la mejora institucional y la toma de decisiones. Se consideran oportunidades de mejora: 1. Debilidad en la Comunicación Interna: El mecanismo de Buzón de Escucha Activa (o canal de quejas/sugerencias internas) carece de difusión de su existencia. Es necesario: Garantizar la confidencialidad para el colaborador que reporta generar informes periódicos, planes de intervención que aborden y resuelvan las situaciones reportadas, asegurando un impacto real en el ambiente laboral. 2. Formalizar e implementar la cultura de la autoevaluación mediante el diligenciamiento sistemático y completo de los	2%

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallende - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia, Distrito Especial de Santiago de Cali - Valle - PBX: (+57 602) 3120930
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

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		92%	c) Cultura de Registro en Sistemas: Aunque los controles se ejecutan en la operación, no se reportan simultáneamente en el aplicativo Almera, lo que afecta la integridad y oportunidad de la información. d) Debilidad en la Identificación de Riesgos: Falta mayor involucramiento de los procesos misionales en la identificación de riesgos financieros y no financieros. e) Confusión en Canales de Comunicación: Necesidad de clarificar y socializar mejor la diferencia entre denuncia, queja y reclamo para asegurar que el ciudadano y el colaborador usen los canales adecuadamente. f) Actualización Metodológica: Trabajar prontamente en la actualización de las caracterizaciones de riesgos bajo la Guía de Riesgos V7 (Función Pública), evaluando mejor la efectividad de los controles.	91%	instrumentos de autodiagnóstico de las dimensiones y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. 3. Riesgo de Fuga y Pérdida de Conocimiento: Existe una ausencia de mecanismos formales para la gestión del conocimiento, lo que pone en riesgo la pérdida de experiencia y memoria institucional (fuga de conocimiento) ante la rotación de personal o cambios organizacionales. 4. Falta de Medición del Impacto de la Capacitación: No se cuenta con una metodología formal o evidencia para evaluar el impacto real y la transferencia de conocimiento de las capacitaciones ofrecidas. 5. Garantizar la asignación y suficiente de recursos presupuestales específicamente destinados a Capacitación del talento humano. Esta asignación debe estar alineada con el Plan Estratégico de la entidad y los resultados de la evaluación de desempeño, asegurando que los programas implementados aborden las brechas de competencias identificadas.	Avance final del componente
Evaluación de riesgos	Si	79%	1. Fortalezas (Logros en la Gestión) a) Marco Normativo Actualizado: La entidad aprobó y actualizó la Política Institucional de Administración de Riesgos (octubre 2025), integrando los lineamientos de MIPG y MECI, junto con la actualización de la Política Integral de Calidad. b) Operativización Estratégica: Existe una alineación clara entre el Plan de Desarrollo 2024-2027 y los planes operativos anuales. El sistema Almera ya integra indicadores de gestión vinculados al cumplimiento de metas. d) Adopción Tecnológica: Se evidencia un avance significativo en la digitalización, con el 88.9% de los procesos habiendo migrado sus riesgos al sistema Almera. e) Gestión de Terceros y Fraude: Implementación de controles preventivos rigurosos mediante SARLAFT, incluyendo consultas en listas restrictivas para la vinculación de proveedores, mitigando riesgos reputacionales.	79%	1. Existencia de política y programa de gestión de riesgos: La entidad cuenta con política de Administración del Riesgo formalmente definida y con programa de gestión del riesgo el cual establece el marco de referencia, los roles y la metodología para la gestión efectiva del riesgo en todos los niveles de la organización. 2. Alineación Estratégica-Operacional: Existen mecanismos sólidos y formales para vincular los objetivos estratégicos con la ejecución de los planes operativos anuales. Esto asegura que los riesgos identificados y gestionados contribuyan directamente al logro de la misión institucional. 3. Objetivos de Proceso Claros y Medibles: La entidad cuenta con procesos definidos cuyos objetivos cumplen con criterios de calidad (específicos, medibles, alcanzables, etc.), facilitando la identificación precisa de los riesgos que podrían impedir el cumplimiento de su objetivo. 4. Segregación de Funciones para Mitigar Riesgos: Esta práctica es una actividad de control preventiva fundamental	0%

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
Evaluación de riesgos			f) Estructura de Supervisión: Roles definidos bajo el modelo de líneas de defensa, donde Planeación (2da línea) y Control Interno (3ra línea) realizan seguimientos trimestrales y validación de reportes. 2. Debilidades y Oportunidades de Mejora (Riesgos Críticos) a) Brechas en el Mapa de Riesgos: Ausencia de Riesgos Tercerizados: El mapa actual no incluye riesgos derivados de actividades contratadas con terceros, lo cual es un vacío crítico para una E.S.E. b) Riesgos de Corrupción: Se requiere una revisión integral para identificar la totalidad de procesos susceptibles a riesgos de corrupción bajo el nuevo contexto institucional. c) Deficiencias en el Diseño de Controles: La Oficina de Control Interno detectó que los controles actuales carecen de una evaluación técnica profunda. Se requiere aplicar estrictamente la Guía de Administración del Riesgo Versión 7 (DAFP) para estandarizar la redacción y valoración. d) Debilidad en la Cultura de Reporte: Existe una "etapa de transición" donde, a pesar de que los controles operan, falta disciplina en el registro oportuno y simultáneo en el sistema Almera por parte de los líderes de proceso. e) Falta de Análisis de Contexto: Aunque el Plan de Desarrollo define factores internos y externos, el documento de "Programa de Gestión de Riesgos" aún no los ha incorporado plenamente, lo que dificulta la identificación de nuevos riesgos ante cambios del entorno. f) Capacidad de Respuesta cuando se presente materialización: Es necesario formalizar protocolos para que, una vez materializado un riesgo, se actualice de manera	79%	que reduce significativamente el riesgo de fraude, error y conflicto de interés en las operaciones. Oportunidades de Mejora Mapa de Riesgos Incompleto: Se evidencia inconclusión en la actualización del mapa de riesgos por proceso. Adicionalmente, existe una omisión en la identificación y valoración de la totalidad de los procesos susceptibles a riesgos de corrupción. Baja Madurez en la Cultura de Gestión del Riesgo: El personal y los líderes de proceso presentan una débil cultura y apropiación de la gestión del riesgo, lo cual se refleja en la inconsistencia en su aplicación, su percepción como un mero requisito formal y la falta de participación en el monitoreo y reporte de riesgos. Incumplimiento en la Evaluación de la Efectividad de Controles: Existe un incumplimiento sistemático en la ejecución de las evaluaciones de los controles asociados a los riesgos, tal como lo establece la política institucional. Esta situación impide determinar la efectividad real de los controles definidos. Implementación Parcial de los Subistemas de Riesgo: La entidad presenta una implementación pendiente o incompleta de los subistemas de riesgos, lo que limita la visión integral y la administración de riesgos. Contextualización Institucional Desactualizada: El contexto interno y externo institucional no se actualiza o analiza periódicamente, lo cual genera el riesgo de que la entidad no logre identificar nuevos riesgos emergentes o realizar los ajustes necesarios a los riesgos existentes derivados de cambios en el entorno operativo. El Programa de Gestión de Riesgos está incompleto, ya que no incluye cursos de acción definidos para la revisión y actualización inmediata del mapa de riesgos una vez se	

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
Evaluación de riesgos		79%	obligatoria el mapa de riesgos y se definen nuevos cursos de acción.	79%	detecta la materialización de un riesgo o la falla de un control clave.	
Actividades de control	Sí	83%	1. Fortalezas (Implementación y Cumplimiento) a) Estructura de Supervisión Contractual: Existe un fortalecimiento notable en la vigilancia de proveedores mediante el nuevo Manual de Supervisión e Interventoría (GJC-M-001). Se destaca la mejora en la calidad y sistematicidad de las actas de supervisión. b) Gestión de Tecnologías de Información (TI): La entidad cuenta con una base sólida de seguridad digital soportada por el Manual de Políticas y Estándares de Seguridad Informática (GIN-M-02) y planes de tratamiento de riesgos de privacidad. Existe un control efectivo sobre roles, perfiles y privilegios de acceso. c) Continuidad Operativa y Segregación: El manual de funciones y la dinámica de liderazgos distribuidos mitigan la dependencia de personas específicas. Se evidencia un protocolo claro de relevos (ej. El subgerente científico asume funciones asistenciales ante vacantes) para evitar la desprotección institucional. d) Articulación de Modelos: Integración efectiva entre el modelo de Acreditación en Salud y el MIPG, lo que permite que las actividades de control respondan a estándares de calidad asistencial y administrativa simultáneamente. e) Inducción en Seguridad: Los protocolos de seguridad y el uso de credenciales de acceso son parte integral del proceso de vinculación y reintroducción de todo el personal. 2. Debilidades y Oportunidades de Mejora (Hallazgos de la OCI) a) Deficiencia en la Redacción de Controles: La Oficina de Control Interno (OCI) identifica que los procesos requieren acompañamiento técnico de Planeación para definir y redactar mejor los controles. No basta con que existan; deben estar alineados técnicamente con la Política de Administración del Riesgo vigente. b) Brecha en el Registro Digital (Almera): Aunque los controles se ejecutan físicamente o en la operación diaria, persiste la debilidad en el seguimiento y reporte oportuno dentro de la herramienta Almera.	79%	Se evidencia como fortalece del componente: 1. Segregación de Funciones: La entidad mantiene una adecuada segregación de funciones en sus procesos clave, lo que mitiga el riesgo de fraude y error al evitar que una sola persona controle todas las etapas de una transacción. 2. Integración del Modelo Evaluativo de Acreditación: El Sistema de Control Interno se beneficia y fortalece de la integración de requisitos y estándares del Modelo Evaluativo de Acreditación, promoviendo la estandarización y la mejora continua. 3. Controles Robustos en Tecnología (TI): Se han establecido y ejecutado actividades de control específicas y detalladas para proteger la infraestructura tecnológica, incluyendo aspectos de seguridad y confiabilidad de la información, así como en los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías. 4. Cumplimiento normativo Oportunidades de Mejora: 1. Desactualización Documental (Procesos): Es necesaria la revisión y actualización inmediata de las Caracterizaciones de procesos, los procedimientos y demás documentos asociados. 2. Actualización de Políticas Operativas: Las políticas de operación requieren ser actualizadas para reflejar los cambios en la entidad o el entorno. Adicionalmente, se requiere fortalecer el despliegue y la divulgación de estas políticas para asegurar su correcta implementación. 3. Documentación de la Evaluación de Controles por La línea de Defensa: Evaluación continua de los controles de riesgos, la cual debe ser realizada conforme a la frecuencia indicada en el programa.	4%

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia. Distrito Especial de Santiago de Cali - Valle - PBX: (+57 602) 3120930
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

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
Actividades de control		83%	c) Falta de Documentación de Excepciones: No se han documentado formalmente las situaciones donde la segregación de funciones no sea posible, lo cual es necesario para establecer controles compensatorios. d) Actualización Documental de Procesos: Con la actualización del Manual de Operación (MOP) a 18 procesos, se requiere una revisión documental exhaustiva para asegurar que las herramientas de control de cada proceso estén vigentes y alineadas a la nueva estructura. e) Monitoreo de la Primera Línea: Se observa que el monitoreo recae fuertemente en la OCI (anual), pero falta fortalecer el monitoreo permanente por parte de los líderes de proceso (Primera Línea de Defensa).	79%		
Información y comunicación	Sí	86%	1. Fortalezas (Implementación y Cumplimiento) a) Robusta Infraestructura Tecnológica: La entidad cuenta con una gestión integral de sistemas como SERVINTE (información clínica/administrativa), ALMERA (gestión de procesos y riesgos), y herramientas especializadas como CEN Financiero para facturación electrónica. b) Gestión de Seguridad y Disponibilidad: Se destaca la contratación de un DATACENTER (Claro) bajo normas internacionales y la aplicación de políticas de seguridad informática que garantizan la confidencialidad e integridad de los datos. c) Transparencia Activa: Cumplimiento de la Ley 1712 mediante la publicación del inventario de activos de información y el esquema de publicación en la página web institucional (Sección Transparencia). d) Fuentes de Información Pertinentes: Uso del perfil epidemiológico y caracterización de usuarios como insumo principal para la planeación y prestación del servicio de salud. e) Canales de Comunicación Interna: Uso de medios ágiles (WhatsApp institucional y grupos de gerencia) y herramientas de retroalimentación como el Buzón Escucha Activa en la intranet.	86%	Se evidencia como fortaleza del componente: 1. La entidad lleva a cabo actividades estructuradas orientadas a mejorar la relación con sus grupos de valor, promoviendo activamente la participación de las asociaciones de usuarios. 2. Optimización continua en la difusión de información pública, evidenciada por el incremento en el porcentaje de cumplimiento del índice de transparencia, impulsado por el mejoramiento de la página web institucional. 3. Innovación Tecnológica al Servicio del Ciudadano: Se han implementado desarrollos tecnológicos propios que facilitan y benefician directamente la interacción y la prestación de servicios a los usuarios. Oportunidades de Mejora:	0%

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
Información y comunicación		35%	1) Evaluación de Satisfacción: Medición sistemática de la percepción del usuario y seguimiento a la rendición de cuentas, con resultados disponibles en Almera. 2. Debilidades y Oportunidades de Mejora (Hallazgos de la OCI) a) Seguimiento al Plan de Comunicaciones: Aunque existe un Plan de Comunicaciones documentado, la Oficina de Control Interno (OCI) recomienda fortalecer su seguimiento y ejecución efectiva, integrando los resultados del FURAG 2024. b) Subutilización de Canales de Denuncia: Se identifica la necesidad de una estrategia de socialización y difusión más agresiva para los canales de denuncia anónima, ya que su existencia no garantiza su uso efectivo si el personal no los conoce o confía en ellos. c) Falta de Indicadores de Alcance: El proceso de Mercado y Comunicaciones requiere establecer indicadores que permitan evaluar no solo la publicación, sino el impacto y alcance real de la información hacia los usuarios. d) Análisis Profundo de PQRS: La OCI sugiere pasar del reporte estadístico de peticiones a un análisis de recurrencia (causa raíz), que sirva como insumo real para el ciclo de mejora continua. e) Disciplina en el Análisis Periódico: A pesar de contar con la documentación, se observa una debilidad en la práctica de realizar análisis periódicos al cumplimiento de las actividades de comunicación frente al cronograma establecido.	36%	1.Subutilización de Plataformas Tecnológicas Existentes: bajo uso de las herramientas y plataformas tecnológicas de comunicación e información ya implementadas. 2.Riesgo por Canales de Denuncia Limitados o Desconocidos: La falta de difusión sobre la existencia y el funcionamiento de los canales de información internos destinados a la denuncia anónima o confidencial compromete la detección temprana de irregularidades y la confianza del personal. Es necesario asegurar la confidencialidad y la gestión oportuna de los reportes. 3.Deficiencia en la Evaluación de la Comunicación Externa: Hay una falta de formalización de procesos o procedimientos documentados que permitan evaluar periódicamente la efectividad, pertinencia y alcance de los canales de comunicación dirigidos a partes externas.	Avance final del componente
Monitoreo	Si	35%	1. Fortalezas (Fortalezas encontradas) a) Cumplimiento Normativo y de Planificación: Se evidencia la existencia y aprobación del Plan Anual de Auditoría. La Oficina Asesora de Control Interno (OACI) cumple con su rol de Tercera Línea al presentar informes semestrales a la Junta Directiva y liderar el Comité de Control Interno. b) Cultura de Evaluación Externa: La entidad utiliza insumos de alto valor para la mejora continua, tales como informes de la Contraloría, Procuraduría, Revisoría Fiscal y, especialmente, el informe de acreditación del ICONTEC (puntaje de 3,55), lo que demuestra apertura a la supervisión externa.	36%	Se identifican como fortalezas del componente: 1.Ejecución Sistemática de Auditorías Internas: Se evidencia la ejecución efectiva y oportuna del Plan Anual de Auditorías (PAA), garantizando una evaluación periódica e independiente de los procesos. 2.Resultados Positivos en Auditorías Externas: La entidad demuestra confiabilidad en la gestión financiera, reflejada en el feneamiento de la cuenta por parte de los entes de control externos. 3.Gestión Proactiva de Planes de Mejoramiento: Se asegura la oportuna ejecución y seguimiento de las acciones incluidas en los Planes de Mejoramiento, tanto aquellos derivados de	0%

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
 Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia. Distrito Especial de Santiago de Cali - Valle - PBX: (+57 602) 3120930
 E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

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
Monitoreo		96%	c) Uso de Herramientas Tecnológicas: La migración al sistema ALMERA para la gestión y monitoreo de riesgos representa un avance significativo en la trazabilidad de la supervisión. d) Rendición de Cuentas Interna: Los informes de auditoría fluyen hacia los niveles decisorios (Gerencia, Subgerencia y Líderes de proceso), asegurando que los responsables conozcan las debilidades de sus áreas. e) Monitoreo Preventivo: La OACI realiza validaciones mediante muestreo antes de los cierres formales, permitiendo una evaluación preventiva de la efectividad de los planes de mejoramiento. 2. Debilidades (Debilidades y Oportunidades de Mejora) a) Desarticulación entre Líneas de Defensa: Se identifica una debilidad en la coordinación. La OACI recomienda un trabajo más articulado entre Planeación (2da Línea) y los Líderes de Proceso (1ra Línea) para asegurar que los controles no solo existan, sino que estén bien redactados y sean efectivos. b) Periodicidad de la Evaluación: Según el manual, la evaluación de riesgos se realiza solo una vez al año, lo cual puede ser insuficiente en un entorno de salud altamente dinámico. c) Brecha en la Operatividad de Almera: Aunque la herramienta existe, se requiere fortalecer el seguimiento para que el monitoreo sea directo y permanente en el sistema por parte de los líderes de proceso. d) Dependencia de la Tercera Línea: Se observa que gran parte del peso del monitoreo recae en la OACI. Es necesario que los líderes de proceso asuman con mayor rigor el automonitoreo de sus propios indicadores y riesgos. e) Gestión de Servicios Tercerizados: Aunque se presentan resultados en el Comité de Gestión y Desempeño, persiste la necesidad de formalizar y profundizar el monitoreo sobre la calidad y cumplimiento de los contratistas externos.	96%	auditorías internas como de las auditorías de entes externos de control. 4. Mitigación Activa de Deficiencias: Existe un proceso establecido para la ejecución de acciones correctivas que buscan resolver las deficiencias de control interno identificadas en las distintas evaluaciones. 5. Aprovechamiento de la Retroalimentación Externa (PQRSF): Se realiza una evaluación continua de la información suministrada por los usuarios (PQRSF) y grupos de valor, permitiendo la mejora continua del Sistema de Control Interno basado en la percepción y las necesidades externas. Oportunidades de Mejora 1. Debilidad en la Evaluación de Servicios Tercerizados: Falta de evidencia documentada de las evaluaciones de los controles o el desempeño de los servicios tercerizados, lo que impide determinar su impacto en el S.C.I. 2. Falta de Incorporación de Recomendaciones Clave: Retraso en la revisión e incorporación de las recomendaciones emitidas por la Función Pública a partir de los resultados obtenidos en el Índice de Desempeño Institucional luego del diligenciamiento del diligenciamiento de instrumentos de gestión como el FURAG	