



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.

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

**INFORME DE GESTIÓN
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
SEGUNDO SEMESTRE VIGENCIA 2025
101.7.1.4.05**

**Sandra Liliana Escobar Solano
Asesora de Control Interno**

Santiago de Cali, febrero 19 de 2026.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	0
2. OBJETIVO	0
3. ALCANCE DEL INFORME	0
4. MARCO NORMATIVO	0
5. GESTIÓN DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	1
5.1 Desarrollo De Roles A Cargo De Las Oficinas Asesoras De Control Interno.....	2
5.2 Mejora: Acciones realizadas frente a las auditorias y/o Seguimientos	5
5.2.1 Seguimiento a las oportunidades de mejora.....	5
5.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	6
5.3.1 FURAG - MECI.....	6
5.3.2 Evaluación semestral del sistema de control interno	7
5.3.3 Evaluación del Sistema De Control Interno Contable	9
6. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA DE PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LA CONTRALORÍA GENERAL DE SANTIAGO DE CALI	10
7. EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2024.....	11
8. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2025.....	14
8.1 Anexos que conforman la calificación del plan de gestión de gerencia	15

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe consolida los resultados de la gestión desarrollada por la Oficina Asesora de Control Interno de la Red de Salud del Centro E.S.E., correspondientes al segundo semestre de la vigencia 2025, derivados de los ejercicios de seguimiento, evaluación independiente y demás actividades ejecutadas en cumplimiento de las funciones asignadas por la Ley.

La gestión de la Oficina se desarrolla a través de los cinco roles establecidos para el Control Interno en el sector público: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control y evaluación de la gestión del riesgo; actividades que se ejecutan conforme al Plan Anual de Auditorías aprobado para la vigencia 2025.

En este contexto, la Oficina Asesora de Control Interno cumplió su propósito institucional de brindar asesoría a la Alta Dirección, actuar como enlace entre la E.S.E. y los organismos de control, promover la cultura del autocontrol y la mejora continua, así como realizar evaluaciones sistemáticas, objetivas e independientes a los procesos institucionales. Lo anterior permitió verificar el cumplimiento normativo, la adecuada ejecución de actividades y operaciones, el logro de resultados y el impacto de la gestión institucional, generando recomendaciones orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, la toma de decisiones oportunas y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Red de Salud del Centro E.S.E.

2. OBJETIVO

Presentar y consolidar la gestión realizada por la Oficina Asesora de Control Interno (OACI) durante el segundo semestre de la vigencia 2025, en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías aprobado, evidenciando los resultados de seguimiento, evaluación y asesoría desarrollados en el período.

3. ALCANCE DEL INFORME

Segundo semestre 2025.

4. MARCO NORMATIVO

El ejercicio de la función de Control Interno en la Red de Salud del Centro E.S.E. se fundamenta en el siguiente marco normativo:

Constitución Política de 1991

- Artículos 209 y 269: Establecen que la función administrativa debe desarrollarse con fundamento en los principios de eficiencia, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, y que las entidades públicas deben diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno.

Ley 87 de 1993

- Establece las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y define sus objetivos, principios y responsabilidades.

Ley 489 de 1998

- Regula la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional e incorpora disposiciones relacionadas con el Sistema de Control Interno.

Ley 1599 de 2005

- Adopta el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) como herramienta para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades públicas.

Ley 1474 de 2011

- Dicta normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción, y establece disposiciones sobre el nombramiento de los Jefes de Control Interno.

Decreto 943 de 2014

- Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

Decreto 648 de 2017 y Decreto 1499 de 2017

- Ajustan y articulan el Sistema de Control Interno con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), bajo estándares internacionales y lineamientos de gestión pública.

5. GESTIÓN DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Teniendo en cuenta el plan anual de auditoria aprobado para la vigencia 2025 se llevaron a cabo las siguientes gestiones enmarcadas en los cinco roles establecidos en el mismo

ROL	Actividades Ejecutadas	Actividades Programadas	% Ejecución
LIDERAZGO ESTRATEGICO	54	50	108%
ENFOQUE HACIA LA PREVENCION	9	9	100%
GESTION DEL RIESGO	7	7	100%
RELACION ENTES DE CONTROL	13	7	186%
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	42	55	76%
TOTAL	125	128	98%

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2025, se desarrollaron las gestiones correspondientes a los cinco roles estratégicos definidos, alcanzando un nivel de ejecución global del 98% (125 actividades ejecutadas de 128 programadas).

En el rol de Liderazgo Estratégico se ejecutaron 54 actividades frente a 50 programadas, alcanzando un cumplimiento del 108%. En Enfoque hacia la Prevención se logró el 100% de ejecución con 9 actividades desarrolladas, al igual que en Gestión del Riesgo, donde se cumplieron las 7 actividades previstas. En cuanto al rol de Relación con Entes de Control, se registró una ejecución del 186%, con 13 actividades realizadas frente a 7 programadas, debido a la atención de requerimientos y solicitudes adicionales no contempladas inicialmente en la planeación.

Por su parte, en el rol de Evaluación y Seguimiento se ejecutaron 42 de las 55 actividades programadas, alcanzando un 76% de cumplimiento. Esta variación obedece a que algunas auditorías internas de carácter misional no pudieron desarrollarse, dado que la Oficina Asesora de Control Interno de la Red de Salud del Centro E.S.E. estaba conformada únicamente por un equipo de trabajo de dos (2) personas, correspondientes a un (1) funcionario de período fijo y un (1) afiliado partícipe, lo que limita la capacidad operativa y la disponibilidad de perfiles técnicos especializados requeridos para la ejecución de auditorías a programas y procesos tales como Atención Integral de Cáncer, Promoción y Mantenimiento de la Salud, Atención Intrahospitalaria y Apoyo Diagnóstico, entre otros.

Estos resultados reflejan un adecuado avance en la ejecución del plan, con fortalecimiento significativo en los roles estratégicos y de relacionamiento institucional.

5.1 Desarrollo De Roles A Cargo De Las Oficinas Asesoras De Control Interno

Promedio segundo semestre 2025	
Liderazgo Estratégico	124%
Enfoque Hacia La Prevención	125%
Gestión Del Riesgo	125%
Relación Entes De Control	113%
Evaluación Y Seguimiento	71%

Rol Liderazgo estratégico

La Oficina de Control Interno participó en diversos escenarios estratégicos y administrativos con voz, pero sin voto, en estricto cumplimiento de las funciones y límites que le son propios. Esta intervención se realizó con el propósito de mantener su rol asesor e independiente, evitando asumir decisiones, otorgar autorizaciones, emitir avales o intervenir en actuaciones propias de la gestión administrativa.

Lo anterior garantiza la preservación de la objetividad, autonomía e independencia requeridas para el desarrollo de los seguimientos y procesos de auditoría programados en cada vigencia.

Nombre instancia	No de Sesiones
Junta Directiva	10
Comité institucional de gestión y desempeño. Resolución 1-15-406-2018, Artículo sexto: Convocatoria y sesiones	2
Comité institucional de control interno	1
Comité distrital de control interno	2
Comité de sostenibilidad / comité de glosas Resolución 1.15.571.2016, Artículo 6. Periodicidad de las sesiones.	2
Comité de conciliación	13
Comité directivo	6
Total	36

Rol Enfoque Hacia La Prevención

Este rol implica articular la asesoría con la promoción permanente de la cultura del control al interior de la entidad. En desarrollo de sus funciones, la Oficina fortalece el principio de autocontrol en el equipo institucional, brindando orientación y formulando recomendaciones bajo un enfoque preventivo.

Asimismo, impulsa la difusión de piezas y mensajes orientados al autocontrol, realiza la verificación y rendición de los informes correspondientes, y presta asesoría para la suscripción y el seguimiento de los planes de mejoramiento derivados de auditorías de los entes de control, durante el segundo semestre se brindó asesoría en el marco de la auditoría al proceso de glosas, contribuyendo al cumplimiento oportuno de los compromisos y al fortalecimiento continuo del Sistema de Control Interno.

Durante el segundo semestre de la vigencia 2025, se difundieron tres (3) piezas institucionales enfocadas en el autocontrol, y los informes de ley fueron elaborados y publicados oportunamente, garantizando el cumplimiento de las obligaciones normativas y los principios de transparencia.

Rol De Evaluación Y Seguimiento

A través de un enfoque basado en riesgos, la Oficina Asesora de Control Interno proporciona información objetiva e independiente sobre la efectividad de los controles, mediante evaluaciones planeadas, documentadas, organizadas y sistemáticas a los programas, proyectos, procesos, indicadores y riesgos definidos por la entidad para el cumplimiento de su misión institucional.

En desarrollo de este rol, durante el segundo semestre de la vigencia 2025 se ejecutaron las siguientes actividades de evaluación, verificación y seguimiento:

Informes según requerimientos legales

- Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno.
- Informe de austeridad del gasto.
- Informe sobre la atención de PQRS.
- Seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con la CGSC.
- Seguimiento a la matriz de Ley de Transparencia.
- Verificación y seguimiento al cumplimiento de las etapas de los subsistemas SARLAFT, SICOF y del Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
- Verificación en SIGEP del cumplimiento en la actualización de la declaración periódica de bienes y rentas.

Seguimientos - Auditorías y actividades de control

- Evaluación al Plan de Desarrollo.
- Evaluación al Plan de Gestión de Gerencia.
- Arqueos de cajas en 16 IPS
- Toma física de inventarios.
- Auditoría a la contratación suscrita por la entidad.

Finalmente, se presentó ante la Junta Directiva el informe de gestión del primer semestre en julio; en septiembre se realizó la exposición sobre el IDI y el seguimiento a riesgos institucionales; con ocasión de la terminación del período del Jefe de la Oficina de Control Interno, en el mes de diciembre se elaboró y presentó el informe final de gestión y entrega del cargo, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por el DAFP. Este ejercicio permitió garantizar la debida transición, la continuidad administrativa y la trazabilidad de las actuaciones adelantadas durante la vigencia.

Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo

Durante el segundo semestre de la vigencia 2025, la entidad actualizó la Política de Gestión del Riesgo, estableciendo lineamientos generales para la gestión integral del riesgo en armonía con el MIPG, el MECI y las disposiciones de los entes de control y vigilancia. La política incorpora la definición del esquema de líneas de defensa y la asignación de roles y responsabilidades, orientados a disminuir la vulnerabilidad institucional frente a situaciones que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos. Este rol se desarrolló a través de los informes de seguimiento y evaluación realizados durante el período. Desde la Oficina Asesora de Control Interno se formularon recomendaciones orientadas al fortalecimiento del componente de identificación de riesgos y a la articulación del sistema de gestión del riesgo con los subsistemas SARLAFT y SICOF, con el fin de avanzar en una integración más efectiva y coherente de estos instrumentos dentro del Sistema de Control Interno.

Rol Relación Con Entes Externos

De acuerdo con el marco normativo, la Oficina Asesora de Control Interno actúa como enlace institucional entre la entidad y los entes externos de control, facilitando la coordinación, articulación y el flujo oportuno de información requerida por dichos organismos.

Durante la vigencia 2025, y especialmente en el segundo semestre, la OACI brindó acompañamiento para la recepción y atención de las siguientes actuaciones de control:

- **Actuación Especial de Fiscalización – proceso de glosas y devoluciones en la prestación de los servicios de salud**, vigencias 2022, 2023 y 2024.
- **Actuación Especial de Fiscalización – Evaluación a la Gestión Contractual de la Secretaría Distrital de Salud de Santiago de Cali y de las Redes de Salud**, vigencia 2024 y primer semestre 2025.
- **Actuación Especial de Fiscalización – Evaluación de la gestión de los acuerdos de voluntades y/o convenios entre las E.S.E y las entidades responsables de pago**, vigencias 2023–2024.
- **Actuación Especial de Fiscalización Intersectorial – Verificación de la inversión ambiental y el comportamiento de indicadores ambientales en el Distrito Especial de Santiago de Cali**, vigencia 2024 y hasta el 31 de julio de 2025.

Asimismo, se atendieron requerimientos adicionales de entes de control, como el envío del informe de gestión a la Alcaldía de Cali y la respuesta a solicitudes formuladas por el Concejo Distrital, garantizando oportunidad, trazabilidad y coherencia en la información suministrada.

5.2 Mejora: Acciones realizadas frente a las auditorias y/o Seguimientos

5.2.1 Seguimiento a las oportunidades de mejora.

En el marco de sus funciones, la Oficina de Control Interno desarrolla auditorías y seguimientos conforme al marco normativo, procedimientos y lineamientos vigentes que resulten aplicables en cada caso. Estos ejercicios se ejecutan de manera planificada y documentada, con el fin de evaluar la efectividad de los controles y el cumplimiento de las disposiciones legales e institucionales.

Como resultado, se emiten informes en los que se consignan los hallazgos identificados, las falencias evidenciadas y los aspectos susceptibles de mejora. Cuando corresponde, se promueve la suscripción de planes de mejoramiento que incluyen acciones concretas, responsables y plazos definidos, frente a los cuales la Oficina realiza seguimiento periódico para verificar su cumplimiento y efectividad. En atención a este seguimiento, se tiene:

Se listan algunas acciones de mejora importantes evidenciadas

Seguimiento de PQRS

- Retroalimentación sobre la adecuada clasificación de las manifestaciones.
- Se incluyó en el Sistema las características de pertinencia y continuidad del SOGC.
- Mejora en la oportunidad de respuesta del 89 % paso al 94% del primer a segundo semestre

Austeridad del Gasto

- Implementación del cronograma para las conciliaciones con las diferentes áreas del proceso financiero

Seguimiento a la implementación del SARFAFT y SICOF

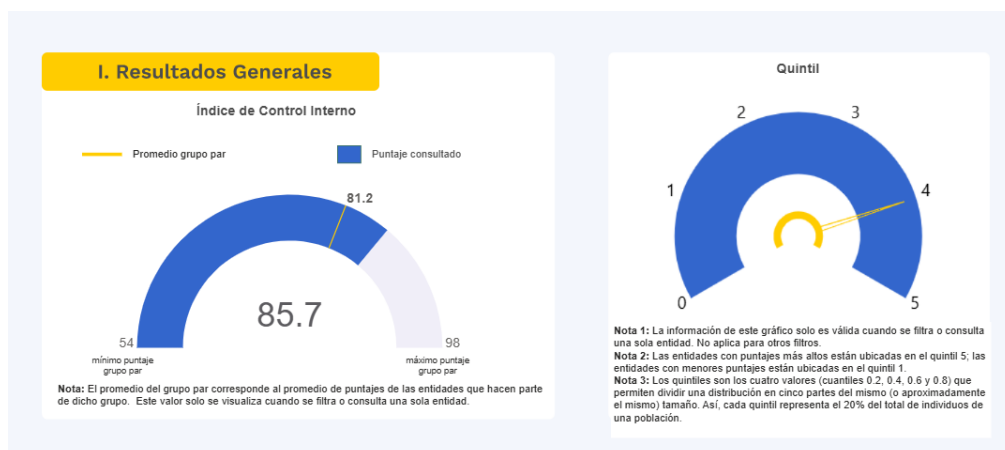
- Se adelantó mesa de trabajo para la articulación del Sistema integral de riesgos y los subsistemas de SARLAFT y SICOF
- Arqueo de Cajas (16 IPS)
- Se está reforzando periódicamente los protocolos de seguridad, manejo de efectivo y uso del sistema

Inventarios

- Se evidenció la correcta documentación de la disposición final de los elementos expirados

5.3 Evaluación del Sistema de Control Interno

5.3.1 FURAG - MECI



En cumplimiento del Decreto 1083 de 2015, capítulo 3, artículo 2.2.22.3.10 “medición de la gestión y desempeño institucional” la OACI diligenció el formulario específico de *Evaluación del Sistema de Control Interno*, con corte a 31 de diciembre de 2024, cuyos resultados evidencian un Índice de Control Interno de 85.7 puntos.

Este resultado es altamente positivo, toda vez que, se encuentra por encima del promedio del grupo par (81.2). Ubica a la entidad en el quintil 4, es decir, dentro del grupo de entidades con mejor desempeño relativo. Refleja un Sistema de Control Interno estructurado, con componentes formalmente implementados y operando bajo lineamientos definidos.

Este desempeño confirma que la entidad cuenta con un Ambiente de Control consolidado, una política de administración del riesgo adoptada, mecanismos de evaluación independiente en funcionamiento y un programa anual de auditorías basado en riesgos debidamente aprobado y ejecutado en un alto porcentaje.








No obstante, es preciso señalar que el instrumento FURAG evalúa en gran medida la existencia de marcos normativos, lineamientos y soportes documentales. La entidad cuenta con una arquitectura de control debidamente reglamentada, incluyendo política de administración del riesgo, manuales SARLAFT/SICOF y estructura organizacional definida. Sin embargo, el reto actual no radica en la formalización documental, sino en la apropiación y aplicación efectiva de dichos instrumentos en la cultura organizacional.

5.3.2 Evaluación semestral del sistema de control interno

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

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

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 (OCI)	96%	96%	—	 Fortaleza

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

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 MECl, 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

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

enfoque de riesgos y en la estandarización formal de los controles, para fortalecer aún más su integración efectiva.

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.

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.

El análisis permite precisar que el instrumento MECI —al igual que el FURAG— valora en gran medida la existencia de marcos normativos, estructuras formales y soportes documentales. En ese sentido, el reto institucional no se centra en la ausencia de

herramientas, sino en profundizar su apropiación y efectividad operativa en todos los niveles organizacionales.

Los informes se encuentran publicados en la página web de la entidad: <https://www.esecentro.gov.co/informe-pormenorizado/>

Retos para abordar

- Fortalecimiento de la Cultura del Autocontrol

Es necesario consolidar el principio de que cada líder de proceso y cada servidor público es el primer responsable del control en su ámbito de gestión. El Sistema de Control Interno no puede concebirse como una función exclusiva de la Oficina de Control Interno, sino como una responsabilidad transversal.

- Transición hacia una Gestión del Riesgo más Preventiva y Dinámica

Se requiere avanzar en la alineación de los mapas de riesgos con los lineamientos más recientes de la Función Pública (Guía Versión 7), promoviendo análisis prospectivos y controles realmente efectivos frente a riesgos estratégicos, operativos y de corrupción.

- Cierre de Brechas entre Formalidad y Efectividad

Si bien la entidad cuenta con políticas, manuales y procedimientos definidos (incluyendo administración del riesgo y sistemas asociados), el desafío consiste en asegurar que estos instrumentos impacten directamente la toma de decisiones, la priorización de recursos y la mejora de los procesos misionales.

- Fortalecimiento de la Gestión de Riesgos de Corrupción

Se debe continuar consolidando mecanismos preventivos que garanticen transparencia, trazabilidad y control en procesos críticos como contratación, gestión financiera, talento humano y prestación de servicios.

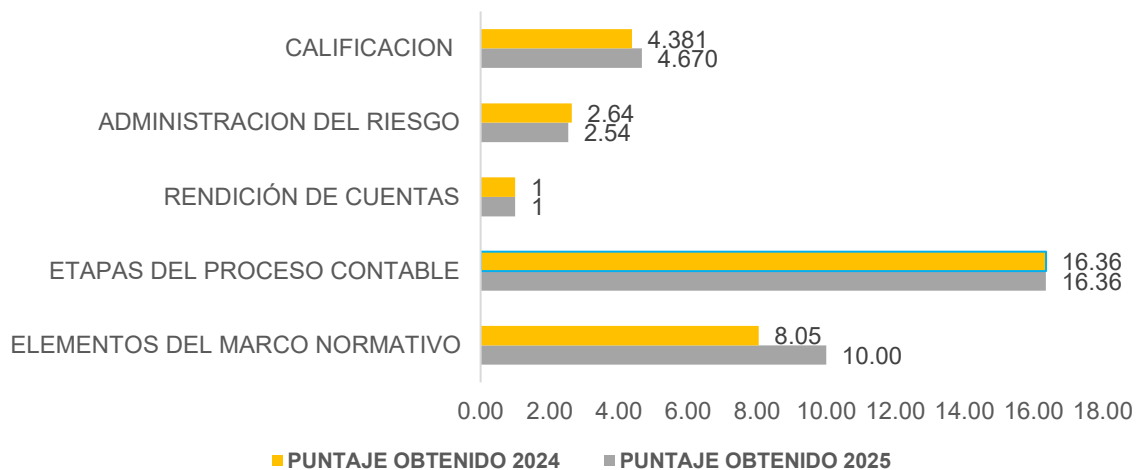
5.3.3 Evaluación del Sistema De Control Interno Contable

En cumplimiento de las funciones de evaluación independiente asignadas a la Oficina de Control Interno y en el marco de la Resolución 193 de 2016, se realizó la Evaluación del Sistema de Control Interno Contable de la E.S.E. Centro, correspondiente al período evaluado 2025.

La evaluación comprendió la revisión integral del proceso de Gestión Financiera – Subproceso Contable, incluyendo las etapas de Reconocimiento, Medición Posterior y Revelación; las políticas de operación; la rendición de cuentas; la gestión del riesgo contable; y la verificación de la efectividad de los controles implementados, con base en la información suministrada por el área responsable y los resultados de auditorías ejecutadas.

La evaluación del sistema de control interno contable de la E.S.E centro, correspondiente a la vigencia 2025 arrojó un resultado de 4.67 sobre 5, rango EFICIENTE.

COMPARACIÓN VIGENCIA 2024 Y 2025 DE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE



Para la vigencia 2025 se obtuvo un puntaje total de 29,90 sobre 32 puntos posibles, equivalente a un 93,43% de cumplimiento, con una calificación de 4,671. En comparación, en la vigencia 2024 el puntaje fue de 28,04, correspondiente al 87,64%, con una calificación de 4,381.

Lo anterior evidencia una mejora de 1,86 puntos y un incremento de 5,79 puntos porcentuales, reflejando un fortalecimiento del Sistema de Control Interno Contable y un mayor nivel de confiabilidad en la información financiera generada por la entidad.

El Sistema de Control Interno Contable de la E.S.E. Centro mantiene un nivel eficiente de desempeño, evidenciando mejora frente a la vigencia anterior y fortalecimiento en la confiabilidad de la información financiera.

Para asegurar su sostenibilidad y mejora continua, se recomienda priorizar: la revisión y actualización del Manual de Políticas Contables conforme a la normatividad y realidad operativa actual; el seguimiento periódico a las oportunidades de mejora; el fortalecimiento de la gestión del riesgo contable, mediante la actualización del mapa de riesgos, identificación específica de riesgos contables, autoevaluaciones de controles y seguimiento a los tratamientos; y la depuración y conciliación integral del inventario de activos, garantizando consistencia con contabilidad y adecuada integración de depreciaciones.

6. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA DE PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LA CONTRALORÍA GENERAL DE SANTIAGO DE CALI

En cumplimiento de la resolución reglamentaria 1000.30.00.24.003 por medio de la cual se reglamenta la metodología de los planes de mejoramiento y los avances que de los mismos den presentar los sujetos y/o puntos de control fiscal de la Contraloría General de Santiago de Cali (CGSC), la OACI realizó los seguimientos y cargue en la página SIA Contraloría de manera semestral, de igual manera se encuentra publicado en la página web de la entidad

Nombre de la Auditoria	No Hallazgos	Naturaleza Hallazgo	Estado al corte de junio 30 2025		Estado al Corte del 31 de diciembre 2025	
			Abierto	Cerrado	% cumplimiento con corte 31 de diciembre	Estado final
Actuación especial de fiscalización / tema o asunto - aef/ta, Verificar la inversión ambiental y el comportamiento de indicadores ambientales en el distrito especial de Santiago de Cali	2	Administrativo	1	1	100%	Cerrado
Actuación Especial de Fiscalización al proceso de glosas y devoluciones en la prestación de los servicios de salud, en las Empresas Sociales del Estado del Distrito Especial de Santiago de Cali vigencias 2023 – 2024	2	Administrativo	2	0	0%	Abierto en el Tiempo suscrito el PM en diciembre 2025
Auditoría Financiera de Gestión y Resultados al Distrito de Santiago de Cali, Vigencia 2024	2	Administrativo	2	0	100%	Cerrado
AUDITORIA FINANCIERA Y DE GESTIÓN A LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E, VIGENCIA 2022	9	Administrativo	1	8	100%	Cerrado
Auditoria procedimiento especial rendición de la cuenta - Perc	12	Administrativo	2	11	100%	Cerrado
	1	Administrativo, Fiscal y Disciplinaria				
Evaluación a la prestación de los servicios de salud brindados por la Red de Salud del Centro E.S.E a través del sistema integrado de comunicaciones (SICO)	4	Administrativo	2	2	100%	Cerrado
Total	32		10	22		

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

Durante la vigencia 2025, las seis (6) auditorías recibidas generaron un total de 32 hallazgos, cuya naturaleza corresponde principalmente al ámbito administrativo, y en un caso específico con alcance administrativo, fiscal y disciplinario. Con corte al 30 de junio de 2025, se registraban 10 acciones abiertas y 22 cerradas, en ejecución de los planes de mejoramiento suscritos.

Al 31 de diciembre de 2025, el estado final fue el siguiente:

Actuación especial de fiscalización – inversión ambiental e indicadores ambientales: 2 hallazgos – 100% de cumplimiento – Cerrado.

Actuación Especial de Fiscalización – proceso de glosas y devoluciones (2023–2024): 2 hallazgos – Plan de Mejoramiento suscrito en diciembre de 2025 – Abierto en el tiempo.

Auditoría Financiera de Gestión y Resultados al Distrito de Santiago de Cali – Vigencia 2024: 2 hallazgos – 100% de cumplimiento – Cerrado.

Auditoría Financiera y de Gestión a la Red de Salud del Centro E.S.E – Vigencia 2022: 9 hallazgos – 100% de cumplimiento – Cerrado.

Auditoría procedimiento especial rendición de la cuenta – PERC: 12 hallazgos – 100% de cumplimiento – Cerrado.

Evaluación a la prestación de servicios de salud a través del SICO: 4 hallazgos – 100% de cumplimiento – Cerrado.

En consecuencia, al cierre de la vigencia 2025 se alcanzó un cumplimiento del 100% en las acciones correspondientes a cinco (5) de las seis (6) auditorías, quedando en ejecución únicamente el plan relacionado con el proceso de glosas y devoluciones, debido a su suscripción en el mes de diciembre de 2025.

Este resultado refleja una gestión efectiva frente a los hallazgos formulados por el ente de control, consolidando la capacidad institucional para atender oportunamente los compromisos adquiridos y fortalecer el Sistema de Control Interno bajo principios de mejora continua y responsabilidad administrativa.

7. EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2024

El plan de desarrollo presentado por la Gerente de la Red de Salud del Centro E.S.E para el periodo 2024-2028 denominado “Por una salud más cercana, con excelencia y amor” fue aprobado por la junta directiva en el mes de agosto de 2024 mediante el acuerdo No. 080 de 2024. Este involucra la ejecución de cinco (5) ejes estratégicos a saber: Atención de calidad, sostenibilidad y competitividad, innovación y conocimiento, participación social y gestión de excelencia.

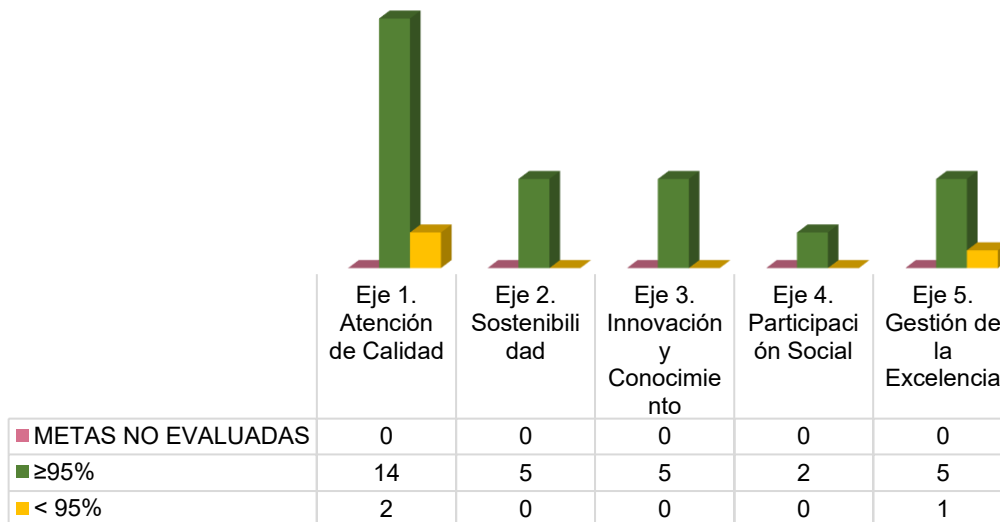
Conformado de la siguiente manera:



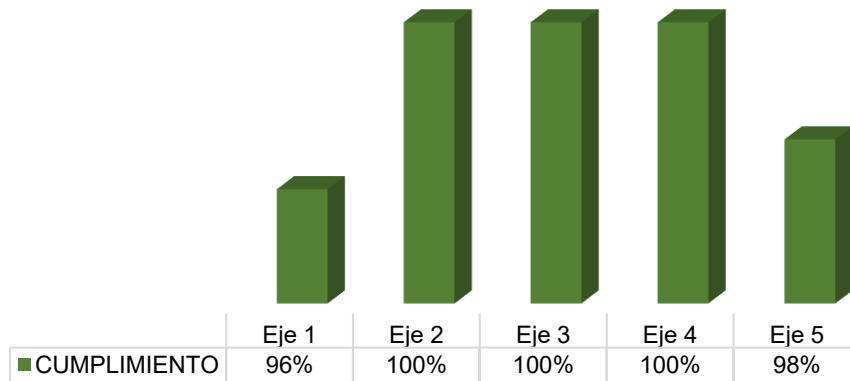
La evaluación del Plan de Desarrollo se orienta a medir la eficacia, entendida como el grado de cumplimiento de las metas definidas y los resultados alcanzados por la E.S.E en términos de productos y gestión institucional.

La medición se efectuó mediante el seguimiento a los indicadores y metas establecidos para la vigencia 2025. Como resultado, se evidenció que 31 de las 34 metas alcanzaron un nivel de cumplimiento igual o superior al 95%. Es importante precisar que la meta relacionada con la implementación de la ISO 9001:2015 fue reprogramada para la vigencia 2026, lo cual impacta el consolidado general. En consecuencia, el nivel de cumplimiento del Plan de Desarrollo para 2025 se ubica en 91%, reflejando un desempeño satisfactorio en la ejecución de las metas programadas.

Gestión de ejecución plan de desarrollo vigencia 2025



Cumplimiento Ejes Plan de Desarrollo



Metas ejecutadas con resultados <95%

- Eje 1. Atención de Calidad

OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	CÁLCULO DEL INDICADOR	% CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
Reducir a 12 o menos la mortalidad perinatal evitable de partos atendidos en la ESE Nota: 12 por cada 1.000 nacidos vivos	Muertes fetales: 1 Nacidos vivos: 42 Cálculo Indicador: $[1 / (42 + 1)] * 1.000$ Resultado: 23.26 Meta ≤ 12 Cumplimiento: 51.6% Fuente: Sistema de gestión almera, indicador ICONTEC - 18 / P.1.4 Tasa de mortalidad perinatal	52%
Lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino $\geq 80\%$ en mujeres de 25 a 69 años NOTA: $\geq 50\%$ para la vigencia actual	Mujeres de 25 a 69 años tamizadas: 2.259 Mujeres de 25 a 69 años asignadas: 6.566 Cálculo indicador: $(2.259 / 6.566) * 100$ Resultado: 34.4% Meta $\geq 50\%$ Cumplimiento: 91.75% Fuente: Sistema de gestión almera, indicador ICONTEC-76,4 Cumplimiento de actividades de promoción y prevención en salud pública (Cáncer de Cuello Uterino)	92%

En relación con el objetivo específico de reducir a 12 o menos la mortalidad perinatal evitable por cada 1.000 nacidos vivos en partos atendidos en la E.S.E, para la vigencia evaluada se registró 1 muerte fetal y 42 nacidos vivos. El cálculo del indicador $1/(42 + 1) * 1.000$ arrojó un resultado de 23,26 por cada 1.000 nacidos vivos, frente a una meta establecida de ≤ 12 . Esto representa un nivel de cumplimiento aproximado del 52%, evidenciando que la meta no fue alcanzada y que persiste una brecha significativa frente al estándar definido.

Por otra parte, respecto al objetivo de lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 69 años, se reportaron 2.259 mujeres tamizadas de un total de 6.566 asignadas. El cálculo del indicador $(2.259 / 6.566) * 100$ dio como resultado una cobertura del 34,4%. No obstante, teniendo en cuenta que la meta para la vigencia actual era $\geq 50\%$, el cumplimiento frente a esta meta fue del 91,75%, lo que se refleja en un cumplimiento del indicador cercano al 92%.

Eje 5. Gestión de la excelencia

OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	CÁLCULO DEL INDICADOR	% CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
Cumplir el ≥90% el plan de trabajo para la implementación de estrategias que lleven a la eliminación de cualquier forma de discriminación	Actividades del plan para la no discriminación ejecutadas: 26 Actividades programadas: 34 Cálculo indicador: $(26 / 34) * 100$ Resultado: 76.47% Meta ≥ 90% Cumplimiento: 84.97% Fuente: Sistema de gestión almera, indicador RCC015 Cumplimiento del plan de trabajo para la implementación de las estrategias para la no discriminación.	85%

En relación con el objetivo específico de cumplir al 90% el plan de trabajo para la implementación de estrategias orientadas a la eliminación de cualquier forma de discriminación, durante la vigencia evaluada se ejecutaron 26 actividades de un total de 34 programadas. El cálculo del indicador $(26 / 34) * 100$ arrojó un resultado de 76,47% de ejecución.

Frente a la meta establecida ($\geq 90\%$), el nivel de cumplimiento alcanzado fue del 84,97%, lo que se refleja en un cumplimiento del indicador aproximado del 85%.

Desde el análisis, si bien se evidencia un avance significativo en la implementación de las actividades previstas, el resultado indica que no se logró alcanzar el umbral definido como meta institucional. Esto sugiere la necesidad de fortalecer la planificación operativa, el seguimiento periódico a las actividades programadas y la asignación oportuna de responsabilidades, con el fin de garantizar la ejecución total del plan y consolidar las estrategias institucionales orientadas a la no discriminación.

8. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2025

El Plan de Gestión de Gerencia de las Empresas Sociales del Estado es el instrumento mediante el cual el Gerente formaliza los compromisos asumidos ante la Junta Directiva. En este documento se establecen metas y resultados esperados en aspectos clave como la sostenibilidad financiera, la calidad del servicio y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

El Plan de Gestión fue aprobado mediante el Acuerdo de Junta No. 1.02.072.2024 del 27 de mayo de 2024. A continuación, se presentan los resultados obtenidos al cierre de la vigencia 2025 en cada una de las áreas de gestión que lo conforman:



8.1 Anexos que conforman la calificación del plan de gestión de gerencia

Área de Dirección y Gerencia

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO	CALIFICACION	RESULTADO PONDERADO
					VIGENCIA 2025		
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR	Indicador nominal Fuente: Documento de evaluación	Mantener la acreditación Autoevaluación completa en la vigencia evaluada $\geq 3,5$	3,55	5	0,25
	2	EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas (/) Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registradas en el PAMEC. Cálculo: 83 / 90 Resultado: 0,92 Fuente: Respuesta via correo electrónico "Seguimiento a PAMEC"	0,90	0,92	5	0,25
	3	GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Número de metas del plan desarrollo cumplidas: 31 (/) Número de metas del plan desarrollo establecidas: 34 Resultado: 0,91 Fuente: Evaluación plan de desarrollo institucional NOTA: Se disminuye la meta de implementación ISO 9001:2015 que fue reprogramada para 2026.	$\geq 0,90$	0,91	5	0,50
TOTAL DIRECCION Y GERENCIA							1,00

Área Financiera y Administrativa

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO	CALIFICACION	RESULTADO PONDERADO
					VIGENCIA 2025		
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero NOTA: Resolución 1122 del 30 de mayo de 2025, por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las ESE a nivel territorial para la vigencia 2025. (Página 20)	SIN RIESGO	0	0	0
	5	EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR) PRODUCIDA:	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de evaluación / # de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación /# de UVR producidas en la vigencia anterior). Numerador: (69.800.307 / 1.995.891): 34,97% Denominador: (64.700.621 / 1.761.339): 36,41% Resultado: 0,91 Fuente: EXCEL "INDICADORES PRESUPUESTAL A DICIEMBRE DE 2025" (Ejecución de gastos, comparativo de gastos), EXCEL "2193_2025_Enero_Diciembre (MOD) - Excel", PDF "DANE - IPC información técnica".	< 0,90	0,91	3	0,171
	6	PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de E.S.E's. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Vr. Total adquisiciones de M y MMQ realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas. (b) Compras a través de cooperativas de E.S.E's. (c). Compras a través de mecanismos electrónicos: 1.456.717.448 (/) Vr. Total de adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material medico-quirúrgico: 2.007.266.109 Cálculo: (1.456.717.448 / 2.007.266.109) Resultado: 0,73 Fuente: EXCEL "OK-INDICADOR COMPRAS ELECTRONICAS - OCT-DIC 2025".	$\geq 0,70$	0,73	5	0,266

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

AREA DE GESTION	No.	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO	CALIFICACION	RESULTADO PONDERADO
					VIGENCIA 2025		
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	7	MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONTRATACION DE SERVICIOS, Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR	Vr. de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación / (Vr. de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Vr. de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior) NOTA: Al cierre de la vigencia 2025 no se tiene endeudamiento.	Cero (0) o variación negativa	0	5	0.286
	8	UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios. NOTA: Se cumplió con la presentación de los informes trimestrales a la Junta Directiva.	4	3	5	0.286

AREA DE GESTION	No.	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO	CALIFICACION	RESULTADO PONDERADO
					VIGENCIA 2025		
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	9	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / (Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia (incluyendo CxP de vigencias anteriores)) Cálculo: 111.573.968 / 88.139.439 (miles de pesos). Resultado: 1.27 Fuente: EXCEL "INDICADORES PRESUPUESTAL A DICIEMBRE DE 2025" (Indicadores)	≥ 1,00	1.27	5	0.286
	10	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA SUPER SALUD	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0.286
	11	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE LA INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2195 DE 2004	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0.286
TOTAL FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA							1.89

Área Clínica o Asistencial

AREA DE GESTION	No.	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO	CALIFICACION	RESULTADO PONDERADO
					VIGENCIA 2025		
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	21	PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración medica y se inscribieron en el programa de CPN de la E.S.E, a mas tardar en la semana 12 de gestación / (Total de mujeres gestantes identificadas). Cálculo: 748 / 827 Resultado: 0.90 Fuente: Sistema de gestión Almera, indicador ICONTEC-1907/P.1.1 Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación.	≥0,85	0.9	5	0.40
	22	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia Resultado: 0 Fuente: Sistema de gestión Almera, indicador V07398 Numero total de casos diagnosticados como sífilis congénita cumpliendo el criterio de definición.	0	0 Casos	5	0.40
	23	EVALUACION DE APLICACION DE MANEJO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	# de HCL que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la E.S.E / (Total HCL auditadas de la muestra representativa de pacientes con Dx de HTA atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación) Cálculo: 410 / 438 Resultado: 0,94 Fuente: Sistema de gestión Almera, indicador AAM-019 Adherencia a Guías de Práctica Clínica Médica para Riesgo Cardiovascular Atención Ambulatoria - Consolidado Institucional	≥0,90	0.94	5	0.35

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

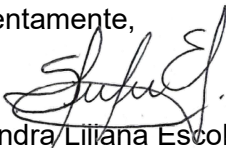
Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia. Distrito Especial de Santiago de Cali – Valle - PBX: (+57 602) 3120930

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

AREA DE GESTION	No.	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO VIGENCIA 2025	CALIFICACION	RESULTADO PONDERADO
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	24	EVALUACION APLICACIÓN GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	# de HCL que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del CYD (/) # de HCL de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de CYD en la E.S.E en la en la vigencia. Cálculo: 398 / 398 Resultado: 1 Fuente: Sistema de gestión Almera, indicador EVM-07 Adherencia a Guías de Práctica Clínica Médica Crecimiento y Desarrollo Primera Infancia Atención Ambulatoria	≥0,80	1	5	0.30
	25	PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS.	Numero de pacientes que reingresan al servicio de urgencias antes de 72 horas, con el mismo diagnóstico de egreso (/) Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia. Cálculo: 23.197/321 Resultado: 0.014 Fuente: Sistema de gestión Almera, indicador ICONTEC-1298/P.2.13 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas - Consolidado Institucional	≤0,03	0	5	0.25

AREA DE GESTION	No.	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO VIGENCIA 2025	CALIFICACION	RESULTADO PONDERADO
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	26	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó (/) Numero total de citas de medicina general de primera vez asignadas Cálculo: 79.382 / 148.762 Resultado: 1.87 Fuente: Sistema de gestión Almera, indicador ICONTEC-98/1223/P.3.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	≤3	2	5	0.30
TOTAL GESTION CLINICA O ASISTENCIAL							2.00

Atentamente,



Sandra Liliana Escobar Solano
Asesora de Control Interno