



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
PRIMER TRIMESTRE VIGENCIA 2026
101.7.1.4.16**

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

Santiago de Cali, Abril 30 de 2026.

Contenido

| | |
|---|----|
| 1.Introducción | 1 |
| 2.Objetivo | 1 |
| 3.Alcance del Informe | 1 |
| 4.Marco Normativo | 1 |
| 5.Gestión de la Oficina Asesora de Control Interno | 5 |
| 5.1 Desarrollo De Roles a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno | 6 |
| 6.Mejora: Acciones realizadas frente a las auditorias y/o Seguimientos | 12 |
| 6.1 Seguimiento a las oportunidades de mejora. | 12 |
| 6.2 Seguimiento a las acciones de mejora de planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría General de Santiago de Cali | 16 |
| 7.Rendición del FURAG | 17 |
| 8.Conclusiones Generales | 17 |

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 primer trimestre de la vigencia 2026, 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 2026.

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 primer trimestre de la vigencia 2026, en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías aprobado, evidenciando los resultados de seguimiento, evaluación y asesoría desarrollados en el período.

3. Alcance del Informe

Primer trimestre 2026.

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 2026 en el primer trimestre se llevaron a cabo las siguientes gestiones enmarcadas en los cinco roles establecidos en el mismo

| ROL | Actividades Ejecutadas | Actividades Programadas | % Ejecución |
|-----------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|
| LIDERAZGO ESTRATEGICO | 13 | 14 | 93% |
| ENFOQUE HACIA LA PREVENCION | 7 | 7 | 100% |
| GESTION DEL RIESGO | 2 | 0 | 100% |
| RELACION ENTES DE CONTROL | 6 | 2 | 100% |
| EVALUACION Y SEGUIMIENTO | 18 | 19 | 95% |
| TOTAL | 46 | 42 | 100% |

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2026, durante el primer trimestre se desarrollaron las gestiones correspondientes a los cinco roles estratégicos definidos, alcanzando un nivel de ejecución global del 100% se tenía programado realizar 42 actividades y se llevaron a cabo 46.

En el rol de Liderazgo Estratégico se ejecutaron las 14 actividades programadas, alcanzando un cumplimiento del 100 %.

En el rol de Enfoque hacia la Prevención también se logró un 100 % de ejecución, con el desarrollo de 7 actividades.

Respecto al enfoque de Gestión del Riesgo, se realizaron 2 actividades de seguimiento al mapa de riesgos: una correspondiente al proceso de apoyo diagnóstico–laboratorio y otra al proceso financiero. Estas actividades no estaban contempladas inicialmente para el periodo, pero se llevaron a cabo como parte del seguimiento requerido.

En cuanto al rol de Relación con Entes de Control, se registró una ejecución del 100 %, con 6 actividades realizadas frente a 2 programadas. Este incremento se debe a la atención de requerimientos y solicitudes adicionales no previstas en la planeación inicial.

Por su parte, en el rol de Evaluación y Seguimiento se ejecutaron 18 de las 19 actividades programadas, alcanzando un 95 % de cumplimiento. La variación obedece a que el seguimiento a SECOP II y SIA Observa estaba previsto para el mes de marzo, pero se realizó en abril, por lo cual no se incluye dentro del corte evaluado.

Estos resultados reflejan un adecuado avance en la ejecución del plan.

5.1 Desarrollo De Roles a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno

5.1.1 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.

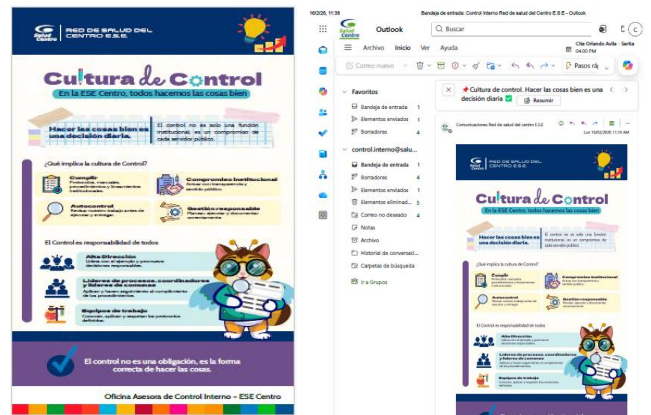
| Nombre instancia | No de Sesiones |
|--|----------------|
| Junta Directiva | 3 |
| Comité institucional de gestión y desempeño. Resolución 1-15-406-2018, Artículo sexto: Convocatoria y sesiones | 1 |
| Comité institucional de control interno | 1 |
| Comité distrital de control interno | 1 |

| | |
|---|-----------|
| Comité de sostenibilidad / comité de glosas Resolución 1.15.571.2016, Artículo 6. Periodicidad de las sesiones. | 1 |
| Comité de conciliación | 6 |
| Total | 13 |

5.1.2 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.

Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se difundió una (1) pieza institucional enfocadas en el autocontrol.



Asimismo, se realizó la verificación y rendición de los 61 informes correspondientes. Durante el primer trimestre, los informes de ley fueron elaborados, presentados y publicados de manera oportuna, garantizando el cumplimiento de las obligaciones normativas y de los principios de transparencia.

| DESTINATARIO | Norma |
|---|-------|
| AUDITORIA GENERAL DE LA REPUBLICA | |
| CISA.GOV.CO | 1 |
| CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN | 3 |
| CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA | 5 |
| CONTRALORIA GENERAL DE SANTIAGO DE CALI | 15 |
| GERENCIA | 2 |
| MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL | 1 |
| MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL A través de la plataforma PISIS del portal SISPRO (Sistema Integrado de información de la protección social) | 2 |
| PAGINA WEB ESE CENTRO | 17 |
| SECOP II | 1 |
| SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA | 2 |
| SUPERSALUD | 11 |

| | |
|--|-----------|
| UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DIRECCIÓN NACIONAL DE DERECHO DE AUTOR. | 1 |
| Total | 61 |

Seguimiento al cumplimiento de la Circular 009 de 2025

En el marco de las funciones de evaluación y seguimiento asignadas a la Oficina Asesora de Control Interno, y en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular 009 del 06 de octubre de 2025 emitida por la Procuraduría General de la Nación, relacionada con la organización e implementación del Control Interno Disciplinario en las entidades públicas, se realizaron actividades de seguimiento a las acciones adelantadas por la entidad para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en dicha disposición.

Como parte de estas acciones, la Oficina Asesora de Control Interno promovió la realización de reuniones orientadas a verificar el cumplimiento de la función de Control Interno Disciplinario, así como a fortalecer los mecanismos institucionales asociados a esta materia.

De acuerdo con el seguimiento efectuado, se evidenció que la entidad ha adelantado las actuaciones administrativas, normativas y técnicas necesarias para la organización e implementación del Control Interno Disciplinario, en concordancia con lo establecido en la Circular 009 de 2025.

En este sentido, se destaca que la entidad optó por fortalecer su estructura institucional mediante el ajuste del Manual Específico de Funciones, asignando las funciones disciplinarias al cargo de Jefe de la Oficina Asesora Jurídica, sin requerir la creación de nuevos cargos dentro de la planta de personal.

Así mismo, se verificó que actualmente la Oficina Asesora Jurídica se encuentra ejerciendo las funciones relacionadas con el Control Interno Disciplinario, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente y contribuyendo al fortalecimiento de los mecanismos de control y responsabilidad disciplinaria.

Adicionalmente, se remitió el informe No. 101.7.1.4.08 dirigido al Procurador Delegado, doctor Marcio Alfredo Melgosa Torrado, de la Procuraduría Delegada Preventiva y de Control de Gestión 1: Primera para la Vigilancia Preventiva de la Función Pública, mediante radicado No. 1.16.1.968.

Articulación del Sistema de Gestión de Riesgos con SARLAFT, SICOF y PTEE Reunión de febrero – revisión y planificación

El 09 de febrero se llevó a cabo una reunión con el objetivo de revisar la articulación del Sistema de Gestión de Riesgos con los subsistemas SARLAFT y SICOF, a partir de la propuesta presentada por la Oficina Asesora de Control Interno, orientada a su operativización mediante un Plan de Acción alineado con la Circular Externa de la Superintendencia Nacional de Salud y el Manual SARLAFT de la entidad.

Durante el desarrollo de la reunión, se realizó un ejercicio de análisis conjunto enfocado en el fortalecimiento institucional. La Oficina Asesora de Control Interno brindó acompañamiento promoviendo la cultura de control, la ética, la transparencia y la

prevención del riesgo, así como el seguimiento a la implementación de recomendaciones orientadas a la mejora continua.

Se presentó un Plan de Acción estructurado en las siguientes etapas:

- **Institucionalización:** apropiación de responsabilidades por los actores involucrados.
- **Implementación:** ejecución de acciones de mitigación definidas en la matriz de riesgos.
- **Seguimiento:** medición de la efectividad de los controles mediante indicadores.
- **Evaluación:** revisión de resultados en el marco de la mejora continua.

Se resaltó la importancia de fortalecer el seguimiento periódico, indicando que este debe realizarse de manera trimestral por el Oficial de Cumplimiento. Igualmente, se reiteró que, aunque los líderes de proceso son responsables de la ejecución de las acciones, el Oficial de Cumplimiento debe velar por su cumplimiento efectivo. Finalmente, se dejó planteada la necesidad institucional de contar formalmente con el cargo de Oficial de Cumplimiento, como elemento clave para fortalecer el sistema de cumplimiento y la gestión de riesgos.

Reunión de marzo – seguimiento a compromisos

El 04 de marzo se realizó una nueva reunión de seguimiento al Plan de Acción, con el fin de evaluar avances y continuar con la articulación del Sistema de Gestión de Riesgos con los subsistemas SARLAFT y SICOF.

La sesión inició con la intervención de la asesora de Control Interno, Sandra Liliana Escobar Solano, quien expuso el propósito del encuentro centrado en el seguimiento a compromisos y evaluación del nivel de avance.

Principales avances y compromisos:

- **Revisión de documentos (SARLAFT, SICOF y PTEE):**
Se evaluó la necesidad de actualización de estos instrumentos, concluyendo que actualmente no se requieren ajustes.
- **Incorporación de acciones en el Plan de Acción (PTEE):**
Se acordó incluir acciones del PTEE para fortalecer la articulación de los sistemas de control.
- **Comité Institucional de Control Interno y Comité de Riesgos:**
Se analizó la posibilidad de gestionar los riesgos a través del Comité Institucional de Control Interno. No obstante, se consideró pertinente evaluar la creación de un Comité de Riesgos independiente, decisión que continúa en análisis por parte de la Oficina Asesora de Planeación.
- **Pacto por la Transparencia y procedimiento SARLAFT:**
Se estableció como compromiso analizar la incorporación del formato del Pacto por la Transparencia y avanzar en la documentación del procedimiento SARLAFT, proyectado para el primer semestre.
- **Conflictos de interés:**
Se evidenció que el manejo actual aplica únicamente a personal de planta, identificándose la necesidad de incluir a contratistas dentro de este control.
- **Matriz de riesgos (Área de Calidad):**
Se acordó trabajar en una propuesta de matriz de riesgos orientada a SARLAFT y SICOF, actividad que se encuentra en proceso.

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

Se resalta la importancia de continuar fortaleciendo la articulación del Sistema de Gestión de Riesgos con los subsistemas SARLAFT y SICOE. Se espera que en próximas sesiones se evidencien avances significativos en los compromisos establecidos, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de control interno y cumplimiento normativo de la entidad.

5.1.3 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 primer trimestre de la vigencia 2026 se ejecutaron las siguientes actividades de evaluación, verificación y seguimiento:

| No Informe | Fecha | Tema |
|--------------|------------|---|
| 101.7.1.4.01 | 06/01/2026 | Informe de auditoría interna a la toma física de inventario a diciembre de 2025 |
| 101.7.1.4.01 | 22/01/2026 | Informe Ejecutivo Seguimiento Planes de Mejoramiento II Semestre 2025 |
| 101.7.1.4.02 | 23/01/2026 | Evaluación Independiente del estado de control interno |
| 101.7.1.4.03 | 2026/10/2 | Informe de Seguimiento al Trámite de las PQRS Julio a diciembre de 2025 |
| 101.7.1.4.04 | 16/02/2026 | Informe Evaluación del Sistema Interno Contable vigencia 2025 |
| 101.7.1.4.05 | 19/02/2026 | Informe de Gestión Oficina Asesora de Control Interno Segundo semestre 2025 |
| 101.7.1.4.06 | 25/02/2026 | Informe austeridad del gasto periodo octubre a diciembre de 2025 |
| 101.7.1.4.07 | 25/02/2026 | Informe de seguimiento a la ley 1712 |
| 101.7.1.4.08 | 09/03/2026 | INFORME DE SEGUIMIENTO Cumplimiento Circular 009 del 06 de octubre de 2025 - Procuraduría General de la Nación Seguimiento implementación de la función disciplinaria |
| 101.7.1.4.09 | 11/03/2025 | Informe de auditoría Interna al proceso Apoyo Diagnóstico - Laboratorio |
| 101.7.1.4.10 | 19/03/2026 | Informe Derechos de Autor 2025 |
| 101.7.1.4.11 | 20/03/2026 | Informe seguimiento a los riesgos del proceso Gestión Financiera |
| 101.7.1.4.12 | 25/03/2026 | Informe de seguimiento al comité de conciliación y defensa judicial 2025 |

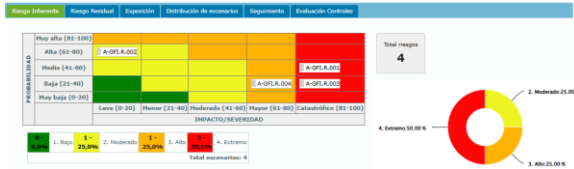
Finalmente, se presentó ante la Junta Directiva el informe de gestión del segundo semestre de la vigencia 2025 en la sesión del mes de febrero.

5.1.4 Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo

Durante el primer trimestre de la vigencia 2026, la Oficina Asesora de Control Interno realizó seguimiento al mapa de riesgos del proceso financiero, el cual fue presentado ante la Junta Directiva en la sesión correspondiente al mes de marzo. Este seguimiento se

enfocó especialmente en los riesgos asociados a la liquidez institucional, dada su incidencia directa en la sostenibilidad financiera de la entidad.

En el desarrollo del ejercicio, se destacaron las acciones implementadas por el proceso para el fortalecimiento de los controles; no obstante, se evidenció la necesidad de avanzar en la automatización de algunos de estos.



Riesgo Inherente



Riesgo residual

Resultados del seguimiento

Mapa de Riesgos y Factores Críticos de Éxito

Se concluye que el proceso tiene claramente identificados los riesgos críticos que impactan la operación. Es imperativo mantener el foco en los eventos relacionados con la liquidez y la sostenibilidad financiera, los cuales constituyen el "punto álgido" de la gestión actual. La correcta mitigación de estos riesgos no es solo una tarea administrativa, sino la garantía de la viabilidad operativa de la entidad.

Fortalecimiento del Monitoreo y Cultura de Control

Desde la Oficina de Control Interno, se invita a los líderes del proceso a trascender el cumplimiento formal del monitoreo. Se requiere una revisión concienzuda de la estructura de los controles, validando su clasificación y, muy especialmente, su periodicidad.

Nota técnica: Una periodicidad mal definida impide medir la efectividad real del control. El análisis de los resultados del monitoreo debe ser el insumo principal para ajustar la estrategia antes de que los riesgos se materialicen.

Transformación Digital en la Gestión de Cartera

Se observa una gestión positiva en el cobro de cartera, impulsada por la adopción de herramientas tecnológicas como el sistema Osigu. La automatización en el ordenamiento y estructuración de facturas ha demostrado:

- Una trazabilidad robusta del proceso.
- Disminución significativa de errores en la radicación (reprocesos).
- Mitigación directa de las causales de objeción por forma.

Oportunidades de Mejora y Visión de Alta Dirección

Si bien hay avances, el volumen de información allegado por las EAPB plantea un desafío que debe abordarse con visión estratégica. Se recomienda al proceso gestionar ante la Alta Dirección la automatización para brindar respuestas a objeciones (devoluciones y glosas).

Implementar un control automatizado en este punto no solo optimizaría el tiempo de respuesta, sino que impactaría positivamente en el flujo de caja, disminuyendo la edad de la cartera y asegurando la liquidez necesaria para la operación institucional.

5.1.5 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 el primer trimestre de la vigencia 2026, la OACI brindó acompañamiento para la organización y preparación de evidencias para la recepción y atención de la auditoría financiera y de gestión vigencia 2025

Asimismo, se atendieron requerimientos adicionales

| Fecha Recibido | Solicitado por | Oficio / correo | Asunto | Vence | Fecha Respuesta | Observaciones |
|----------------|---|--------------------------------|---|---------------------------------|---------------------|--|
| 02/01/2026 | Contraloría General de Santiago de Cali. | Circular No. 1000.07.01.25.07 | Cierre fiscal - vigencia 2025 | 02/01/2026 | 02/01/2026 | Respuesta enviada al correo electrónico |
| 16/01/2025 | Contraloría General de Santiago de Cali. | Correo electrónico | Cierre fiscal 2025 cuentas por pagar e información relacionada | I. 21/01/2026 II. 23/01/2026 | 21/01/2026 Total | 05/02/2025 - reenviada a Viviana Zapata (vzapata@contraloriacali.gov.co) |
| 19/01/2026 | Alcaldía Distrital de Santiago de Cali | Radicado No. 20264112020000271 | Información sobre la conformación de la planta de la entidad y las vacantes que tengan en la actualidad | 20/01/2026 | 28/01/2026 | Respuesta enviada al correo electrónico |
| 27/01/2026 | Sistema de Información de Gestión de Activos SIGA | Correo electrónico | 171 SIGA - Revisión Calidad Reporte Inmuebles 2025 - E.S.E. Red Salud del Centro del Municipio de Cali | 06/02/2026 | 04/02/2026 | Respuesta enviada al correo electrónico |
| 04/02/2026 | Contraloría General de Santiago de Cali. | 1400.19.01.26.015 | Requerimiento formal de información - Personal institucional y vinculado, con soporte documental, para fines de vigilancia fiscal | 06/02/2026 | 10/02/2026 | 05/02/2026 - solicitud de prórroga para el 10/02/2026 |
| 02/03/2026 | Contraloría General de Santiago de Cali. | 1400.19.01.26.031 | Solicitud de Documentos - Gerente | 04/03/2026 | 03/03/2026 | Se emitió respuesta por parte de la gerencia con oficio No.1.16.1.957 |
| 18/03/2026 | Emcali | Correo electrónico | Operaciones recíprocas | Sin Fecha | 20/03/2026 | Se emitió respuesta con radicado número 703-016073-2026 |

6. Mejora: Acciones realizadas frente a las auditorías y/o Seguimientos

6.1 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, el cual presneto a la gerencia informe de seguimiento No 101.7.1.4.13 sobre el mes de abril con el objetivo de evaluar el nivel de avance y cumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas

de la vigencia 2025 y primer trimestre 2026, verificando el cierre oportuno de los hallazgos y/o recomendaciones formuladas en los informes, así como la efectividad de las acciones implementadas.

Para este ejercicio, se tienen en cuenta las acciones de mejora definidas por los procesos responsables, derivadas de los hallazgos identificados en los 20 informes de auditoría y evaluación, los cuales se relacionan a continuación.

| Informe | Cerrados | Total | % Cumplimiento | Estado |
|------------------------------|----------|-------|----------------|--------|
| Formalización laboral | 1 | 1 | 100% | ● |
| Control interno contable | 8 | 10 | 80% | ● |
| Derechos de autor | 3 | 4 | 75% | ● |
| PQRS jul–dic 2024 | 4 | 5 | 80% | ● |
| PQRS ene–jun 2025 | 5 | 7 | 71% | ● |
| Austeridad gasto IV 2024 | 4 | 4 | 100% | ● |
| Austeridad gasto I 2025 | 3 | 3 | 100% | ● |
| Austeridad gasto II 2025 | 4 | 4 | 100% | ● |
| Austeridad gasto III 2025 | 5 | 5 | 100% | ● |
| Caja menor | 7 | 7 | 100% | ● |
| Arqueos cajas (mar–abr 2025) | 6 | 6 | 100% | ● |
| Arqueos cajas (nov–dic 2025) | 0 | 6 | 0% | ● |
| Comité conciliación | 5 | 5 | 100% | ● |

| Informe | Cerrados | Total | % Cumplimiento | Estado |
|------------------------|----------|-------|----------------|--------|
| Inventarios urgencias | 12 | 12 | 100% | ● |
| SECOP II | 3 | 3 | 100% | ● |
| Rendición de cuentas | 4 | 4 | 100% | ● |
| Inventarios junio 2025 | 13 | 13 | 100% | ● |
| Ley 1712 | 6 | 6 | 100% | ● |
| SARLAFT – SICOF – PTEE | 1 | 7 | 14% | ● |
| Contratación | 0 | 9 | 0% | ● |

Estado de hallazgos en los planes de mejoramiento

Hallazgos Cerrados (78%)

Se evidencia un nivel favorable de cumplimiento, destacándose los siguientes procesos con cierre del 100%:

- Austeridad del gasto (todas las vigencias evaluadas)
- Auditorías de caja menor
- Auditorías de inventarios
- Publicación en SECOP II
- Rendición de cuentas
- Cumplimiento Ley 1712
- Arqueos de cajas (marzo-abril 2025)
- Comité de conciliación y defensa judicial vigencia 2024

Estos resultados reflejan:

- Fortalecimiento de controles financieros
- Mejora en la gestión administrativa
- Cumplimiento de principios de transparencia
- Adecuada implementación de acciones correctivas

Hallazgos en Proceso (22%)

Se identifican 27 hallazgos que permanecen abiertos, en su mayoría debido a que se encuentran dentro del plazo de cumplimiento establecido por los procesos responsables; no obstante, algunos presentan avances parciales en su implementación. Estos hallazgos se concentran principalmente en los siguientes temas:

Contratación (enero – junio 2025): 9 hallazgos abiertos

SARLAFT – SICOF – PTEE: 6 hallazgos abiertos en el tiempo

De acuerdo con el oficio de fecha 31 de octubre de 2025, el proceso manifiesta que los hallazgos identificados en el informe de evaluación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) y sus subsistemas SARLAFT, SICOF y PTEE fueron analizados y asumidos como una oportunidad de fortalecimiento institucional, definiendo un conjunto de acciones de mejora orientadas a su intervención. En este sentido, se establece el compromiso institucional de implementar y ejecutar dichas recomendaciones con fecha de cumplimiento hasta el 30 de junio de 2026, incluyendo actividades relacionadas con la estructuración del Comité de Cumplimiento, la articulación de los sistemas de riesgo, la actualización documental, la consolidación del mapa de riesgos.

Arqueos de cajas (noviembre – diciembre 2025): Se registran 6 hallazgos abiertos. Este plan de mejoramiento fue suscrito en la vigencia 2026; por lo tanto, en el presente seguimiento no presenta avances, encontrándose las acciones dentro del plazo establecido para su cumplimiento.

Otros planes de mejoramiento con avances parciales:

- Control interno contable 80% de avance
- PQRS (jul–dic 2024) 80% de avance
- PQRS (ene–jun 2025) 71% de avance
- Derechos de autor 75% de avance

Observaciones Relevantes

- Se evidencia cumplimiento en la mayoría de los procesos operativos y financieros.
- Algunos hallazgos presentan avances, pero no cuentan con cierre formal

Se identifican oportunidades de mejora en:

- ✓ Documentación de procesos
- ✓ Seguimiento oportuno a planes de mejoramiento

Conclusiones

La entidad presenta un nivel de cumplimiento del 78%, lo cual indica una gestión adecuada en la implementación de acciones de mejora.

Los resultados evidencian avances significativos en:

- ✓ Control financiero
- ✓ Gestión de recursos
- ✓ Transparencia institucional

No obstante, el 22% de hallazgos en proceso refleja la necesidad de fortalecer:

- ✓ La oportunidad en la ejecución de acciones
- ✓ La articulación entre procesos

La Oficina de Control Interno recomienda:

- ✓ Fortalecer la evidencia documental para el cierre de hallazgos, garantizando que cada acción de mejora cuente con soportes suficientes, verificables y trazables, que permitan demostrar de manera objetiva su implementación y efectividad.

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

Establecer un seguimiento periódico y sistemático (mínimo mensual) a los hallazgos en proceso, mediante herramientas de control y monitoreo que permitan identificar oportunamente desviaciones, retrasos o riesgos en el cumplimiento de las acciones definidas.

6.2 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 pagina SIA Contraloría de manera semestral, de igual manera se encuentra publicado en la pagina 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 |
| AUDITORÍA 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 | | |

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 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. Rendición del FURAG

Desde la Oficina Asesora de Control Interno se adelantaron las actividades de preparación para la rendición del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión correspondiente a la vigencia 2025. Para tal efecto, se participó en las reuniones virtuales convocadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

De igual manera, se diligenció el formulario asociado a la Política de Control Interno, liderado por la Oficina Asesora de Control Interno, así como el formulario de reporte del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), desde el rol de evaluación independiente. Ambos formularios fueron presentados de manera oportuna, cumpliendo con los lineamientos establecidos.

8. Conclusiones Generales

8.1 Cumplimiento Sobresaliente del Plan Anual de Auditoría

- **Ejecución Superior al 100%:** Se superó la meta programada de 42 actividades, ejecutando un total de 46.
- **Oportunidad en Reportes:** Se garantizó la transparencia y el cumplimiento normativo mediante la elaboración y publicación oportuna de **61 informes de ley** dirigidos a diversas autoridades (Supersalud, Contraloría, Ministerio de Salud, entre otros).

8.2 Fortalecimiento del Control Disciplinario y Riesgos (SARLAFT/SICOF)

- **Eficiencia Administrativa:** Se validó la implementación de la función de Control Interno Disciplinario bajo la Circular 009 de 2025, logrando su operatividad a través de la Oficina Asesora Jurídica sin necesidad de crear nuevos cargos en la planta.
- **Articulación de Riesgos:** Se inició la estructuración de un Plan de Acción para alinear el Sistema de Gestión de Riesgos con los subsistemas SARLAFT, SICOF y PTEE. Se identificó la necesidad estratégica de formalizar el cargo de Oficial de Cumplimiento para fortalecer este sistema.

8.3 Evaluación de Riesgos Financieros y Cartera

- **Foco en Sostenibilidad:** El seguimiento al proceso financiero subraya que la **liquidez institucional** es el factor crítico de éxito. Se concluyó que es imperativo avanzar en la automatización de controles para asegurar la viabilidad de la E.S.E.
- **Éxito en Transformación Digital:** La implementación del sistema *Osigu* ha sido positiva, logrando una trazabilidad robusta y disminuyendo errores de radicación en la gestión de cartera.
- **Recomendación de Inversión:** Para optimizar el flujo de caja, se sugiere a la Gerencia priorizar la automatización de respuestas a glosas y devoluciones, lo que reduciría la edad de la cartera.

8.4 Efectividad de los Planes de Mejoramiento

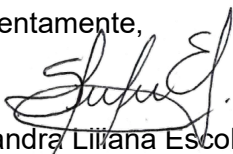
- **Cumplimiento Interno (78%):** La mayoría de los procesos operativos y financieros presentan un nivel favorable de cierre de hallazgos. No obstante, existe un 22% de hallazgos en proceso (principalmente en Contratación y SARLAFT) que requieren una articulación más estrecha entre líderes para su cierre antes de junio de 2026.
- **Desempeño ante Entes Externos:** Se alcanzó un cumplimiento del 100% en las acciones derivadas de 5 de las 6 auditorías realizadas por la Contraloría General de Santiago de Cali en la vigencia anterior, lo que refleja una gestión efectiva de los compromisos fiscales.

8.5 Avance en la Medición de Gestión (FURAG)

- Se realizó exitosamente la preparación y el reporte oportuno del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) para la vigencia 2025, incluyendo la evaluación independiente del modelo MECI.

La Oficina de Control Interno ha cumplido con su rol asesor y evaluador, entregando herramientas para la toma de decisiones. La gestión financiera y la automatización de procesos de cumplimiento surgen como las prioridades estratégicas para el siguiente periodo.

Atentamente,



Sandra Liliana Escobar Solano
Asesora de Control Interno