



# 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](mailto:atencionalusuario@saludcentro.gov.co) - [evaluacionymejora@saludcentro.gov.co](mailto:evaluacionymejora@saludcentro.gov.co) - [gerencia@saludcentro.gov.co](mailto:gerencia@saludcentro.gov.co)

**INFORME DE GESTIÓN  
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO  
SEGUNDO TRIMESTRE VIGENCIA 2026  
101.7.1.4.21**

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

**Santiago de Cali, Julio 16 de 2026.**

## Contenido

|                                                                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Introducción.....</b>                                                                                                              | <b>0</b>  |
| <b>2. Objetivo .....</b>                                                                                                                 | <b>0</b>  |
| <b>3. Alcance del Informe.....</b>                                                                                                       | <b>0</b>  |
| <b>4. Marco Normativo .....</b>                                                                                                          | <b>0</b>  |
| <b>5. Gestión de la Oficina Asesora de Control Interno .....</b>                                                                         | <b>1</b>  |
| <b>5.1 Desarrollo De Roles a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno.....</b>                                                     | <b>2</b>  |
| <b>5.1.1 Rol Liderazgo estratégico.....</b>                                                                                              | <b>2</b>  |
| <b>5.1.2 Rol Enfoque Hacia La Prevención .....</b>                                                                                       | <b>3</b>  |
| <b>5.1.3 Rol De Evaluación Y Seguimiento .....</b>                                                                                       | <b>7</b>  |
| <b>5.1.4 Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo.....</b>                                                                                | <b>7</b>  |
| <b>5.1.5 Rol Relación Con Entes Externos .....</b>                                                                                       | <b>9</b>  |
| <b>6. Mejora: Acciones realizadas frente a las auditorias y/o Seguimientos .....</b>                                                     | <b>10</b> |
| <b>6.1 Seguimiento a las oportunidades de mejora. ....</b>                                                                               | <b>10</b> |
| <b>6.2 Seguimiento a las acciones de mejora de planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría General de Santiago de Cali .....</b> | <b>11</b> |
| <b>7.1 Retos y acciones de fortalecimiento derivados de los resultados del IDI .....</b>                                                 | <b>14</b> |

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

## 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 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 segundo 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

Segundo 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

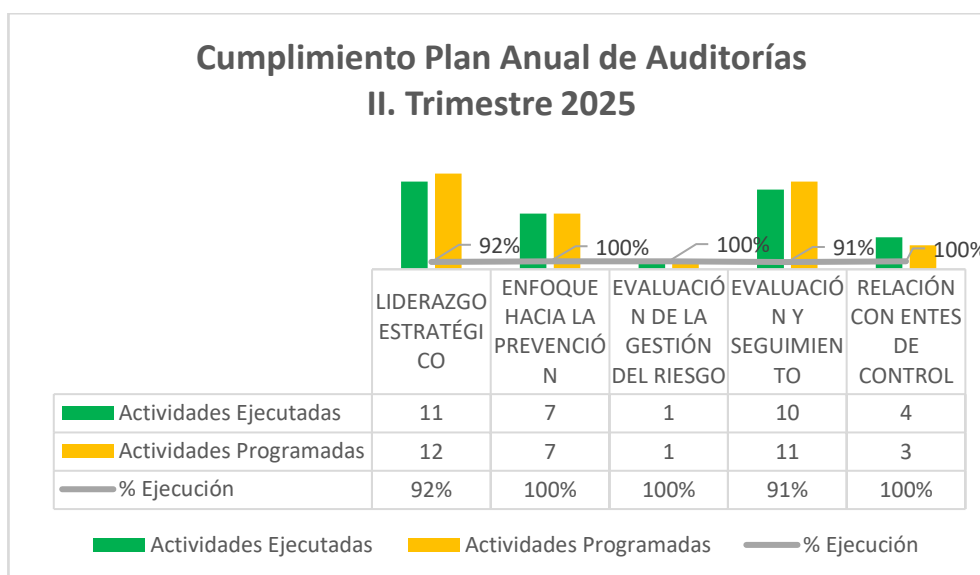
- Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

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



En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2026, durante el segundo trimestre se desarrollaron las gestiones correspondientes a los cinco roles estratégicos definidos, alcanzando un nivel de ejecución global del 97%.

En el rol de Liderazgo Estratégico se ejecutaron las 11 actividades alcanzando un cumplimiento del 92 %.

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

Respecto al enfoque de Gestión del Riesgo, durante el segundo trimestre de 2026, alcanzó un cumplimiento del 100 %, de acuerdo con las actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría. En el desarrollo de las auditorías realizadas durante el período, la Oficina Asesora de Control Interno efectuó seguimiento a los riesgos identificados por los procesos, verificando su gestión, la implementación de los controles establecidos y la eficacia de las acciones adoptadas para su tratamiento. Adicionalmente, durante este trimestre se llevó a cabo el seguimiento específico a los riesgos de seguridad de la información, evaluando la aplicación de los controles definidos para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información institucional.

Por su parte, en el rol de Evaluación y Seguimiento se ejecutaron 11 de las 12 actividades programadas, alcanzando un 91 % de cumplimiento. La variación obedece a que el seguimiento a la estrategia de rendición de cuentas estaba previsto para el mes de junio, pero se realizara en julio, por lo cual no se incluye dentro del corte evaluado.

En cuanto al rol de Relación con Entes de Control, se alcanzó una ejecución del 100 %, garantizando la atención oportuna de los requerimientos formulados por los diferentes organismos de control. Asimismo, se brindó acompañamiento y se atendieron las actuaciones derivadas de la Auditoría Financiera y de Gestión (AFG) 2025, así como el seguimiento a la gestión ambiental adelantado por la Contraloría, suministrando la información y soportes requeridos dentro de los plazos establecidos.

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.

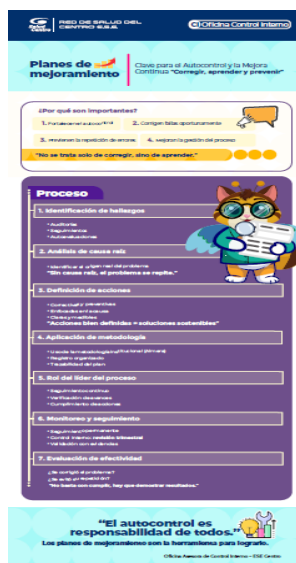
Lo anterior garantiza la preservación de la objetividad, autonomía e independencia requeridas para el desarrollo de los seguimientos y procesos de auditoría programados en cada vigencia.

| Nombre instancia                                                                                                | No de Sesiones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Junta Directiva                                                                                                 | 3              |
| Comité 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              |
| <b>Total</b>                                                                                                    | <b>11</b>      |

### 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 segundo trimestre de la vigencia 2026, se difundió una (1) pieza institucional enfocadas en los planes de mejoramiento



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                                                                                                                                               | CANTIDAD |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN                                                                                                                            | 2        |
| CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA                                                                                                                        | 4        |
| DAFP                                                                                                                                                       | 1        |
| GERENCIA                                                                                                                                                   | 1        |
| MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL                                                                                                                    | 1        |
| MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL<br>A través de la plataforma PISIS del portal SISPRO (Sistema Integrado de<br>información de la protección social) | 1        |
| PAGINA WEB ESE CENTRO                                                                                                                                      | 1        |
| PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION                                                                                                                          | 2        |
| SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA                                                                                                      | 1        |
| SUPERSALUD                                                                                                                                                 | 14       |

**Total** **28**

### Seguimiento al cumplimiento de la Circular 009 de 2025

En el marco de las funciones de evaluación y seguimiento de la Oficina Asesora de Control Interno, y en cumplimiento de la Circular 009 de 2025 de la Procuraduría General de la Nación, se adelantó el seguimiento a las acciones institucionales para la implementación del Control Interno Disciplinario. Para ello, desde enero de 2026 se convocaron mesas de trabajo internas con el fin de revisar el estado del proceso y verificar los requerimientos del órgano de control, cuyo balance inicial fue reportado oficialmente en marzo de 2026 mediante el Informe No. 101.7.1.4.08, con oficio radicado 1.16.1.968 dirigido al Dr. Marcio Alfredo Melgosa Torrado, Procurador Delegado.

El presente documento se presenta como un alcance a dicha comunicación, con el propósito de actualizar el estado de implementación de la citada circular. Para esto, se incorporan las decisiones adoptadas por la Junta Directiva mediante el Acuerdo No. 1.02.123 de 2026, así como el estado actual de los procesos disciplinarios adelantados por la Entidad.

De acuerdo con la revisión realizada, se evidencia que la entidad ha venido adelantando acciones orientadas al cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Procuraduría General de la Nación para la organización del Control Interno Disciplinario. El desarrollo institucional se ha ejecutado de manera cronológica a través de las siguientes actuaciones.

- **Estudio Institucional:** Desde el mes de julio de 2025, la entidad inició el análisis institucional para la implementación de la función disciplinaria, en cumplimiento de la Ley 1952 de 2019 (modificada por la Ley 2094 de 2021) y las directrices de la Procuraduría General de la Nación.
- **Análisis de Planta y Viabilidad:** La Oficina de Gestión de Talento Humano adelantó un estudio técnico en el que concluyó que, evaluando la capacidad

administrativa, presupuestal y financiera de la entidad, así como el número estimado de casos, no existía necesidad de crear un nuevo cargo específico dentro de la planta de personal para el control disciplinario.

- **Distribución Inicial de Competencias Disciplinarias:** El estudio técnico determinó viable que las funciones disciplinarias fueran asumidas por cargos existentes de nivel directivo. En consecuencia, la Junta Directiva expidió el Acuerdo No. 1.02.106 de 2025, *“Por el cual propone ajustar asignar al cargo de jefe de oficina jurídica - la función disciplinaria en la Red de Salud del Centro – Empresa Social del Estado”*. Inicialmente, en dicho acto se adicionó a la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica la competencia para ejercer la etapa de juzgamiento y proferir fallo en primera instancia, al tiempo que se suprimió la función de sustanciación disciplinaria que traía el cargo de Subgerente Administrativo y Financiero. Posteriormente, esta disposición se consolidó formalmente mediante el Acuerdo No. 1.02.114 de 2025, *“Por el cual se actualiza y consolida el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales para los empleos de la planta de personal de la Red de Salud del Centro – Empresa Social del Estado”*.
- **Criterio Técnico de Control:** En el marco del seguimiento y en estricto cumplimiento de la normativa disciplinaria vigente, se consideró el principio de imparcialidad que exige que el funcionario instructor no sea el mismo que adelante el juzgamiento. Asimismo, se contempló el requisito legal de que el funcionario encargado de la etapa de juzgamiento debe ostentar obligatoriamente la profesión de abogado y pertenecer al nivel directivo, condición que cumple la Jefatura de la Oficina Asesora Jurídica.
- **Reorganización de Competencias:** Dado que la etapa de juzgamiento recae de forma obligatoria en la Oficina Asesora Jurídica (por su perfil legal directivo), y con el fin de no incurrir en nulidades procesales al concentrar las etapas de instrucción y juzgamiento en una sola persona, se determinó la necesidad de asignar la función de instrucción a otra dependencia del nivel directivo.
- **Aprobación en Junta Directiva:** Como resultado del proceso de análisis institucional adelantado por la Entidad, la Junta Directiva aprobó diferentes ajustes institucionales y modificaciones al Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales, formalizados mediante los Acuerdos No. 1.02.106 de 2025, No. 1.02.114 de 2025 y posteriormente mediante el Acuerdo No. 1.02.123 de 2026.

La justificación técnica presentada para la expedición del Acuerdo No. 1.02.123 señaló la necesidad de garantizar la separación funcional entre las etapas de instrucción y juzgamiento prevista en la Ley 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021, así como dar cumplimiento a las orientaciones impartidas por la Procuraduría General de la Nación y el Departamento Administrativo de la Función Pública. El análisis realizado concluyó que la estructura organizacional existente permitía asignar la función de instrucción disciplinaria a la Subgerencia Administrativa y Financiera, garantizando la independencia, imparcialidad y autonomía requeridas para el ejercicio de la función disciplinaria.

En consecuencia, mediante el Acuerdo No. 1.02.123 de 2026 se asignó formalmente la función de instrucción disciplinaria al cargo de Subgerente Administrativa y Financiera, mientras que la función de juzgamiento permanece a cargo de la Jefatura de la Oficina Asesora Jurídica. Lo anterior se realizó mediante redistribución funcional de cargos

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

existentes, sin que fuera necesaria la creación de nuevos cargos ni de una dependencia independiente de Control Interno Disciplinario, teniendo en cuenta que la normatividad vigente no exige que la función de instrucción sea ejercida exclusivamente por un profesional en derecho.

Con la última modificación aprobada para la vigencia 2026, la Red de Salud del Centro E.S.E. consolida la estructura requerida para la implementación del Control Disciplinario Interno, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 93 de la Ley 1952 de 2019, modificado por la Ley 2094 de 2021, y de las directrices impartidas mediante la Circular 009 de 2025 de la Procuraduría General de la Nación, bajo los siguientes lineamientos:

**Restricciones por Garantías Electorales y Viabilidad Jurídica:** Se precisa que, al encontrarnos actualmente en periodo de garantías electorales, existen limitaciones para adelantar modificaciones de planta o nombramientos. No obstante, tras la revisión jurídica correspondiente, se determinó que resulta viable evaluar la creación de un cargo profesional con perfil de abogado para asumir de manera permanente las funciones de instrucción disciplinaria, previo cumplimiento de los requisitos técnicos, administrativos y presupuestales aplicables.

**Fortalecimiento Institucional Proyectado:** Como parte de las acciones de fortalecimiento institucional pendientes, y de resultar viable la propuesta, se proyecta presentar ante la Junta Directiva el respectivo análisis técnico, jurídico y financiero para la creación de un cargo profesional que contribuya al fortalecimiento de la función disciplinaria en la Entidad.

**Medida adoptada mediante modificación del Manual de Funciones:** Como resultado del proceso de análisis institucional adelantado por la Entidad y de las modificaciones aprobadas mediante los Acuerdos No. 1.02.106 de 2025, No. 1.02.114 de 2025 y No. 1.02.123 de 2026, se asignó formalmente la función de instrucción disciplinaria al cargo de Subgerente Administrativa y Financiera. Esta decisión se adoptó mediante la redistribución funcional de cargos existentes, sin requerir la creación inmediata de nuevos cargos o de una dependencia independiente de Control Interno Disciplinario, garantizando el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes. Con esta medida se optimizan los recursos de la planta de personal actual y se asegura el cumplimiento de las disposiciones del Código General Disciplinario, sin generar sobrecostos inmediatos para la Entidad.

**Separación de Procesos e Imparcialidad:** La estructura actual respeta la debida separación funcional entre las etapas de instrucción y juzgamiento. La etapa de instrucción se encuentra radicada en la Subgerencia Administrativa y Financiera, mientras que la etapa de juzgamiento se asegura cargo de un profesional en derecho del nivel directivo (Jefe de la Oficina Asesora Jurídica), salvaguardando así los principios de imparcialidad, autonomía funcional y doble instancia previstos en el Código General Disciplinario.

**Estado Actual de la Gestión Disciplinaria:** A la fecha, la entidad cuenta con dos (2) procesos disciplinarios activos en etapa de instrucción. En estos expedientes se investiga activamente la ocurrencia de los hechos y se adelanta la recolección de pruebas, con el objetivo principal de determinar si las conductas constituyen una falta disciplinaria e identificar a los presuntos responsables o, si por el contrario, procede el archivo definitivo de las actuaciones, garantizando en todo momento el cumplimiento de las disposiciones del Código General Disciplinario y el respeto por el debido proceso.

## Registro en el SIGEP

En relación con el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, se evidenció que no fue necesario realizar la creación de un nuevos cargos dentro de la planta de personal, razón por la cual no se requirió realizar modificaciones estructurales en el sistema, teniendo en cuenta que las funciones disciplinarias fueron asignadas al cargo existente de Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y la Subgerente Administrativa y Financiera mediante la actualización del Manual Específico de Funciones.

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

| CODIGO       | FECHA      | TEMA                                                                                                                                       |
|--------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 101.7.1.4.13 | 09/04/2026 | Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento OCI - Primer Trimestre 2026                                                            |
| 101.7.1.4.14 | 2026/04/20 | Informe de seguimiento a la publicación de los procesos de contratación en el SECOP II y SIA Observa periodo junio de 2025 a marzo de 2026 |
| 101.7.1.4.15 | 2026/04/27 | Auditoría a las cajas de facturación abril 2026                                                                                            |
| 101.7.1.4.16 | 2026/04/30 | Informe de Gestión Oficina Asesora de Control Interno primer trimestre 2026                                                                |
| 101.7.1.4.17 | 2026/05/15 | Informe austeridad del gasto I trimestre 2026                                                                                              |
| 101.7.1.4.18 | 2026/06/4  | Informe de seguimiento cumplimiento circular junio - control disciplinario                                                                 |
| 101.7.1.4.19 | 2026/06/18 | Informe de auditoría a Gestión de las tecnologías y la información                                                                         |

- Se presentó ante la Junta Directiva seguimiento a la cartera como también la oportunidad en la radicación de facturas por parte de los proveedores

### 5.1.4 Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo

Durante el segundo trimestre de 2026, la Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento de su rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, efectuó seguimiento a la gestión de los riesgos institucionales en el marco de las auditorías programadas en el Plan Anual de Auditoría. El objetivo fue evaluar la identificación de los riesgos, la efectividad de los controles implementados y la gestión realizada por los procesos para prevenir la materialización de eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

## Seguimiento a la gestión de riesgos del proceso de Apoyo Diagnóstico (Laboratorio Clínico y Radiología)

Como parte de la auditoría al proceso de Apoyo Diagnóstico, se evaluó la gestión de los seis (6) riesgos identificados en el mapa de riesgos del proceso, verificando la efectividad de los controles implementados.

El análisis evidenció que, aunque los riesgos cuentan con controles definidos, el perfil de riesgo residual mantiene un comportamiento similar al riesgo inherente, reflejando un estancamiento en zonas de alta criticidad y una limitada capacidad de mitigación por parte de los controles implementados.

La evaluación permitió identificar oportunidades de mejora relacionadas con:

- Predominio de controles manuales, con alta dependencia de la intervención humana.
- Desarticulación entre la periodicidad del riesgo y la frecuencia de ejecución de los controles.
- Debilidades en el diseño y naturaleza de algunos controles, que limitan su capacidad preventiva.
- Fragmentación de la información entre diferentes plataformas, dificultando el análisis integral de los riesgos y la toma de decisiones basada en información consolidada.

Como parte del ejercicio de auditoría se realizó un análisis específico del riesgo M-APD.R.004, considerando que su eventual materialización podría generar impactos directos sobre la continuidad y calidad de la prestación del servicio de laboratorio clínico.

En términos generales, se concluyó que el proceso cuenta con una adecuada identificación de sus riesgos; sin embargo, es necesario fortalecer la gestión operativa de los controles para lograr una disminución efectiva del nivel de exposición y avanzar hacia un modelo de administración del riesgo más preventivo y basado en resultados.

## Seguimiento a los riesgos de Seguridad de la Información

Durante el trimestre también se realizó seguimiento a los riesgos de seguridad de la información en el marco de la auditoría al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información, verificando la administración de cinco (5) riesgos distribuidos en tres procesos institucionales.

La evaluación comprendió riesgos asociados a la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información institucional, identificándose los siguientes aspectos:

- *Gestión de Mercadeo y Comunicaciones*: riesgo relacionado con la posible afectación de la disponibilidad, integridad y confidencialidad de los formatos de autorización para el uso de imagen, derivado de deficiencias en la infraestructura física y tecnológica y de amenazas del entorno.
- *Gestión de Tecnologías de la Información*: seguimiento a tres riesgos relacionados con:
  - ✓ Afectación de la infraestructura tecnológica por variaciones eléctricas que comprometan las condiciones del centro de datos; debilidades en la administración de permisos y perfiles de acceso que puedan afectar la

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

confidencialidad de la información; vulnerabilidades de ciberseguridad que comprometan la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información institucional.

- *Gestión Jurídica y Contractual:* riesgo asociado al posible compromiso de la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los expedientes contractuales y judiciales por deficiencias en las medidas de protección documental.

Como resultado del seguimiento, se evidenció que los controles implementados presentan un adecuado nivel de ejecución y cuentan con seguimiento documentado en la plataforma Almera. Asimismo, se verificó la ejecución de actividades relacionadas con:

- Monitoreo de la infraestructura tecnológica
- Administración de copias de seguridad
- Control de accesos a los sistemas de información
- Mantenimiento de las condiciones ambientales del centro de datos
- Suscripción de acuerdos de confidencialidad
- Gestión de respaldos de información.

Estas actividades contribuyen a la mitigación de los riesgos identificados y al fortalecimiento de la seguridad de la información institucional.

No obstante, se identificó una oportunidad de mejora en el proceso de Gestión de Mercadeo y Comunicaciones, al evidenciar inconsistencias en el diligenciamiento de los formatos de autorización de uso de derechos de imagen (Código GMC-F-002). Durante la revisión se verificaron 21 formatos correspondientes a las vigencias 2025 y 2026, encontrándose omisiones en información relevante, como huella dactilar, fecha de suscripción y número de documento de identidad, situación que hace necesario fortalecer los controles documentales para garantizar la integridad y validez de estos registros.

#### 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 segundo trimestre de la vigencia 2026, la OACI brindó acompañamiento para la preparación de evidencias para la recepción y atención de la auditoría financiera y de gestión vigencia 2025 y Gestión ambiental 2025. Asimismo, se atendieron requerimientos adicionales.

## 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 Asesora de Control Interno desarrolla auditorías y seguimientos conforme al marco normativo, los procedimientos y los lineamientos vigentes aplicables en cada caso. Estos ejercicios se ejecutan de manera planificada y documentada con el propósito de evaluar la efectividad de los controles, la gestión de los riesgos y el cumplimiento de las disposiciones legales e institucionales.

Como resultado de estas evaluaciones, se emiten informes en los que se consignan los hallazgos identificados, las oportunidades de mejora y las recomendaciones dirigidas a fortalecer los procesos institucionales. Cuando corresponde, se promueve la suscripción de planes de mejoramiento con acciones específicas, responsables y plazos definidos, sobre los cuales la Oficina realiza seguimiento periódico para verificar su implementación y efectividad.

Como buena práctica implementada durante el segundo trimestre de 2026, la Oficina Asesora de Control Interno brindó acompañamiento a los líderes de los procesos responsables de suscribir acciones de mejora, reforzando la importancia de realizar un adecuado análisis de causas como base para definir acciones efectivas que eviten la recurrencia de los hallazgos. De igual manera, se unificó el procedimiento para la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento, estableciendo la plataforma Almera como el único medio oficial para su registro, gestión y seguimiento, fortaleciendo así la trazabilidad y el control de la información.

Adicionalmente, como mecanismo de seguimiento interno, la Oficina implementó un cuadro de control que consolida, por proceso, el número de hallazgos identificados, las acciones de mejora suscritas y el porcentaje de avance en su ejecución, herramienta que facilita el monitoreo oportuno, la generación de alertas y la toma de decisiones para fortalecer el cumplimiento de los compromisos adquiridos.

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.
- ✓ Establecer un seguimiento periódico y sistemático (mínimo mensual) a los hallazgos en proceso.

| No. | SUBPROCESO                | TEMA                                                                    | Hallazgos identificados |
|-----|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1   | Facturación               | Auditoría cajas de facturación - vigencia 2025                          | 5                       |
| 2   | Relación con el Ciudadano | Informe de Seguimiento al Trámite de las Peticiones, Quejas, Reclamos y | 5                       |

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

| No. | SUBPROCESO                                                         | TEMA                                                                                                                                      | Hallazgos identificados |
|-----|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|     |                                                                    | Sugerencias<br>Julio a diciembre de 2025                                                                                                  |                         |
| 3   | Gestión Logística                                                  | Informe de auditoría interna<br>A la toma física de inventario a diciembre de 2025                                                        | 4                       |
| 4   | Comunicaciones                                                     | Informe de auditoría sobre el cumplimiento de la ley 1712 de 2014 "ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública" | 5                       |
| 5   | Contabilidad                                                       | Informe anual control interno contable                                                                                                    | 4                       |
| 6   | Laboratorio, Facturación y Gestión de Tecnologías y la Información | Informe auditoria de Laboratorio y Facturación                                                                                            | 5                       |
| 7   | Gestión de Tecnologías y la Información                            | Informe Derechos de autor 2025                                                                                                            | 1                       |
| 8   | Gestión Jurídica y Contractual                                     | Informe de Seguimiento al Comité de Conciliación y Defensa Judicial Vigencia 2025                                                         | 2                       |
| 9   | Gestión Jurídica y Contractual                                     | Secop II y SIA Observa                                                                                                                    | 2                       |
| 9   | Gestión Documental                                                 | Secop II y SIA Observa                                                                                                                    | 1                       |
| 10  | Facturación                                                        | Auditoría a las cajas de facturación 2026                                                                                                 | 2                       |
| 11  | Contabilidad                                                       | Informe de austeridad del gasto I trimestre 2026                                                                                          | 1                       |
| 12  | Gestión de Tecnologías y la Información                            | Informe de auditoría al proceso Gestión de las Tecnologías y la Información                                                               | 2                       |

**Total ... 39**

## 6.2 Seguimiento a las acciones de mejora de planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría General de Santiago de Cali

A la fecha se cuenta con un solo plan de mejoramiento suscrito ante la Contraloría correspondiente a la 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, el cual fue suscrito el 22 de diciembre de 2025.

| Nº hallazgo | Descripción de la condición y causa del hallazgo   | Connotación del hallazgo | Fecha de Corte del Avance | % de Avance |
|-------------|----------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------|
| 1           | Tarifas superiores a lo pactado (sobrefacturación) | Administrativa           | 30/06/2026                | 50%         |
| 2           | Oportunidad en la radicación y gestión de glosas   | Administrativa           | 30/06/2026                | 50%         |

## 7.Resultados del Índice de Desempeño Institucional (IDI)

En la vigencia 2025, la Red de Salud del Centro E.S.E. obtuvo un puntaje de 92,43 en el Índice de Desempeño Institucional (IDI), resultado que evidencia un importante fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y de las prácticas de gestión institucional implementadas por la entidad.

Este resultado representa un incremento de 15,22 puntos frente a la vigencia 2024, cuando la entidad obtuvo una calificación de 77,21, reflejando avances significativos en la implementación de los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y en el fortalecimiento de los procesos de planeación, control, seguimiento y mejora continua.

Asimismo, este desempeño permitió que la Red de Salud del Centro E.S.E. se ubicara en el segundo lugar entre las Empresas Sociales del Estado del Distrito de Santiago de Cali, superando a la mayoría de las E.S.E. del municipio y posicionándose únicamente por debajo del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, que alcanzó un puntaje de 95,30.

Los resultados obtenidos en la medición del Índice de Desempeño Institucional (IDI) para la vigencia 2025 reflejan el fortalecimiento de la gestión institucional de la Red de Salud del Centro E.S.E., alcanzando una calificación global de 92,43 puntos, superior al promedio del grupo par (76,3), lo que evidencia un desempeño sobresaliente frente a entidades de características similares.

El análisis por dimensiones muestra resultados favorables en todos los componentes evaluados, destacándose:

| Dimensión                                 | Puntaje |
|-------------------------------------------|---------|
| Talento Humano                            | 94,7    |
| Direccionamiento Estratégico y Planeación | 99,7    |
| Gestión para Resultados                   | 93,0    |
| Evaluación de Resultados                  | 100,0   |
| Información y Comunicación                | 85,9    |

| Dimensión                | Puntaje |
|--------------------------|---------|
| Gestión del Conocimiento | 96,0    |
| Control Interno          | 96,1    |

La Dimensión de Evaluación de Resultados alcanzó la máxima calificación (100 puntos), reflejando la consolidación de mecanismos de seguimiento, medición y evaluación que permiten verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales y facilitan la toma de decisiones basada en resultados.

De igual manera, la Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación obtuvo 99,7 puntos, evidenciando la adecuada articulación entre la planeación institucional, el seguimiento a los planes estratégicos y la gestión orientada al cumplimiento de la misión institucional.

Otro resultado destacado corresponde a la Dimensión de Control Interno, con una calificación de 96,1 puntos, la cual demuestra el fortalecimiento del Sistema de Control Interno mediante la implementación de auditorías, seguimientos, evaluación de riesgos, monitoreo de planes de mejoramiento y asesoría permanente a los procesos, contribuyendo al mejoramiento continuo de la entidad.

Asimismo, la Gestión del Conocimiento obtuvo 96,0 puntos, reflejando avances en la apropiación del conocimiento institucional, el intercambio de buenas prácticas y el fortalecimiento de la cultura organizacional. Por su parte, las dimensiones de Talento Humano (94,7) y Gestión para Resultados (93,0) evidencian una gestión sólida en el desarrollo del talento humano y en la orientación de los procesos hacia la generación de valor público.

Aunque todas las dimensiones presentaron resultados superiores al promedio del grupo par, la dimensión de Información y Comunicación, con 85,9 puntos, representa una oportunidad para continuar fortaleciendo la gestión documental, la calidad de la información, la comunicación institucional y la disponibilidad de información para los diferentes grupos de valor.

En términos generales, estos resultados evidencian la madurez alcanzada por la Red de Salud del Centro E.S.E. en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), consolidando una administración basada en la mejora continua, la gestión por resultados y el fortalecimiento permanente del Sistema de Control Interno, aspectos que contribuyeron a posicionar a la entidad como la segunda Empresa Social del Estado con mejor desempeño institucional en Santiago de Cali durante la vigencia 2025.

### **Fortalecimiento del Sistema de Control Interno – Resultados MECI**

Como resultado de la medición del Índice de Desempeño Institucional (IDI) – FURAG 2025, el componente de Control Interno (MECI) obtuvo una calificación de 96,1 puntos, evidenciando un importante fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la Red de Salud del Centro E.S.E. frente a la vigencia anterior, en la cual se alcanzó un puntaje de 85,7. Este resultado representa un incremento de 10,4 puntos, reflejando los avances alcanzados en la implementación de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el fortalecimiento de la cultura del autocontrol, la gestión de riesgos, el

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

seguimiento a los planes de mejoramiento y el ejercicio permanente de evaluación independiente desarrollado por la Oficina Asesora de Control Interno.

El análisis por componentes evidencia mejoras significativas en la mayoría de los elementos evaluados:

| Componente MECI                                 | 2024 | 2025        | Variación    |
|-------------------------------------------------|------|-------------|--------------|
| Ambiente propicio para el ejercicio del control | 75,2 | <b>94,0</b> | <b>+18,8</b> |
| Evaluación estratégica del riesgo               | 85,0 | <b>98,5</b> | <b>+13,5</b> |
| Actividades de control efectivas                | 90,0 | <b>91,9</b> | <b>+1,9</b>  |
| Actividades de monitoreo orientadas a la mejora | 94,9 | <b>97,6</b> | <b>+2,7</b>  |
| Información y comunicación para el control      | 68,4 | <b>78,2</b> | <b>+9,8</b>  |

Los resultados evidencian un avance importante en la consolidación del Sistema de Control Interno, destacándose especialmente los componentes de Evaluación Estratégica del Riesgo (98,5 puntos) y Actividades de Monitoreo (97,6 puntos), lo que demuestra el fortalecimiento de los mecanismos de identificación, valoración y seguimiento de los riesgos institucionales, así como de los procesos de evaluación independiente, auditoría interna.

Igualmente, el componente Ambiente de Control presentó uno de los mayores incrementos respecto a la vigencia anterior, pasando de 75,2 a 94,0 puntos, resultado asociado al fortalecimiento del direccionamiento institucional, la actualización de políticas, el compromiso de la alta dirección con el Sistema de Control Interno y el acompañamiento permanente brindado por la Oficina Asesora de Control Interno a los diferentes procesos.

Por su parte, el componente Información y Comunicación alcanzó una calificación de 78,2 puntos, registrando una mejora de 9,8 puntos frente a la medición anterior. Aunque este resultado evidencia avances importantes, continúa representando una oportunidad para seguir fortaleciendo la gestión de la información, la calidad de los registros institucionales, la trazabilidad documental y la comunicación entre los procesos.

En términos generales, estos resultados demuestran la madurez alcanzada por el Sistema de Control Interno de la Red de Salud del Centro E.S.E., reflejando una gestión orientada. Estos avances consolidan una mayor capacidad institucional para garantizar la transparencia, la eficiencia administrativa y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.

### 7.1 Retos y acciones de fortalecimiento derivados de los resultados del IDI

Como resultado del análisis de la medición del Índice de Desempeño Institucional (IDI) – FURAG 2025, la Oficina Asesora de Control Interno identificó oportunidades de fortalecimiento orientadas a consolidar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y mantener la mejora continua de la gestión institucional.

En este sentido, se formularon las siguientes recomendaciones para ser incorporadas dentro de los planes de acción institucionales y de las diferentes dependencias:

- **Gestión Documental:** fortalecer la organización, conservación y administración de los documentos institucionales, garantizando la actualización de las Tablas de Retención Documental, la adecuada gestión de los expedientes y el cumplimiento de los lineamientos archivísticos.
- **Gobierno Digital:** continuar avanzando en la transformación digital de la entidad mediante el fortalecimiento de los servicios digitales, la interoperabilidad de los sistemas de información y la automatización de procesos que contribuyan a una gestión más eficiente.
- **Control Interno:** mantener el fortalecimiento del Sistema de Control Interno mediante la consolidación de la gestión de riesgos, el seguimiento efectivo a los planes de mejoramiento, la implementación de controles preventivos y el fortalecimiento de la cultura del autocontrol en todos los niveles de la organización.
- **Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción:** fortalecer el cumplimiento de las obligaciones de publicación en el portal institucional, garantizar la actualización permanente de la información pública y continuar implementando acciones orientadas a la prevención de riesgos de corrupción y al fortalecimiento de la integridad institucional.
- **Seguridad Digital:** reforzar las estrategias de ciberseguridad mediante la actualización permanente de controles tecnológicos, la gestión de vulnerabilidades, la protección de los activos de información y el fortalecimiento de la cultura de seguridad de la información entre los servidores y colaboradores.
- **Participación Ciudadana en la Gestión Pública:** promover mecanismos que incentiven la participación de la ciudadanía y de los grupos de valor en los procesos institucionales, fortaleciendo los espacios de diálogo, rendición de cuentas y control social.
- **Gestión del Conocimiento:** fortalecer las estrategias para la documentación, transferencia y apropiación del conocimiento institucional, promoviendo el intercambio de buenas prácticas y la conservación del conocimiento generado por la entidad.
- **Gestión Estratégica del Talento Humano:** fortalecer la gestión de integridad institucional mediante la implementación y seguimiento de los procedimientos para la atención de denuncias, la gestión de conflictos de interés y la aplicación efectiva de las rutas y protocolos para la prevención, atención y seguimiento del acoso sexual en el ámbito laboral, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente y la protección de los servidores y colaboradores.
- **Servicio a la Ciudadanía:** consolidar acciones orientadas a mejorar la oportunidad, calidad y accesibilidad en la atención a los usuarios, fortaleciendo los mecanismos de atención, seguimiento y medición de la satisfacción ciudadana.

Finalmente, la Oficina Asesora de Control Interno cumplió su rol de evaluación independiente y asesoría, proporcionando información objetiva y recomendaciones orientadas a fortalecer la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y los líderes de

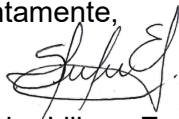
RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

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

proceso. Como resultado de las evaluaciones realizadas, se identifican como principales retos institucionales continuar con el seguimiento permanente a la gestión de cartera para fortalecer la sostenibilidad financiera de la entidad; documentar y actualizar los procedimientos institucionales; avanzar en la automatización de procesos que incrementen la eficiencia operativa; fortalecer el diseño, implementación y seguimiento de los controles; mejorar la gestión documental para garantizar la trazabilidad y disponibilidad de la información; consolidar la cultura de gestión del riesgo mediante el fortalecimiento de la identificación, valoración y monitoreo de los riesgos institucionales; y continuar la articulación e implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)

Atentamente,



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