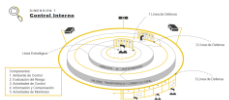


Nombre de la Entidad:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA
Periodo Evaluado:	01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DEL 2026



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

98%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Sistema de Control Interno consolidado, en el que los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno operan de manera articulada e integrada, orientados a promover la eficiencia, la eficacia, la transparencia y la economía en la administración y destinación de los recursos y bienes institucionales. También, el Sistema de Control Interno contribuye al cumplimiento de la normatividad vigente y de los estándares nacionales e internacionales aplicables en materia de auditoría interna, favoreciendo el logro de los objetivos estratégicos y el fortalecimiento de la gestión institucional.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	La ESE Hospital Universitario de la Samaritana evidencia la apropiación de los roles y responsabilidades definidos en las líneas de defensa, fortaleciendo la gestión integral de riesgos mediante un trabajo articulado entre los diferentes niveles de la organización. Las acciones de capacitación dirigidas a la primera línea de defensa han contribuido al fortalecimiento de la cultura de autocontrol y autorreporte, favoreciendo la generación de información oportuna y confiable para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Igualmente, la Oficina de Control Interno realiza el seguimiento permanente a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas, verificando la implementación de las acciones correctivas y promoviendo la mejora continua. En el desarrollo de su función de evaluación independiente, aplica los papeles de trabajo establecidos en su metodología de auditoría, tales como la carta de compromiso, la carta de representación, las listas de chequeos y seguimiento a los planes de mejoramiento, garantizando la trazabilidad, confiabilidad y calidad de la evidencia que soporta el ejercicio de auditoría.
		La ESE Hospital Universitario de la Samaritana ha implementado y apropiado el Modelo de las Líneas de Defensa, definiendo claramente los roles y responsabilidades de cada nivel para fortalecer el Sistema de Control Interno y la gestión integral del riesgo. En este marco, la primera línea de defensa, conformada por los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, es responsable del autocontrol, la identificación, gestión y monitoreo de los riesgos, así como de la ejecución de los controles; la segunda línea de defensa, integrada por la oficina de Planeación, supervisa la efectividad de los controles y de la gestión del riesgo, promoviendo el cumplimiento de los lineamientos institucionales; y la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, ejerce la evaluación independiente y el seguimiento al Sistema de Control Interno, proporcionando aseguramiento sobre su eficacia. Esta estructura fortalece la gobernanza, la comunicación y la eficiencia institucional, orientando la gestión al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	SI	96%	Fortalezas: La ESE Hospital Universitario de la Samaritana evidencia el compromiso de la Alta Dirección con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, promoviendo un modelo de gestión basado en la asignación clara de responsabilidades, el autocontrol, la gestión de riesgos y la mejora continua. En este marco, los líderes de proceso son responsables de la identificación, monitoreo y reporte oportuno de los riesgos, así como de la implementación de controles orientados a mitigar su impacto y garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de la normatividad vigente. También, mantiene estrategias permanentes de promoción de la integridad mediante la implementación del Código de Integridad, la implementación de la Ley para la Gestión de Conflictos de Interés y la declaración de posibles conflictos por parte de servidores públicos y contratistas. Complementariamente, realiza seguimiento continuo a través del análisis de las PQRSJ, la matriz institucional de riesgos y riesgos de corrupción, y del funcionamiento del formulario para reportar las Preguntas, Quejas y Reclamos (PQRSJ) fortaleciendo los mecanismos de prevención y transparencia. De igual forma, el Comité Institucional de Control Interno se encuentra totalmente constituido y opera de manera periódica conforme a sus funciones, mientras que el Modelo de las Líneas de Defensa se encuentra implementado y socializado en toda la entidad, consolidando una cultura de autocontrol, autorresponsabilidad y gestión preventiva del riesgo. Debilidades: La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana presenta oportunidades de fortalecimiento en la apropiación de los principios de autocontrol, autorregulación y gestión preventiva del riesgo por parte de todos los servidores públicos y contratistas. Aunque cuenta con lineamientos y herramientas implementadas, se requiere continuar fortaleciendo la cultura de control, la ejecución efectiva de los controles y la generación de evidencias que permitan demostrar su cumplimiento.	100%	FORTALEZAS: - La entidad cuenta con riesgo de procesos actualizado, socializado e implementado. - La entidad cuenta con procesos documentados los cuales tienen identificados los riesgos y controles en muchos de sus procesos. - La entidad cuenta con estatuto y código de auditoría interna ajustado a normatividad vigente. - Compromiso institucional con el MECI. El Hospital ha adoptado el modelo actualizado, lo cual refleja una voluntad clara de fortalecer la gestión pública. - Cultura organizacional que promueve la integridad y la transparencia. El Hospital cuenta con políticas de ética e integridad que se promueven a través de la capacitación y responsable ante las servidores. - Planificación estratégica permanente de promoción de la integridad mediante la implementación del Código de Integridad, la implementación de la Ley para la Gestión de Conflictos de Interés y la declaración de posibles conflictos por parte de servidores públicos y contratistas. - El programa organizacional fortalecido. Contar con planes, programas y proyectos respondiendo a la razón de ser institucional, favoreciendo la coherencia en la gestión. - Control de talento humano conforme a normativas. La evaluación, evaluación y desarrollo de servidores se hace acorde al marco legal, promoviendo mejoramiento y respeto por el talento humano. - Procesos de capacitación y bienestar. Las acciones en desarrollo humano y bienestar evidencian interés por la calidad laboral y el fortalecimiento de competencias. - Desarrollo de procesos. Contar con procesos, procedimientos e listas de actividades facilitó el seguimiento, control y mejora continua. - Transparencia y rendición de cuentas. La existencia de mecanismos para rendir a la ciudadanía y a las autoridades competentes refuerza la confianza pública. DEBILIDADES: - La rotación de personal dificulta que persiste la internalización de los procesos y procedimientos. - Faltante y errático documento normativo. Revisar periodicidad el código de ética y demás instrumentos para asegurar que respondan a nuevos ritmos regulatorios. - Actualización de documentos por procesos. Incorporar ritmos más detallados que permitan evaluar la eficiencia, eficacia y calidad en cada proceso. - Mayor humanización organizacional. Digitalizar los procedimientos y procesos para facilitar el acceso, trazabilidad y monitoreo en tiempo real. - Desarrollar evaluaciones internas periódicas. Implementar ciclos de actualización del ambiente de control para detectar debilidades y oportunidades de mejora. - Establecer un programa continuo de autoevaluación y evaluación para la comunidad (hogar y el mundo) en un rol más activo en el control social. - Establecer un programa continuo de cultura organizacional. No solo tener documentos, sino actividades prácticas que fortalezcan los valores institucionales y el sentido de pertenencia.	4%
Evaluación de riesgos	SI	100%	Fortalezas: La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con una estructura de Líneas de Defensa definida y socializada con los líderes de proceso, fortaleciendo la asignación de roles y responsabilidades frente a la gestión del riesgo y el control institucional. La entidad tiene identificados los riesgos asociados al desarrollo de sus procesos, así como los controles y acciones de tratamiento establecidos en los manuales institucionales de riesgo, de acuerdo con la Política de Gestión Integral del Riesgo y los instrumentos metodológicos internos vigentes. Entre mecanismos son objeto de seguimiento periódico y sus resultados son presentados ante el Comité Institucional de Control Interno para la toma de decisiones basadas en información digital. Debilidades: La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana presenta oportunidades de mejora en el fortalecimiento del análisis de la efectividad de los controles establecidos y en la elaboración periódica de los riesgos frente a cambios en el contexto institucional. Se requiere continuar promoviendo una gestión preventiva que permita la identificación oportuna de riesgos emergentes, así como fortalecer la documentación de evidencias asociadas a la ejecución de controles y acciones de tratamiento, con el fin de consolidar la gestión integral del riesgo como herramienta para la toma de decisiones.	75%	FORTALEZAS: - La entidad cuenta con un programa de gestión del riesgo. - La oficina de control interno hace seguimiento a los indicadores riesgo y control de los procesos y de la matriz institucional de riesgos cuando esta se publica. - La entidad cuenta con planes de mejoramiento por procesos, el cual es acorde a los puntos acciones de mejoramiento con fecha gestión del riesgo, acciones a las cuales se dio un control interno base seguimiento periodo. - La entidad cuenta con plan anticipatorio y el alcance al ciudadano (en el cual se hace seguimiento de norma por parte de la oficina de control interno) y con el mapa de riesgo de corrupción. - Inclusión de acciones de análisis institucional. Se identifican riesgos tanto internos como externos que pueden afectar a la gestión del hospital. - Concordancia de riesgos de corrupción. En el cual se realizó análisis por procesos y preventivos que se han ido actualizando. - Implementación de riesgos tecnológicos (TIC). Se contempla la infraestructura digital como factor crítico en la gestión del hospital. - Reconocimiento del entorno variable de riesgo. Se tienen en cuenta los cambios del entorno (normativas, sociales, económicas) que pueden impactar la gestión. - Existencia de espacios participativos. Se definen acciones para discutir riesgo y proponer acciones de mejora. Se cual fortalece el trabajo colaborativo. DEBILIDADES: - La metodología y formulación del riesgo meprases, así como la identificación de los riesgos, la elaboración oportuna de los manuales de riesgos mejoró la oportunidad de la elaboración de la matriz de riesgos institucional, el monitoreo oportuno y la información oportuna al respecto para la toma de decisiones. - Se deben crear espacios para la revisión periódica de los riesgos y control. - Seguimiento oportuno de riesgos. Aunque se identificó el seguimiento de estos ante un "ser pro", lo limita el control efectivo. - Reportes insuficientes. La información periódica sobre gestión de riesgos no está plenamente institucionalizada, lo que debilita la trazabilidad y la toma de decisiones. - Control poco efectivo o no formalizado. Se reconocen debilidades en como se controlan los riesgos, pero las acciones correctivas aún no se implementan adecuadamente. - Falta de empoderamiento de líderes. Aunque se plantea que los líderes deben actuar autónomamente, esto aún está en desarrollo y no se ha consolidado. - Algunas acciones sobre riesgos críticas. Algunas acciones sobre los riesgos críticos aún los están en desarrollo, lo que refleja un enfoque más reactivo que preventivo.	28%
Actividades de control	SI	96%	Fortalezas: La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con una estructura orientada al fortalecimiento de la calidad y la mejora continua, liderada por la Oficina de Planeación responsable del proceso de acreditación en alta calidad. En este marco, desarrolla acciones de actualización y mejora de procesos que permiten identificar oportunidades de mejora y fortalecer los procesos institucionales. La Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, realiza seguimiento a la gestión del riesgo, ejecuta el Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Institucional de Control Interno y realiza seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las acciones de auditoría. Debilidades: La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana presenta oportunidades de fortalecimiento en la evaluación de la efectividad de los controles definidos en los procesos institucionales, orientada a determinar si estos contribuyen de manera suficiente a la mitigación de los riesgos y al cumplimiento de los objetivos establecidos. Se requiere continuar fortaleciendo la documentación de evidencias, el seguimiento a la ejecución de controles y la implementación oportuna de acciones de mejora derivadas de los ejercicios de evaluación y auditoría.	70%	FORTALEZAS: - La entidad se encuentra ACREDITADA, lo cual ha permitido que se implemente la cultura del auto evaluación para el cumplimiento de todos los estándares ajustados en materia de salud según la normatividad vigente. - En la entidad se tiene que gran parte del proyecto de la acreditación, el hospital está capacitando a todo su personal responsable de procesos y directivos lo cual produce a mediano plazo un posible cambio en la cultura organizacional, beneficiando a los usuarios tanto los que están dentro como los que están fuera del hospital. - Concordancia documental de riesgos. El Hospital cuenta con un documento que articula los riesgos identificados y sus respectivos tratamientos, así como sus registros de cumplimiento de los planes de desarrollo institucional. - Transparencia institucional. Existe un Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano publicado, lo que demuestra compromiso con la rendición de cuentas y el acceso a la información. DEBILIDADES: - El personal de planta en los distintos procesos se refiere a su cultura una evaluación que responde al momento por el mejoramiento. - La debilidad y monitoreo de los riesgos. En las actividades instituidas por personal cooperativo y la brevedad, implementando una evaluación que permita seguir mejorando. - Queda a elección de personal se genera periodicidad de transferencia del conocimiento tanto lo que los funcionarios adquieren en temas críticos y digitales, así como retroalimentar la entidad con datos trazabilidad de la gestión. - Queda a elección de personal se genera periodicidad de transferencia del conocimiento tanto lo que los funcionarios adquieren en temas críticos y digitales, así como retroalimentar la entidad con datos trazabilidad de la gestión. - No hay una cultura y derecho propio para la elaboración de planes de mejoramiento institucional. No se evidencian un seguimiento programado por parte de los jefes y los responsables del cumplimiento del artículo 127.	26%
Información y comunicación	SI	100%	Fortalezas: La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con mecanismos orientados al fortalecimiento de la transparencia, la atención al ciudadano y la gestión adecuada de la información institucional, de acuerdo con los canales establecidos para la recepción, gestión y seguimiento de PQRSJ y denuncias externas a través del formulario para reportar las Preguntas, Quejas y Reclamos (PQRSJ), promoviendo la calidad del servicio y la mejora continua. Asimismo, cuenta con instrumentos para la toma de la información y la seguridad digital, como el Plan Estratégico de Comunicaciones y los procedimientos de gestión de información, orientados a garantizar la disponibilidad, integridad y protección de los datos institucionales. Adicionalmente, realiza seguimiento periódico a los riesgos institucionales mediante reportes de los líderes de proceso, fortaleciendo el análisis de información y la toma de decisiones basada en evidencia. Debilidades: La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana presenta oportunidades de fortalecimiento en la articulación y aprovechamiento de la información institucional como insumo estratégico para la gestión y la toma de decisiones. Se requiere continuar fortaleciendo la calidad, oportunidad y trazabilidad de los reportes generados por los procesos, así como la apropiación de los mecanismos de comunicación interna que permitan generar el flujo efectivo de información entre las diferentes áreas de la entidad.	86%	FORTALEZAS: - Se cuenta con una oficina de comunicaciones, con personal suficiente para desarrollar la gestión. - La entidad cuenta con una sala de recepción de llamadas que se encarga de monitorear el buen funcionamiento de los sistemas de comunicación. - Se cuenta con plan de comunicaciones, y demás herramientas que robustecen la gestión. - Definición clara de responsables de la información. El Hospital ha asignado roles específicos para el manejo de la información institucional, lo que facilita la trazabilidad y la atención al ciudadano. - Comunicación con organismos de control y gubernamentales. Se han establecido canales formales para enviar informes y reportes, asegurando cumplimiento normativo. - Manejo para el tratamiento de datos sensibles. Existen protocolos para proteger información sensible como historias clínicas, lo cual fortalece la seguridad institucional. - Identificación de información crítica para la seguridad. Se cuenta con una oficina de información que elabora documentos en pregrabado, videos, manuales, planes, que a su vez se registran en los sistemas de gestión de la información. - Definición de canales de comunicación. Se han establecido canales de comunicación para la atención al ciudadano y la gestión de la información. - Se está fortaleciendo el proceso de comunicación pública. - Canal de comunicación con la ciudadanía. Aunque en proceso, se requiere fortalecer canales de interacción con el público, como líneas de atención, redes sociales, sitio web e interacción de PQRSJ. - Seguimiento de información producida por la gestión institucional. La entidad aún no ha consolidado toda la información que genera para darla a conocer, lo que limita su capacidad de respuesta y transparencia. - Formalización puntual del sistema de comunicación. A pesar de avances, aún falta sistematizar la estructura comunicativa interna y externa (manuales, protocolos, formatos de divulgación).	14%
Monitoreo	SI	96%	Fortalezas: La ESE Hospital Universitario de la Samaritana fortalece su Sistema de Control Interno mediante las actividades de autoevaluación independiente, monitoreo y seguimiento desarrollados por la Oficina de Control Interno, incluyendo auditorías, seguimiento a planes de mejoramiento y gestión de riesgos, promoviendo la cultura del autocontrol y mejora continua. La entidad cuenta con mecanismos de seguimiento a los indicadores asociados a las políticas del MIPG y a los planes institucionales establecidos en el Decreto 012 de 2016, así como a los planes de mejoramiento. Debilidades: La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana presenta oportunidades de fortalecimiento en la articulación y aprovechamiento de la información institucional como insumo estratégico para la gestión y la toma de decisiones. Se requiere continuar fortaleciendo la calidad, oportunidad y trazabilidad de los reportes generados por los procesos, así como la apropiación de los mecanismos de comunicación interna que permitan generar el flujo efectivo de información entre las diferentes áreas de la entidad.	75%	FORTALEZAS: - Se cuenta con el plan de auditorías que se ejecuta al 100%. - Se hace seguimiento a riesgos por parte de la Oficina de Control Interno. - Se participa en los controles. Dependientes de control interno. - Se monitorea por parte de control interno la gestión del riesgo y sus controles. - Se evalúa la gestión por parte de control interno. - Se hace seguimiento a la elaboración de planes de mejoramiento producidos por los procesos. - Se refiere a la alta dirección de manera oportuna los resultados de las acciones. - La matriz institucional de riesgos y control interno. En el cual se tiene en cuenta los cambios del entorno (normativas, sociales, económicas) que pueden impactar la gestión. - Supervisión activa del sistema de control interno. El hospital cuenta con mecanismos oportunos, ya sea mediante el representante legal, la oficina de control interno o instancias externas, para supervisar el sistema. - Actualización de planes de defensa. Se han establecido y aplicado acciones correctivas cuando se detectan problemas en auditorías o evaluaciones. - Seguimiento a planes de mejoramiento. Se realiza seguimiento continuo a compromisos derivados de instancias de control, lo que muestra una voluntad institucional de mejora continua. DEBILIDADES: - Participación en Control Municipal de Auditoría. La articulación con este comité fortalece la transparencia y permite aprender de otras experiencias del territorio. - Actualización oportuna del impacto de riesgo. Se identifica que ciertos problemas no se están gestionando, lo cual, aunque se negaron en el informe, son fortalezas o términos de diagnóstico que se permiten. - Se deben definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, lo que permitirá que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN y VISIÓN. - Se debe tener un plan de mejoramiento institucional CORRECTIVO, lo que permitirá que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN y VISIÓN. - Se debe fortalecer la capacitación y el desarrollo de competencias de los funcionarios, lo que permitirá que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN y VISIÓN. - La entidad debe fortalecer la consulta de la información corporativa al interior para sea de fácil acceso. - Ausencia de mecanismos formales de evaluación. Aunque se están implementando estrategias, indicadores y listas de chequeo, estas aún no están completamente definidos ni operando con regularidad.	21%

EDWIN ALCIDES GONZALEZ COY
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO