EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

NIT. 899.999.032-5

INFORME FINAL AUDITORÍA GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD – MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)

Bogotá D.C, octubre 16 de 2026

Tabla De Contenido

1. ASPECTOS GENERALES 3
1.1 Introducción 3
1.2. Objetivo general 3
1.3 Alcance 3
1.4 Marco normativo 4
1.5 Metodología 5
2. ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS 5
2.1. MIPG, política de planeación institucional y Comité de Gestión y Desempeño 6
2.2. Plan Operativo Anual 6
2.3. FURAG y Plan de Gestión Gerencial 7
2.4. Programa de Transparencia y Ética Pública y riesgos SIGRIP 7
2.5. Rendición de cuentas de la vigencia 2025 8
2.6. Seguimiento a la matriz de riesgos del proceso 8
3. RECONOCIMIENTO DE BUEN DESEMPEÑO (PROCESOS EN CUMPLIMIENTO) 9
4. OBSERVACIONES 10
5. RECOMENDACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA 11
6. CONTROVERSIAS ACEPTADAS Y AJUSTES AL INFORME 12
6.1. Recomendación relacionada con la formulación del Plan Operativo Anual (POA) 12
6.2. Respuestas A La Controversia 12
7. TABLA CONSOLIDADA DE RECOMENDACIONES ACEPTADAS 13
8. CONCLUSIÓN 14
9. ANEXOS 15
Anexo 1. Lista de Chequeo 15

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 Introducción

La presente auditoría tiene como propósito evaluar la gestión del proceso de Planeación de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana y su Red, mediante la revisión de los instrumentos de planeación institucional, la articulación de las políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el seguimiento a las metas e indicadores y los mecanismos de gestión de riesgos y mejoramiento continuo.

La evaluación busca identificar fortalezas y oportunidades de mejora que contribuyan a la confiabilidad de la información institucional, la toma de decisiones y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.

1.2. Objetivo general

Evaluar la gestión del proceso de Planeación de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana y su Red, mediante la verificación de la implementación del MIPG, la articulación de los instrumentos de planeación estratégica y operacional, el seguimiento a las metas institucionales, la gestión de riesgos, el Programa de Transparencia y Ética Pública y el proceso de rendición de cuentas, con el fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales y al mejoramiento continuo.

1.3 Alcance

La auditoría comprende la evaluación de las actividades, procedimientos, registros, controles e instrumentos técnicos asociados al proceso de Planeación de la Red Samaritana, incluyendo la sede Bogotá, la Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ) y el Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ).

La revisión contempla los siguientes aspectos:

- Funcionamiento y decisiones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Formulación, seguimiento y evaluación del Plan Operativo Anual (POA).
- Articulación de los planes institucionales y estratégicos.
- Reporte y resultados del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG).
- Evaluación del Plan de Gestión Gerencial.
- Implementación y seguimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).
- Gestión de riesgos operacionales y de integridad pública mediante la metodología SIGRIP.
- Planeación, desarrollo y evaluación del proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía.
- Seguimiento a la matriz de riesgos del proceso.

La revisión se realizó sobre la vigencia 2026, con análisis comparativo respecto al cierre de la vigencia 2025 cuando corresponde.

1.4 Marco normativo

Para el desarrollo de la auditoría al proceso de Planeación se tuvieron en cuenta, entre otras, las siguientes disposiciones:

- **Constitución Política de Colombia:** artículos 209 y 269, relacionados con los principios de la función administrativa y el ejercicio del control interno.
- **Ley 1438 de 2011:** artículo 109, relacionado con la rendición de cuentas de los directores de las Empresas Sociales del Estado.
- **Ley 1474 de 2011:** relacionada con medidas para fortalecer la prevención, investigación y sanción de actos de corrupción.
- **Ley 1712 de 2014:** sobre transparencia y acceso a la información pública.
- **Ley 1757 de 2015:** en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.
- **Ley 2195 de 2022:** artículo 31, relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública.
- **Decreto 1499 de 2017:** por medio del cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- **Decreto 612 de 2018:** relacionado con la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción.
- **Decreto 1122 de 2024 y su anexo técnico:** relacionados con la metodología para la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública.
- **Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social:** relacionada con la metodología para la formulación y evaluación del Plan de Gestión Gerencial de las ESE.
- **Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles, versión 7, del DAFP:** lineamientos para la gestión de riesgos.
- **Manual Único de Rendición de Cuentas (MURC)** del Departamento Administrativo de la Función Pública.

- **Reglamentación institucional:** Manual de Gestión Integral 01GIC03; Resolución 177 de 2021, relacionada con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño; Resolución 222 de 2026, relacionada con la Política de Administración de Riesgos; y Acuerdos de Junta Directiva 004, 005, 016 y 030 de 2026.
- **Procedimientos, manuales, instructivos** y demás disposiciones internas aplicables al proceso.

1.5 Metodología

Para el desarrollo de la auditoría se aplicó la lista de chequeo estructurada con código 05CIN09-V1, compuesta por treinta y seis (36) preguntas orientadas a verificar el cumplimiento de los criterios establecidos, la articulación normativa y la existencia de los soportes documentales correspondientes.

La revisión comprendió el análisis de la documentación suministrada por el proceso a través del repositorio institucional de evidencias, incluyendo actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, acuerdos de Junta Directiva, informes de seguimiento al POA y al Plan de Gestión Gerencial, reporte certificado del FURAG, planes de mejoramiento, matriz de riesgos SIGRIP, documentos relacionados con el PTEP y soportes del proceso de rendición de cuentas. Asimismo, se realizó el contraste entre la información consignada en los instrumentos de evaluación y los documentos fuentes disponibles, con el propósito de verificar la correspondencia entre los criterios evaluados, los resultados reportados y los soportes documentales.

La evaluación se desarrolló mediante revisión documental, considerando el alcance y las características de la información suministrada, así como los resultados y recomendaciones consignados en la evaluación independiente del proceso de rendición de cuentas de la vigencia 2025.

2. ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS

Con el propósito de verificar la aplicación de los lineamientos del MIPG, la articulación de los instrumentos de planeación y la gestión de los riesgos institucionales, se realizó la revisión de los criterios establecidos en la lista de chequeo y de las evidencias documentales aportadas por el proceso de Planeación.

Como resultado de la revisión, se identifican avances en la formalización de instrumentos, el seguimiento de metas institucionales y la documentación de actividades relacionadas con la gestión del desempeño. De igual manera, se identifican oportunidades para fortalecer el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados del FURAG y la evaluación de la rendición de cuentas.

2.1. MIPG, política de planeación institucional y Comité de Gestión y Desempeño

La revisión documental permitió evidenciar la existencia y funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño como instancia relacionada con la articulación, seguimiento y evaluación de los instrumentos asociados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

En sesión del 28 de enero de 2026 se realizó seguimiento al cierre de la gestión de los planes institucionales asociados al Decreto 612 de 2018 y al Plan de Acción MIPG de la vigencia 2025. Asimismo, fueron presentados los doce planes institucionales correspondientes a la vigencia 2026 para su revisión y aprobación. En la misma sesión se estableció su seguimiento trimestral y su articulación con las reuniones del Comité.

En relación con las políticas de gestión y desempeño, el acta de enero de 2026 registra la revisión de evidencias, autodiagnósticos, resultados y cronogramas relacionados con las políticas del MIPG.

Posteriormente, en la sesión del 11 de junio de 2026, se presentaron los avances de los planes institucionales correspondientes al segundo trimestre y se dejó constancia de que se encontraban pendientes de formalización once (11) políticas institucionales requeridas para completar el cumplimiento del MIPG. En dicha sesión se indicó que estas políticas debían ser presentadas y aprobadas formalmente mediante el acto administrativo correspondiente.

En consecuencia, la evidencia revisada muestra que el Comité constituye un escenario de seguimiento de los instrumentos de planeación y de revisión de aspectos relacionados con las políticas MIPG, con participación de los responsables de los diferentes procesos.

2.2. Plan Operativo Anual

Se evidenció trazabilidad en la aprobación y seguimiento del Plan Operativo Anual (POA), mediante los respectivos Acuerdos de Junta Directiva. Para la vigencia 2025, se registró un cumplimiento ponderado del 90,93 % para la Red Samaritana, con resultados de 97,2 % para Bogotá, 100 % para el Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ) y 75,6 % para la Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ).

Para la vigencia 2026, la formulación del POA fue aprobada mediante el Acuerdo No. 005, con 83 metas de producto. En el seguimiento correspondiente al primer semestre de 2026 se reportó un avance del 93,73 %, formalizado mediante el Acuerdo No. 030 de 2026.

Los resultados revisados evidencian la existencia de mecanismos institucionales para la formulación, aprobación y seguimiento del POA, así como la participación de las instancias de dirección en su formalización y seguimiento. Para efectos de interpretación, se precisa que el resultado correspondiente a 2025 corresponde al cierre anual de la vigencia, mientras que el resultado de 2026 corresponde al avance del

primer semestre, por lo cual representan momentos diferentes del seguimiento y no constituyen resultados directamente comparables.

De otra parte, en la revisión comparativa de las versiones del POA suministradas para el ejercicio auditor, se identificaron diferencias en algunos valores registrados, acumulados trimestrales y fórmulas de cálculo. Estas diferencias se presentan en determinados registros y campos de las versiones revisadas, incluyendo variaciones en datos acumulados y en la forma de cálculo de algunos resultados.

Las diferencias identificadas entre los archivos objeto de revisión no permiten establecer, por sí solas, que los porcentajes de cumplimiento formalmente aprobados por la Junta Directiva sean incorrectos. La situación identificada se relaciona con la consistencia y trazabilidad de la información contenida en las diferentes versiones del instrumento frente a los soportes que sustentan los resultados reportados.

2.3. FURAG y Plan de Gestión Gerencial

Se identificó el resultado del FURAG correspondiente a la vigencia 2025, con un puntaje de 91,1, así como la evaluación del Plan de Gestión Gerencial, que obtuvo una calificación de 4,60 sobre 5,00, en nivel satisfactorio, aprobada mediante el Acuerdo 016 de 2026. De acuerdo con la información consignada en el documento de auditoría, la calificación obtenida en el Plan de Gestión Gerencial no requirió la formulación de un plan de mejoramiento específico por resultado de evaluación.

En relación con los planes de mejoramiento derivados del FURAG, se identificaron documentos que contemplan acciones, metas, plazos y responsables para diferentes políticas de gestión y desempeño institucional. Sin embargo, a la fecha de elaboración de este informe final no se ha recibido respuesta sobre el estado de avance y seguimiento de dichos planes. En consecuencia, no ha sido posible establecer integralmente el nivel de ejecución de las acciones, su cumplimiento, los soportes de avance o el cierre de los compromisos.

2.4. Programa de Transparencia y Ética Pública y riesgos SIGRIP

Se identificó la actualización de la Política de Administración de Riesgos mediante la Resolución 222 de 2026 y la adopción de la metodología SIGRIP para la gestión de riesgos de integridad pública. En la documentación revisada se registra una matriz con dieciséis (16) riesgos de integridad pública vigentes, junto con actividades de seguimiento relacionadas con su tratamiento. De igual manera, se evidenció la transición del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hacia el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), con actividades asociadas a gestión del riesgo, Gobierno Digital, participación ciudadana, racionalización de trámites, transparencia, acceso a la información, integridad y rendición de cuentas.

El PTEP 2026 fue presentado y aprobado en el Comité de Gestión y Desempeño de enero de 2026 y posteriormente tratado en el Comité de Gestión Integral de Riesgos. La documentación registra actividades de socialización, validación y publicación de los instrumentos.

La evidencia revisada permite identificar instrumentos formalizados y mecanismos de seguimiento relacionados con riesgos de integridad pública y PTEP. La valoración de su ejecución se encuentra asociada a los soportes de seguimiento y a las evidencias producidas por las dependencias responsables.

2.5. Rendición de cuentas de la vigencia 2025

Como parte de la revisión documental del proceso de Planeación, se examinaron las evidencias relacionadas con la planeación, desarrollo y seguimiento de la estrategia de rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2025.

Se evidenció la formalización de la estrategia mediante la Resolución 138 del 13 de marzo de 2026 y el desarrollo de la audiencia pública de rendición de cuentas el 15 de abril de 2026. La documentación revisada contiene soportes relacionados con convocatoria, divulgación de resultados institucionales, presentación de información y espacios de interacción con la ciudadanía.

En el componente de información se identificaron documentos asociados a resultados de gestión, aspectos financieros, atención al usuario y otros componentes institucionales. En el componente de diálogo se identificaron soportes de convocatoria y realización de la audiencia, así como mecanismos de interacción y atención de inquietudes.

En cuanto al componente de responsabilidad, evaluación y seguimiento, la documentación examinada permite identificar actividades de organización y desarrollo del ejercicio. También se revisó el soporte de la plataforma de reporte correspondiente a la vigencia 2025, en el cual el archivo GT003 registra estado de validación “Validado” y estado de envío “Cargado”, con fecha del 13 de marzo de 2026.

La evidencia disponible permite reconocer la preparación y desarrollo del ejercicio de rendición de cuentas, así como la existencia de mecanismos de información y diálogo. La documentación sobre evaluación integral, consolidación de registros de participación y uso sistemático de la retroalimentación constituye un componente diferenciado del seguimiento.

2.6. Seguimiento a la matriz de riesgos del proceso

Se verificó la existencia de instrumentos para el monitoreo de los riesgos operacionales y de integridad pública, incluyendo formatos de autocontrol, registros en la plataforma ALMERA y actas del Comité de Gestión Integral de Riesgos correspondientes a 2026.

La documentación revisada permite identificar actividades de seguimiento a los riesgos y a las acciones definidas para su tratamiento. Asimismo, en los documentos examinados se reporta que durante el periodo evaluado no se evidenció materialización de riesgos de corrupción.

Los soportes disponibles evidencian actividades de monitoreo y registro de la gestión de riesgos durante el periodo auditado.

3. RECONOCIMIENTO DE BUEN DESEMPEÑO (PROCESOS EN CUMPLIMIENTO)

De acuerdo con la revisión documental realizada al proceso de Planeación, se identifican avances relevantes en la implementación del MIPG, la articulación de los instrumentos de gestión, el seguimiento a las metas institucionales y la consolidación de información para la evaluación del desempeño.

Se destacan positivamente los siguientes aspectos:

- **Desempeño institucional y gerencial:** Se destaca el comportamiento favorable evidenciado en los instrumentos de evaluación institucional y gerencial, cuyos resultados constituyen referentes positivos para el seguimiento del desempeño y reflejan el trabajo articulado entre el proceso de Planeación, las dependencias responsables y las instancias directivas de la entidad.
- **Gestión y seguimiento del Plan Operativo Anual:** Se reconoce la gestión desarrollada para mantener formalizado el ciclo de formulación, seguimiento y evaluación del POA, así como la articulación de las metas institucionales con los mecanismos de seguimiento y las decisiones de las instancias directivas.
- **Gestión institucional del riesgo:** Se destaca la actualización de los instrumentos relacionados con la administración de riesgos y la incorporación de la metodología SIGRIP para la gestión de los riesgos de integridad pública, como parte de los mecanismos institucionales orientados a su identificación, tratamiento y seguimiento.
- **Articulación de la planeación institucional:** Se reconoce el trabajo de coordinación adelantado por el proceso de Planeación para consolidar información proveniente de las diferentes dependencias y sedes, articulando instrumentos, metas, indicadores y mecanismos de seguimiento en el marco del MIPG y de las instancias institucionales de gestión.

- **Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y a los riesgos de integridad pública (SIGRIP):** Se destaca la gestión orientada al seguimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), como parte de las acciones institucionales dirigidas a fortalecer la transparencia y la integridad. Se resalta la importancia de mantener la continuidad de estas actividades y la trazabilidad de las acciones ejecutadas.
- **Rendición de cuentas:** Se destaca la gestión adelantada para la organización y desarrollo del ejercicio de rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2025, así como la disposición de mecanismos orientados a la divulgación de la gestión institucional y a la interacción con la ciudadanía.

En términos generales, se reconoce la gestión del proceso de Planeación como un componente articulador de los instrumentos institucionales, del seguimiento al desempeño y de la consolidación de información para apoyar la gestión y la toma de decisiones.

4. OBSERVACIONES

El presente proceso de auditoría se desarrolló tomando como base una lista de chequeo estructurada de treinta y seis (36) preguntas, la cual se adjunta como anexo al presente documento (Anexo 1). Dicha lista contó con una matriz de evaluación que permitió calificar cada criterio bajo los parámetros establecidos para la revisión, considerando la aplicación de los procedimientos, la existencia de soportes documentales y las observaciones derivadas de la evaluación. Con el fin de garantizar la trazabilidad, transparencia y un adecuado soporte documental, se implementó una carpeta en la plataforma Google Drive. En este espacio digital se organizó de manera individual la documentación correspondiente a cada una de las preguntas evaluadas, permitiendo la carga y organización de las evidencias suministradas por el área auditada. La documentación recopilada constituye el soporte de los resultados obtenidos durante el desarrollo de la auditoría y permite evidenciar las actividades de verificación realizadas por la Oficina de Control Interno.

A continuación, se adjunta el enlace de acceso a la carpeta de evidencias para su respectiva revisión y consulta: https://drive.google.com/drive/folders/1AgNUFuVDHQerkKH6f3JKe52wuAmYiOV1

5. RECOMENDACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Con el propósito de fortalecer la gestión institucional de Planeación, contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos y promover la mejora continua en el marco del MIPG, se presentan las siguientes recomendaciones derivadas de los aspectos identificados durante la revisión:

- **Fortalecimiento de los indicadores de la Política de Planeación Institucional**

Se recomienda fortalecer la documentación técnica de los indicadores establecidos en la Política de Planeación Institucional, precisando para cada uno la fórmula de cálculo, unidad de medida, meta, fuente de información, responsable y periodicidad de medición. Lo anterior permitirá contar con criterios homogéneos para su seguimiento y facilitar la evaluación de los resultados de la política.

- **Seguimiento a la formalización de las políticas institucionales**

Se recomienda fortalecer el seguimiento integral de las políticas institucionales, verificando su documentación, adopción mediante el acto administrativo correspondiente, responsables, mecanismos de seguimiento y evidencias de implementación.

En particular, en el Comité de Gestión y Desempeño del 11 de junio de 2026 se reportaron 11 políticas MIPG pendientes de formalización. En la documentación revisada no se encontraron soportes que permitieran verificar la formalización y adopción de estas 11 políticas, por lo cual su estado queda pendiente de validación por parte de la institución. Asimismo, se recomienda mantener una matriz consolidada de todas las políticas institucionales que permita identificar su estado, responsable, acto administrativo de adopción y mecanismo de seguimiento.

- **Seguimiento a los planes de mejoramiento derivados del FURAG**

Se recomienda fortalecer el seguimiento de los planes de mejoramiento formulados a partir de los resultados del FURAG, consolidando para cada acción el responsable, plazo, estado de avance, evidencias y resultado alcanzado. Esto permitirá contar con una trazabilidad integral de las acciones y facilitar la verificación de su cumplimiento y cierre.

- **Fortalecimiento de la evaluación y retroalimentación de la rendición de cuentas**

Se recomienda fortalecer la evaluación posterior al ejercicio de rendición de cuentas, consolidando los registros de participación presencial y virtual, las inquietudes y observaciones recibidas, la percepción de los participantes y las acciones derivadas de la retroalimentación ciudadana. Estos resultados podrán ser considerados como insumo para la planeación y mejoramiento de futuros ejercicios de rendición de cuentas.

6. CONTROVERSIAS ACEPTADAS Y AJUSTES AL INFORME

6.1. Recomendación relacionada con la formulación del Plan Operativo Anual (POA)

Verificación y conciliación de la información del Plan Operativo Anual (POA) Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación y Calidad revisar y conciliar la información contenida en las diferentes versiones del Plan Operativo Anual (POA), especialmente frente a los valores acumulados y las fórmulas de cálculo identificadas durante la auditoría. Para ello, se sugiere contrastar la información con los soportes correspondientes y establecer la versión oficial del instrumento como fuente institucional, garantizando la consistencia, integridad y trazabilidad de los datos reportados.

6.2. Respuestas A La Controversia

Frente a la recomendación relacionada con la verificación y conciliación de la información del Plan Operativo Anual (POA), el ingeniero Leonardo Duarte, en representación del área auditada, manifestó que la formulación de las metas se realiza mediante asistencia técnica de la Secretaría Distrital de Salud, entidad que brinda orientación en dicho proceso.

Una vez revisada la aclaración presentada por el área auditada, se acepta la controversia y, en consecuencia, se retira del informe final la recomendación relacionada con la verificación y conciliación de la información del POA.

7. TABLA CONSOLIDADA DE RECOMENDACIONES ACEPTADAS

Ítem	Recomendación
1	Se recomienda fortalecer la documentación técnica de los indicadores establecidos en la Política de Planeación Institucional, precisando para cada uno la fórmula de cálculo, unidad de medida, meta, fuente de información, responsable y periodicidad de medición. Lo anterior permitirá contar con criterios homogéneos para su seguimiento y facilitar la evaluación de los resultados de la política.
2	Se recomienda fortalecer el seguimiento integral de las políticas institucionales, verificando su documentación, adopción mediante el acto administrativo correspondiente, responsables, mecanismos de seguimiento y evidencias de implementación. En particular, en el Comité de Gestión y Desempeño del 11 de junio de 2026 se reportaron 11 políticas MIPG pendientes de formalización. En la documentación revisada no se encontraron soportes que permitieran verificar la formalización y adopción de estas 11 políticas, por lo cual su estado queda pendiente de validación por parte de la institución. Asimismo, se recomienda mantener una matriz consolidada de todas las políticas institucionales que permita identificar su estado, responsable, acto administrativo de adopción y mecanismo de seguimiento.
3	Se recomienda fortalecer el seguimiento de los planes de mejoramiento formulados a partir de los resultados del FURAG, consolidando para cada acción el responsable, plazo, estado de avance, evidencias y resultado alcanzado. Esto permitirá contar con una trazabilidad integral de las acciones y facilitar la verificación de su cumplimiento y cierre.
4	Se recomienda fortalecer la evaluación posterior al ejercicio de rendición de cuentas, consolidando los registros de participación presencial y virtual, las inquietudes y observaciones recibidas, la percepción de los participantes y las acciones derivadas de la retroalimentación ciudadana. Estos resultados podrán ser considerados como insumo para la planeación y mejoramiento de futuros ejercicios de rendición de cuentas.

8. CONCLUSIÓN

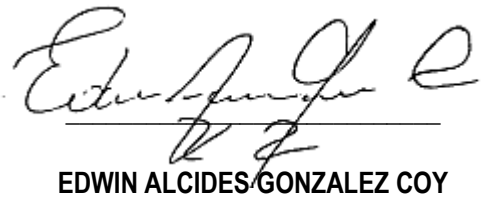
Como resultado de la auditoría al proceso de Planeación de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana y su Red, se identificaron avances en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la articulación de los instrumentos institucionales, el seguimiento al desempeño y la consolidación de información para apoyar la gestión y la toma de decisiones.

Se destacan los resultados obtenidos en la evaluación del desempeño institucional y gerencial, la formalización y el seguimiento del Plan Operativo Anual (POA), la actualización de los instrumentos de administración de riesgos, la implementación de la metodología SIGRIP y las actividades desarrolladas en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP). Asimismo, se reconoce la gestión adelantada para la organización y desarrollo del ejercicio de rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2025.

No obstante, la revisión documental permitió identificar oportunidades de mejora relacionadas con el seguimiento y la trazabilidad de los planes de mejoramiento derivados del FURAG, la verificación del estado de formalización de las políticas institucionales del MIPG reportadas como pendientes y el fortalecimiento de la evaluación posterior a los ejercicios de rendición de cuentas, particularmente en la consolidación de la participación ciudadana y el aprovechamiento de la retroalimentación recibida.

En relación con el Plan Operativo Anual, y una vez analizada la aclaración presentada por el área auditada frente a la formulación de sus metas mediante asistencia técnica de la Secretaría Distrital de Salud, se acepta la controversia y se retira la recomendación correspondiente del informe final.

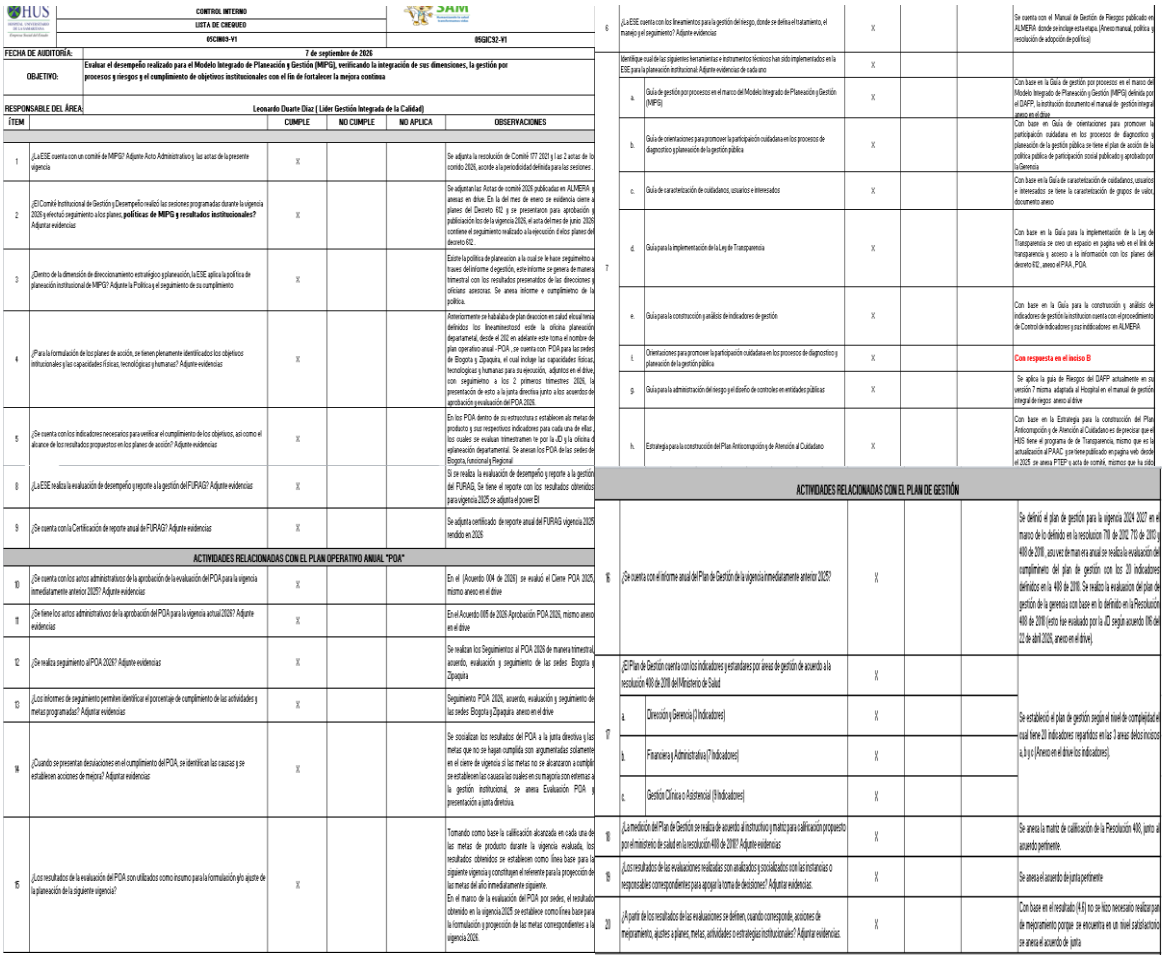
En consecuencia, se reconoce la gestión adelantada por el proceso de Planeación y se resalta la importancia de continuar fortaleciendo los mecanismos de seguimiento, verificación documental y evaluación de resultados, con el fin de favorecer la confiabilidad de la información institucional, la mejora continua y el cumplimiento de los objetivos de la entidad.



EDWIN ALCIDES GONZALEZ COY
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

9. ANEXOS

Anexo 1. Lista de Chequeo



CONTROL INTERNO		05GIC92-V1
LISTA DE CHEQUEO		
05CIN03-V1		

FECHA DE AUDITORÍA:	7 de septiembre de 2026
OBJETIVO:	Evaluar el desempeño realizado para el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), verificando la integración de sus dimensiones, la gestión por procesos y riesgos y el cumplimiento de objetivos institucionales con el fin de fortalecer la mejora continua
RESPONSABLE DEL ÁREA	Leonardo Duarte Díaz (Líder Gestión Integrada de la Calidad)

ÍTEM		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	¿La ESE cuenta con un comité de MIPG? Adjunte Acto Administrativo y las actas de la presente vigencia	X			Se adjunta la resolución de Comité 177 2021 y las 2 actas de los comité 2026, acorde a la periodicidad definida para las sesiones
2	¿El Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizó las sesiones programadas durante la vigencia 2026 y efectuó seguimiento a los planes, **políticas de MIPG y resultados institucionales?** Adjuntar evidencias	X			Se adjuntan las Actas de comité 2026 publicadas en ALMERA y anexas en drive. En la del mes de enero se evidencia cierre a planes del Decreto 612 y se presentaron para aprobación y publicación los de la vigencia 2026, el acta del mes de junio 2026 contiene el seguimiento realizado a la ejecución d elos planes del decreto 612.
3	¿Dentro de la dimensión de direccionamiento estratégico y planeación, la ESE aplica la política de planeación institucional de MIPG? Adjunte la Política y el seguimiento de su cumplimiento	X			Existe la política de planeacion y a la cual se le hace seguimiento a través del informe d egestión, este informe se genera de manera trimestral con los resultados presentados de las direcciones y oficinas asesoras. Se anexa informe e cumplimiento de la política.
4	¿Para la formulación de los planes de acción, se tienen plenamente identificados los objetivos institucionales y las capacidades físicas, tecnológicas y humanas? Adjunte evidencias	X			Anteriormente se habalaba de plan deacccion en salud virtual tenia definidos los lineamientosd este la oficina planeación departamental, desde el 202 en adelante este toma el nombre de plan operativo anual - POA , se cuenta con POA para las sedes de Bogota y Zipaquira, el cual incluye las capacidades físicas, tecnológicas y humanas para su ejecución, adjuntos en el drive, con seguimiento a los 2 primeros trimestres 2026, la presentación de esto a la junta directiva junto a los acuerdos de aprobación y evaluación del POA 2026.
5	¿Se cuenta con los indicadores necesarios para verificar el cumplimiento de los objetivos, así como el alcance de los resultados proyectos en los planes de acción? Adjunte evidencias	X			En los POA dentro de su estructura s establecen ale metas de productos y sus respectivos indicadores para cada una de ellas, los cuales se evaluan trimestralmen te por la JD y la oficina d eplaneación departamental. Se anexan los POA de las sedes de Bogota, funcional y Regional
6	¿La ESE realiza la evaluación de desempeño y reporte a la gestión del FURAG? Adjunte evidencias	X			Si se realiza la evaluación de desempeño y reporte a la gestión del FURAG, Se tiene el reporte con los resultados obtenidos para vigencia 2025 se adjunta el power BI
9	¿Se cuenta con la Certificación de reporte anual de FURAG? Adjunte evidencias	X			Se adjunta certificado de reporte anual del FURAG vigencia 2025 rendido en 2026
	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PLAN OPERATIVO ANUAL "POA"				
10	¿Se cuenta con los actos administrativos de la aprobación de la evaluación del POA para la vigencia inmediatamente anterior 2025? Adjunte evidencias	X			En el (Acuerdo 004 de 2026) se evaluó el Cierre POA 2025, mismo anexo en el drive
11	¿Se tiene los actos administrativos de la aprobación del POA para la vigencia actual 2026? Adjunte evidencias	X			En el Acuerdo 005 de 2026 Aprobación POA 2026, mismo anexo en el drive
12	¿Se realiza seguimiento al POA 2026? Adjunte evidencias	X			Se realizan los Seguimientos al POA 2026 de manera trimestral, acuerdo, evaluación y seguimiento de las sedes Bogota y Zipaquira
13	¿Los informes de seguimiento permiten identificar el porcentaje de cumplimiento de las actividades y metas programadas? Adjuntar evidencias	X			Seguimiento POA 2026, acuerdo, evaluación y seguimiento de las sedes Bogota y Zipaquira anexo en el drive
14	¿Cuando se presentan desviaciones en el cumplimiento del POA, se identifican las causas y se establecen acciones de mejora? Adjuntar evidencias	X			Se socializan los resultados del POA a la junta directiva y las metas que no se hagan cumplida con argumentadas solamente en el cierre de vigencia si las metas no se alcanzaron a cumplir se establecen las causa,s las cuales en su mayoria son externas a la gestión institucional, se anexa Evaluación POA y presentación a junta directiva.
15	¿Los resultados de la evaluación del POA son utilizados como insumo para la formulación y/o ajuste de la planeación de la siguiente vigencia?	X			Tomando como base la calificación alcanzada en cada una de las metas de producto durante la vigencia evaluada, los resultados obtenidos se establecen como línea base para la siguiente vigencia y constituyen el referente para la proyección de las metas del año inmediatamente siguiente. En el marco de la evaluación del POA por sedes, el resultado obtenido en la vigencia 2025 se establece como línea base para la formulación y proyección de las metas correspondientes a la vigencia 2026.
16	¿La ESE cuenta con los lineamientos para la gestión del riesgo, donde se define el tratamiento, el manejo y el seguimiento? Adjunte evidencias	X			Se cuenta con el Manual de Gestión de Riesgos publicado en ALMERA donde se incluye esta etapa. (Anexo manual, política y resolución de adopción de política)
17	Identifique cual de las siguientes herramientas e instrumentos técnicos han sido implementados en la ESE para la planeación institucional. Adjunte evidencias de cada uno	X			
	a. Guía de gestión por procesos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	X			Con base en la Guía de gestión por procesos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) definida por el DAFP, la institución documento el manual de gestión integral anexo en el drive
	b. Guía de orientaciones para promover la participación ciudadana en los procesos de diagnostico y planeación de la gestión pública	X			Con base en Guía de orientaciones para promover la participación ciudadana en los procesos de diagnostico y planeación de la gestión pública se tiene el plan de acción de la política pública de participación social publicado y aprobado por la Gerencia
	c. Guía de caracterización de ciudadanos, usuarios e interesados	X			Con base en la Guía de caracterización de ciudadanos, usuarios e interesados se tiene la caracterización de grupos de valor, documento anexo
	d. Guía para la implementación de la Ley de Transparencia	X			Con base en la Guía para la implementación de la Ley de Transparencia se creo un espacio en pagina web en el link de transparencia y acceso a la información con los planes del decreto 612, anexo el PAA, PDA
	e. Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión	X			Con base en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión la institución cuenta con el procedimiento de Control de indicadores y sus indicadores en ALMERA
	f. Orientaciones para promover la participación ciudadana en los procesos de diagnostico y planeación de la gestión pública	X			**Con respuesta en el inciso B**
	g. Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas	X			Se aplica la guía de Riesgos del DAFP actualmente en su versión 7 misma adaptada al Hospital en el manual de gestión integral de riesgos anexo al drive
	h. Estrategia para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	X			Con base en la Estrategia para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano es de precisar que en HUS tiene el programa de de Transparencia, mismo que en la actualización al PAAC, por tiene publicado en pagina web desde el 2025 se anexa PTEP y acta de comité, mismos que ha sido
	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PLAN DE GESTIÓN				
18	¿Se cuenta con el informe anual del Plan de Gestión de la vigencia inmediatamente anterior 2025?	X			Se definió el plan de gestión para la vigencia 2024 2027 en el marco de lo definido en la resolucion 710 de 2012 710 de 2012 y 400 de 2016 , asuvez de manera anual se realiza la evaluación del cumplimiento del plan de gestión con los 33 indicadores definidos en la 400 de 2016. Se realizo la evaluacion del plan de gestion de la gerencia con base en lo definido en la Resolución 400 de 2016 (esto fue evaluado por la JD segun acuerdo 016 del 22 de abril 2026, anexo en el drive).
17	¿El Plan de Gestión cuenta con los indicadores y estandares por áreas de gestión de acuerdo a la resolución 400 de 2016 del Ministerio de Salud	X			Se estableció el plan de gestión segun el nivel de complejidad el cual tiene 33 indicadores repartidos en las 3 areas (descritos en a, b y c) (Anexo en el drive los indicadores).
	a. Dirección y Gerencia (7 Indicadores)	X			
	b. Financiera y Administrativa (7 Indicadores)	X			
	c. Gestión Clínica o Asistencial (19 Indicadores)	X			
19	¿La medición del Plan de Gestión se realiza de acuerdo al instrumento y matriz para calificación propuesto por el ministerio de salud en la resolución 400 de 2016? Adjunte evidencias	X			Se anexa la matriz de calificación de la Resolución 400, junto al acuerdo pertinente.
19	¿Los resultados de las evaluaciones realizadas son analizados y socializados con las instancias o responsables correspondientes para apoyar la toma de decisiones? Adjuntar evidencias.	X			Se anexa el acuerdo de junta pertinente
20	¿A partir de los resultados de las evaluaciones se definen, cuando corresponde, acciones de mejoramiento, ajustes a planes, metas, actividades o estrategias institucionales? Adjuntar evidencias.	X			Con base en el resultado (4,8) no se hizo necesario realizar plan de mejoramiento porque se encuentra en un nivel satisfactorio se anexa el acuerdo de junta

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PLAN DE ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO						
21	¿La ESE cuenta con el Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano? Adjunte evidencias	X			Es de precisar que el HUS tiene el programa de Ite Transparencia, mismo que se la actualización al PAAC, y se tiene publicado en pagina web desde el 2025 se anexa PTEP publicado en pagina web https://www.hus.org.co/plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/ y acta de comité de riesgos enero 2026	
22	¿La ESE cuenta para la vigencia 2026 con el instrumento vigente correspondiente al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)? Adjuntar evidencias	X			Es de precisar que el HUS tiene el programa de Ite Transparencia, mismo que se la actualización al PAAC, y se tiene publicado en pagina web desde el 2025 se anexa PTEP publicado en pagina web https://www.hus.org.co/plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/ y acta de comité de riesgos enero 2027	
23	¿Se realiza seguimiento periódico al PAAC? Adjunte evidencias	X			Se realizo seguimiento al cumplimeitno en el mes de enero 2026 junto con el cierre de gestion de los planes del HUS 2025 y se realizo el seguimeitno correspondiente a PTEP en el comite de gestion y desempeño del mes de ajunto anexa a este.	
ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA RENCIÓN DE CIENTAS						
26	¿Se cuenta con el informe de la Rendición de Cuentas de la vigencia inmediatamente anterior? Adjunte evidencias	X			Se anexa informe de rendición de cuentas mismo publicado en la pagina web https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/	
27	¿La ESE cuenta con una estrategia de rendición de cuentas para la vigencia correspondiente? Adjuntar evidencias	X			Se anexan resolución, reglamen to y pantallazo d ela information de rendicion de cuentas 2025 publicada en pagina web	
28	¿Se realizó la respectiva Audiencia de Rendición de Cuentas de la vigencia inmediatamente anterior? Adjunte evidencias	X			Se anexa información adicional, pantallazo de lo que se encuentra en pagina web frente a rendicion de cuenats 2025 para consulta de las partes interesadas	
29	¿Se realiza evaluación del ejercicio de rendición de cuentas y se identifican oportunidades de mejora para la siguiente vigencia? Adjuntar evidencias	X			Se anexa informe de monitoreo riesgos SIGRIP el cual incluye observación frente a la rendición de cuentas	
30	¿Se tiene el reporte de la Rendición de Cuentas de la vigencia inmediatamente anterior a la Supersalud? Adjunte evidencias	X			Se anexa el informe ST180	
31	¿Se publicó el informe de la Rendición de Cuentas en la página Web del Hospital? Adjunte evidencias	X			Anexo archivo de rendición de cuentas de la vigencia 2025 y lo que se encuentra en la pagina web publicado	
32	¿Se cuenta con el Plan de Rendición de Cuentas de la vigencia actual? Adjunte evidencias	X			Se desarrollaron las etapas para la rendición de cuentas y su cumplimiento se encuentra en la pagina web del HUS se anexa pantallazo	
33	¿Se realizó la convocatoria a la ciudadanía y stakeholders para la participación en la Rendición de Cuentas de la vigencia actual? Adjunte evidencias	X			Se público en la pagina web y redes sociales la information para el ejercicio de rendición de cuentas (fecha, hora y lugar de desarrollo) y canales de transmisión publica (youtube y facebook)	
34	¿El área de planeacion y calidad identifica y caracteriza los grupos de valor que participan en los ejercicios de rendición de cuentas? Ajuntar evidencias	X			Se cuenta con la caracterización de los grupos de valor anexo en el drive	
35	¿El área de planeacion y calidad dispone mecanismos para facilitar la participación ciudadana y el diálogo con los grupos de valor? Adjuntar evidencias				No se entiende la referencia para dar esta respuesta.	
SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO						
36	¿Cuenta con la evidencia y los soportes que demuestran que se está realizando seguimiento continuo a los riesgos propios del proceso y los riesgos de corrupción identificados en la matriz de riesgos institucionales 2025 y 2026? Adjunte evidencias	X			Enero 2025 y 2026 en Almera, en los comités de riesgos se socializan los riesgos materializados, de igual manera cuatrimestralmente se presenta el informe de monitoreo de riesgos SICOF 2025 y SIGRIP 2026 a la Oficina de Control Interno	

¿El PAAC cuenta con los siguientes componentes descritos por el DAFP para su metodología evaluación?		X				
24	a. Mapa de Riesgo de Corrupción	X			No se denominan Riesgos de corrupción ya que con el ajuste de la guia de riesgos versión 7 son Riesgos SIGRIP (Sistema de riesgos de Integridad Publica) mismos que contemplan corrupción, en la pagina web se encuentran las 2 versiones de 2026 con su actualización pertinente, anexo versión 2, 4 e igual manera en el PTEP. CATEGORIA 1 ADMINISTRACION DE RIESGOS ACCION ESTRATEGICA 1.1 GESTION DE RIESGOS PARA LA INTEGRIDAD PUBLICA anexo excel PTEP 2026	
	b. Racionalización de trámites	X			Frente a este desde la oficina d eplaneación se emitio el informe del SUIT con corte cemestral y se anexa junto a los pantallazos de lo consignado en el DAFP, de igual manera en en PTEP CATEGORIA 3 MODELO DE ESTADO ABIERTO ACCION ESTRATEGICA 3.1. ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA Y TRANSPARENCIA anexo excel PTEP 2026	
	c. Rendición de cuentas	X			Se anexa rendicion de cuentas, presentación y pantallazo pagina web en el PTEP se cuenta con la ACCION ESTRATEGICA 3.2 DIALOGO Y CORRESPONSABILIDAD anexo excel PTEP 2026	
	d. Servicio al ciudadano	X			Se anexa informe de canal de denuncias, informe de poblacion vulnerable y emel PTEP se cuenta con ACCION ESTRATEGICA 2.1 REDES INTERNAS anexo excel PTEP 2026	
	e. Transparencia y acceso a la información	X			En la pagina web se cuenta con el ajustado de transparencia, el cuanal de enanciaa y en el PTEP se cuenta con la ACCION ESTRATEGICA 3.1. ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA Y TRANSPARENCIA anexo excel PTEP 2026	
	f. Código de ética o integridad	X			Se cuenta con el manual de integridad del HUS y se cuenta con la ACCION ESTRATEGICA 3.2. INTEGRIDAD PUBLICA Y CULTURA DE LA LEGALIDAD anexo excel PTEP 2026 y se anexa el manual de integridaD del HUS	
25	¿Los controles establecidos para los riesgos de corrupción se encuentran implementados y cuentan con evidencias de ejecución? Adjuntar evidencias	X			Acta de validación y definición de riesgos sigrip 2026 donde se revisaron los controles tambienalineados a guia de riesgos versión 7, correo de citación a sesiones	