

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI – E.S.E

**INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA
DE CONTROL INTERNO
SEGUNDO SEMESTRE 2025**

Elaborado por:
MAGDA YURANY TRILLERAS YARA
Asesora de Control Interno USI E.S.E

Fecha de reporte:
31 de diciembre de 2025

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 2106 de 2019, que establece la obligación de realizar y publicar la evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, se elabora el presente informe correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2025.

La evaluación independiente constituye una herramienta fundamental para verificar la efectividad, eficiencia y adecuación del Sistema de Control Interno, así como para identificar oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento de la gestión institucional, al cumplimiento de los objetivos estratégicos y a la adecuada administración de los riesgos.

El presente informe refleja el análisis efectuado sobre los componentes del Sistema de Control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué USI E.S.E., de acuerdo con los lineamientos y formato emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, de conformidad con el marco normativo vigente, y sirve como insumo para la toma de decisiones por parte de la alta dirección y demás partes interesadas.

OBJETIVO

Evaluar de manera independiente el estado, funcionamiento y nivel de cumplimiento del Sistema de Control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué USI – E.S.E. durante el segundo semestre de 2025, a través del formato “informe Sistema de Control Interno parametrizado” emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el fin de determinar el nivel de cumplimiento y estado de cada componente y de todo el sistema, que permitan identificar las oportunidades de mejora para fortalecer los procesos institucionales.

ALCANCE

El presente informe corresponde al cumplimiento del Sistema de Control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué, respecto a los cinco componentes que estructuran el Modelo Estándar de Control Interno: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Monitoreo, con relación al segundo semestre de 2025.

MARCO NORMATIVO

NORMA	DESCRIPCIÓN
LEY 87 DE 1993	<p>Artículo 2, literal b, el cual establece “Garantizar la eficiencia, la eficacia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional”.</p> <p>Artículo 12 “Funciones de los auditores internos”.</p>
DECRETO 2106 DE 2019	<p>ARTÍCULO 156. Reportes del responsable de control interno. El artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 14. Reportes del responsable de control interno. El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, en una entidad de la Rama Ejecutiva del orden nacional será un servidor público de libre nombramiento y remoción, designado por el Presidente de la República.</p> <p>Este servidor público, sin perjuicio de las demás obligaciones legales, deberá reportar a los organismos de control los posibles actos de corrupción e irregularidades que haya encontrado en ejercicio de sus funciones.</p> <p><u>El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.</u></p> <p><u>En aquellas entidades que no dispongan de sitio web, los informes a que hace referencia el presente artículo deberán publicarse en medios de fácil acceso a la ciudadanía.</u> (Subrayado fuera de texto)</p> <p>Los informes de los funcionarios del control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten.</p>
CIRCULAR EXTERNA 100-	<p>Precisa las fechas de publicación del informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control</p>

**006 DEL 19 DE
DICIEMBRE DE
2019**

interno que debe hacer el jefe de control interno o quien haga sus veces, de la siguiente manera:

Fechas de Corte	Fechas de Publicación
1 de enero a 30 junio de cada vigencia	1 de julio a 31 de diciembre de cada vigencia
30 de julio de cada vigencia	31 de enero de la siguiente vigencia

METODOLOGÍA

Para la realización del informe se tomó la herramienta, el Formato Informe Semestral Sistema de Control Interno, emitido por el Departamento Administrativo de la Función pública, para evaluar los Sistemas de Control Interno de manera integral y determinar el porcentaje de implementación de la 7ª dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Luego, se procedió al diligenciamiento del formato teniendo en cuenta el instructivo, donde brinda orientaciones generales del archivo, finalmente se analizaron los resultados y se registraron las conclusiones sobre la evaluación del Sistema de control Interno.

DESARROLLO

1. Dimensión Control Interno

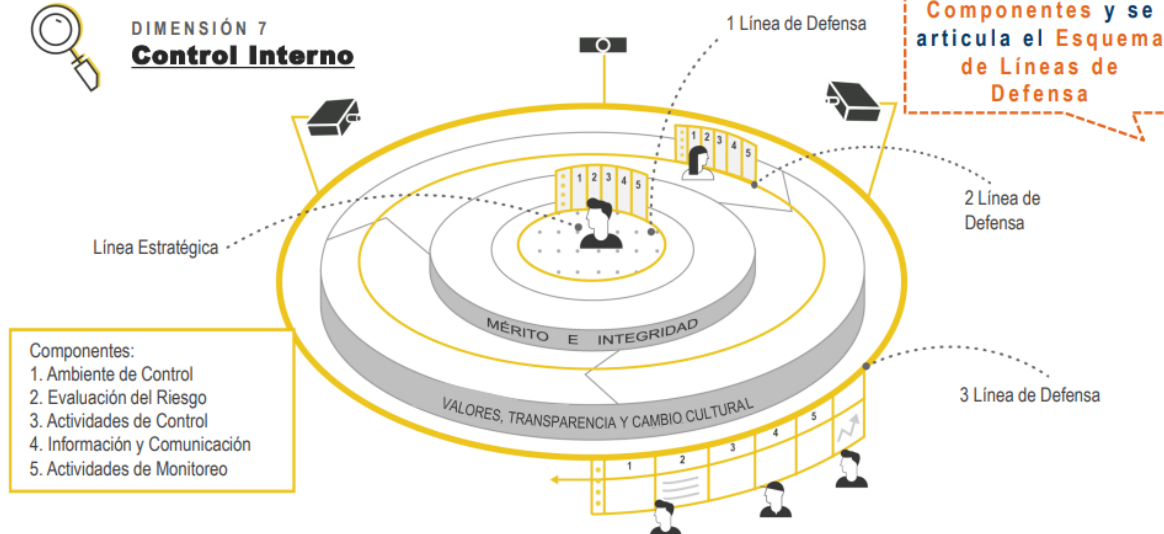
El propósito de esta dimensión es suministrar una serie de lineamientos y buenas prácticas en materia de control interno, cuya implementación debe conducir a las entidades públicas a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

Con esta dimensión, y la implementación de la política que la integra, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”.

El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.



DIMENSIÓN 7
Control Interno



Fuente: Departamento Administrativo de la Función pública – DAFP

2. Política de Control Interno.

El propósito de esta política es permitir a las entidades contar con acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. Con la implementación de esta política, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”.

Para la implementación de esta política se cuenta con el Modelo Estándar de Control Interno MECI, herramienta que proporciona una estructura de control a la gestión, la cual especifica los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).

Para ello, las entidades, en términos generales deberán diseñar y mantener la estructura del MECI a través de sus cinco componentes i) Ambiente de Control; ii) Evaluación del Riesgo; iii) Actividades de Control; iv) Información y Comunicación; v) Actividades de Monitoreo. Así mismo, es necesario asignar las responsabilidades en la materia, a cada uno de los servidores, acorde con el esquema de las líneas de defensa.

Para la implementación de esta política, se deben considerar los siguientes lineamientos:

Primero: Asegurar un ambiente de Control. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en las siguientes materias: La integridad (valores) y principios del servicio público; asignación de la responsabilidad y autoridad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de reporte; definición de una planeación estratégica, responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento; una gestión del talento humano con carácter estratégico y con un despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público.

Segundo: Asegurar la gestión del riesgo en la entidad. Esto se logra con un ejercicio liderado por el Representante Legal y todo su equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, para identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

Tercero: Diseñar y llevar a cabo las actividades de control del riesgo en la entidad. En este componente se diseñan e implementan controles, esto es, los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, con el fin de mitigar los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Se involucra la implementación de políticas de operación, procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.

Cuarto: Efectuar el control a la información y la comunicación organizacional. Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

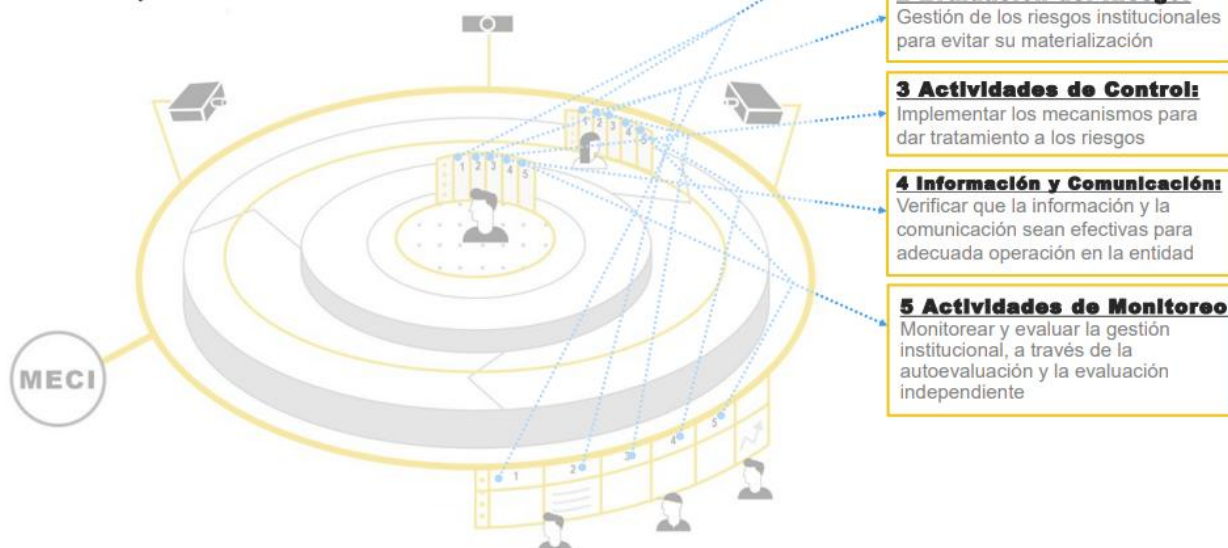
Quinto: Implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad. En este componente confluyen las actividades en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.

Componentes MECI



DIMENSIÓN 7

Control Interno



Fuente: Departamento Administrativo de la Función pública - DAFP

3. Evaluación Integral del Sistema de Control Interno

El objetivo del formato es adelantar un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, éste último aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

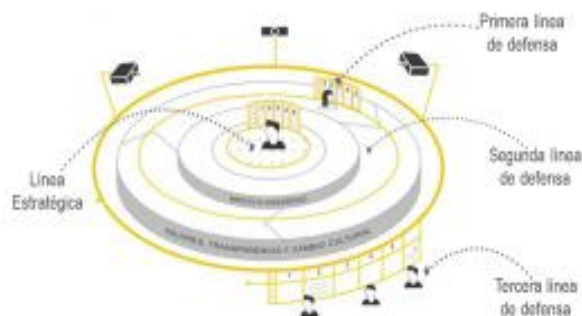
El formato permite determinar si el SCI está: PRESENTE y FUNCIONANDO



Implementación de las políticas de Gestión y Desempeño contenidas en MIPG, le permiten a la entidad establecer su **estructura para la gestión y adecuada operación**, dentro de la cual **se encuentran inmersos los controles**.



Presente



El MECI a través de sus 5 componentes permitirán a la entidad **establecer la efectividad de los controles** diseñados desde la estructura del MIPG.



Funcionando

4. Estructura del Formato

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SISTEMA DE CONTROL INTERNO (instrucciones para su diligenciamiento)															
<p>Teniendo en cuenta que con la expedición del Decreto 1489 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1063 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015", se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, modelo que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la 7a dimensión del mismo. Esta estructura requiere de un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, este último, aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior y dada la necesidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, el presente formato busca que las entidades cuenten con una herramienta para evaluar sus Sistemas de Control Interno de manera integral y permitirle al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces llevar a cabo el informe de evaluación independiente sobre el mismo para su publicación cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad.</p> <p>Orientaciones Generales</p> <p>El archivo contiene las siguientes hojas:</p> <p>Pestañas por cada uno de los componentes de control interno: "Ambiente de Control", "Evaluación de riesgos", "Actividades de control", "Información y Comunicación", y "Actividades de Monitoreo", las cuales cuentan todas con la siguiente estructura:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Columna</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lineamiento X</td> <td>Esta columna define los lineamientos generales para cada uno de los componentes del MECI y se asocian los temas específicos que se deben analizar en cada uno.</td> </tr> <tr> <td>Instructivo</td> <td>Definiciones</td> </tr> <tr> <td>Ambiente de Control</td> <td>Evaluación de riesgos</td> </tr> <tr> <td>Actividades de control</td> <td>Info y Comunicación</td> </tr> <tr> <td>Monitoreo - Supervisión</td> <td>Análisis de Resultados</td> </tr> <tr> <td>Conclusiones</td> <td>Conclusiones</td> </tr> </tbody> </table> <p>Instructivo Hoja 1 Definiciones Básicas Hoja 2 Evaluación para cada Componente MECI Hojas 3 a la 7 Análisis de Resultados Hoja 8 Conclusiones Informe Final Hoja 9</p>		Columna	Descripción	Lineamiento X	Esta columna define los lineamientos generales para cada uno de los componentes del MECI y se asocian los temas específicos que se deben analizar en cada uno.	Instructivo	Definiciones	Ambiente de Control	Evaluación de riesgos	Actividades de control	Info y Comunicación	Monitoreo - Supervisión	Análisis de Resultados	Conclusiones	Conclusiones
Columna	Descripción														
Lineamiento X	Esta columna define los lineamientos generales para cada uno de los componentes del MECI y se asocian los temas específicos que se deben analizar en cada uno.														
Instructivo	Definiciones														
Ambiente de Control	Evaluación de riesgos														
Actividades de control	Info y Comunicación														
Monitoreo - Supervisión	Análisis de Resultados														
Conclusiones	Conclusiones														

Función Pública

Calificaciones aplicables por Componente

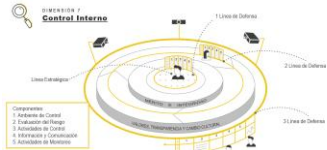
Columna	Descripción
Lineamiento X:	Esta columna define los lineamientos generales para cada uno de los componentes del MECI y se asocian los temas específicos que se deben analizar en cada uno.
DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	En esta columna se deben asociar la (las) dimensión (es), así como la (s) política (s) de gestión y desempeño que permiten el desarrollo del tema en la entidad, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
Evaluación "si se encuentra Presente" Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Indicar el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta. De acuerdo con lo identificado como resultado de la evaluación del requerimiento, seleccione de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con las siguientes definiciones: 1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento. 2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas 3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento. Nota: Entiendase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), propósito (objetivo). Como se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia (documentación).
EVIDENCIA DEL CONTROL	Relaciona el consecutivo de las evidencias que se identifican en relación con la efectividad del control. Indicar las acciones que se han adelantado para evaluar el estado del Sistema de Control Interno en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Acciones entendidas a las modificaciones, actualizaciones y actividades de fortalecimiento del sistema a partir de la normatividad vigente.
Evaluación "si se encuentra Funcionando"	Indicar las acciones que se han adelantado en el marco de la evaluación independiente (auditoría interna), sobre el estado del Sistema de Control Interno. Acciones entendidas en la evaluación y monitoreo de la efectividad del control, incluyendo el seguimiento a los controles de la primera y segunda línea de defensa. Seleccíon de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con los siguientes criterios y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno así: 1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado) 2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias 3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

RESULTADO

En la hoja de conclusiones, se establece de forma global el estado del Sistema de Control Interno de la entidad evaluada (se define un % de avance). Además, establece para cada uno de los componentes si se encuentran PRESENTES y FUNCIONADO, con su % de avance.

A continuación, se ilustra el resultado de la evaluación de Estado del Sistema de control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué USI E.S.E. a diciembre de 2025.

Nombre de la Entidad:	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ - USI E.S.E
Periodo Evaluado:	DEL 01 DE JULIO DE 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

66%

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):	En proceso	De acuerdo con la evaluación de los cinco componentes de la Dimensión 7 "Control Interno" del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, correspondiente a la estructura del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), y con base en el análisis de los resultados del FURAG, los informes de seguimiento y las evaluaciones independientes de la Oficina de Control Interno, así como las evidencias de cumplimiento de los distintos lineamientos, se determina que no todos los componentes están operando de manera adecuada e integrada. El índice de la política de control interno según el FURAG 2024 disminuyó con respecto a 2023; no obstante, durante la vigencia 2025 se evidencian algunos avances que contribuyen a la mejora del estado del Sistema de Control Interno (SCI), los cuales fueron tenidos en cuenta en su evaluación y permitirán mejorar la calificación de la dimensión en el FURAG 2025. Sin embargo, aún persisten aspectos que deben continuar fortaleciéndose, los cuales se relacionan en las debilidades de cada componente.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué – USI E.S.E, presenta avances en su efectividad, en tanto que en las evaluaciones correspondientes al primer y segundo semestre de 2025 se evidencia un aumento en el puntaje frente al obtenido al cierre de la vigencia 2024. Sin embargo, dichos resultados aún no son suficientes para alcanzar un nivel satisfactorio de madurez del sistema. Si bien durante la Vigencia 2025 se han adelantado acciones orientadas a fortalecer el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control y el monitoreo, estas deben consolidarse y articularse de manera integral para garantizar su sostenibilidad y efectividad. En consecuencia, resulta necesario continuar y profundizar la implementación de la política de control interno, con el fin de avanzar hacia el cumplimiento del objetivo del MPG de "desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua".
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	Mediante la Resolución 435 de 2018 se adoptó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MPG, el cual contempla, entre otras, la dimensión y la política de gestión y desempeño de "Control Interno". Así mismo, dicha resolución establece los roles y responsabilidades para la implementación del MPG y define, dentro de la institucionalidad del modelo, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Este comité fue creado mediante la Resolución 434 de 2018 y modificado mediante la Resolución 091 de 2025, y actúa como órgano de asesoría y decisión en los asuntos relacionados con el control interno de la USI E.S.E. No obstante, aunque no se encuentran documentadas formalmente las líneas de defensa del MECI ni el esquema de responsabilidades frente al Sistema de Control Interno, estos han sido socializados a través de comités internos y procesos de capacitación, y se evidencia su funcionamiento en la práctica mediante la gestión estratégica, operativa y la evaluación independiente.

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	65%	DEBILIDADES: <ul style="list-style-type: none">- No se cuenta con una oficina o encargado de control interno disciplinario, por lo cual no se están adelantando procesos disciplinarios frente a quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad.- No se tiene documentado el manejo de conflicto de interés dentro de la política de integridad.- Falta de desarrollo de estrategias de difusión del Código de Integridad, donde se fortalezca la apropiación de este.- Falta de mecanismos sistemáticos para evaluar el desempeño y la integridad del personal.- No se cuenta con una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.- Se tiene definida y documentada la política de administración de riesgos, pero requiere ser actualizada conforme a los lineamientos de la guía expedida por Función Pública y fortalecer su aplicación por parte de los procesos y grupos de trabajo de la entidad.- Falta de consolidación y evaluación de actividades relacionadas con el ingreso, permanencia y retiro del personal, así como del impacto del Plan Institucional de Capacitación – PIC.- Debilidad en la continuidad del Programa de Seguridad del Paciente, así como en el seguimiento y la evaluación de los riesgos asociados.- No se cuenta con un documento formal del Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP, aprobado por la alta dirección. Esta formulado y se encuentra en la etapa de validación. FORTALEZAS: <ul style="list-style-type: none">- Se cuenta con un Comité de Convivencia laboral como mecanismo para el manejo de conflictos- Se tiene adoptado el código de integridad del servicio público en la USI ESE (Res 494 de 2019)- Se cuenta con un plan de seguridad y privacidad de la información GSI-SI-PR-001.- Se cuenta con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y una matriz institucional de riesgos, donde se encuentran identificados algunos de corrupción, al cual se le realizó monitoreo y seguimiento.- Se actualizó la conformación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Resolución 091 de 2025), y se han realizado jornadas de reunión.- Se cuenta con un Comité de Gestión y Desempeño activo, a través del cual se realiza seguimiento a la planeación estratégica y al cumplimiento de los planes institucionales. Sin embargo, falta mayor periodicidad en las sesiones.- Se cuenta con un Plan Estratégico de Talento Humano que contempla el ciclo de vida del servidor público: ingreso, desarrollo y retiro.- El Plan Anual de Auditoría y seguimiento vigencia 2025, fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	63%	DEBILIDADES: <ul style="list-style-type: none">- No se cuenta con una oficina o encargado de control interno disciplinario, por lo cual no se están adelantando procesos disciplinarios frente a quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad.- Falta estrategias de implementación del Código de Integridad, donde se desarrollen actividades que fortalezcan la apropiación y/o adaptación al Código, como: divulgación y capacitación sobre el código, espacios para la reflexión y el diálogo sobre el ambiente y cultura organizacional, mecanismos de seguimiento y evaluación, entre otros.- Si bien se aplican algunos mecanismos para el manejo de conflicto de interés, no se encuentra documentado el proceder, de tal manera que el procedimiento sea claro.- No se cuenta con una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos de los valores institucionales.- Se tienen definidos los roles y responsabilidades frente a la implementación del MPG (Resolución 435 de 2018), pero no se tienen definidas y documentadas las líneas de defensa del Sistema de Control Interno.- Se tiene definida y documentada la política de administración de riesgos, pero requiere ser actualizada conforme a los lineamientos de la guía expedida por función Pública y fortalecer su aplicación por parte de los grupos de trabajo de la entidad.- Si bien se cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente, y los riesgos de este tipo se les da tratamiento según su propia metodología, se ha interrumpido la disponibilidad del líder de este programa y por tratarse de riesgos directamente relacionados con la prestación de los servicios de salud, debe tener un responsable constante. FORTALEZAS: <ul style="list-style-type: none">- Se cuenta con un Comité de Convivencia laboral- Se tiene adoptado el código de integridad del servicio público en la USI ESE (Res 494 de 2019)- Se cuenta con un plan de seguridad y privacidad de la información GSI-SI-PR-001.- Se cuenta con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y una matriz institucional de riesgos, donde se encuentran identificados algunos de corrupción, al cual se le realizó seguimiento.- Se actualizó la conformación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Resolución 091 de 2025), y se han realizado 4 jornadas de reunión (Acta 01 del 31/01/2025; Acta 02 del 30/05/2025, 13/06/2025 y 02/07/2025).- Se realiza gestión de riesgos del SG-SST, conforme a su propia metodología.- Se cuenta con un Comité de Gestión y Desempeño activo, a través del cual se realiza seguimiento a la planeación estratégica y al cumplimiento de los planes institucionales. Además, se analizan los reportes de gestión y finanzas.- Se cuenta con un Plan Estratégico de Talento Humano que contempla el ciclo de vida del servidor público: ingreso, desarrollo y retiro.- El Plan Anual de Auditoría y seguimiento vigencia 2025, fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	2%

Evaluación de riesgos	Si	62%	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se cuenta con un Plan de Desarrollo o Estratégico, debidamente aprobado y adoptado por la USI ESE. - Si bien se realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones y metas de los planes y programas institucionales, no se está documentando la evaluación periódica de los objetivos por parte de la Alta Dirección. - No se está midiendo los objetivos de los procesos, ya que la caracterización de estos se encuentra desactualizada, no están claramente definidos. - La política de administración de riesgos no se encuentra documentada, de acuerdo con los lineamientos emitidos por Función Pública en la última versión de la guía. - Si bien el alcance de la política de administración del riesgo en la USI ESE, define lineamientos para toda la entidad, no todos los procesos aplican la metodología, es decir, no se tienen mapa de riesgos por procesos; los riesgos más relevantes y que se encuentran en nivel alto y crítico conforman en mapa institucional de riesgo. - Si bien a través del monitoreo y seguimiento (2a y 3a línea de defensa) se identifican fallas o incumplimientos en los controles, no se está definiendo y documentando las acciones para su mejora. <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los planes institucionales, de Gestión y de Acción, se formulan y armonizan con los objetivos institucionales y operativos. - Se cuenta con una política de administración de riesgos adoptada. - Se formuló mapa institucional de riesgo en herramienta estructurada conforme a los lineamientos de la guía de Función Pública. - Se ha realizado monitoreo a la matriz de riesgos por parte de Planeación y seguimiento a los controles de esta por parte de la Oficina de Control Interno. - De acuerdo con el análisis del entorno, se definen los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción, por lo cual, en la matriz institucional se contemplan algunos riesgos de este tipo. 	62%	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se cuenta con un Plan de Desarrollo o Estratégico, aprobado por la Junta Directiva y adoptado por la USI ESE. - Si bien se realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones y metas de los planes y programas institucionales, no se está documentando la evaluación periódica de los objetivos por parte de la Alta Dirección. - La política de administración de riesgos no se encuentra documentada, de acuerdo a los lineamientos emitidos por Función Pública en la última versión de la guía. - Si bien el alcance de la política de administración del riesgo e la USI ESE, define lineamientos para toda la entidad, no todos los procesos aplican la metodología. - Si bien a través del monitoreo y seguimiento (2a y 3a línea de defensa) se identifican fallas o incumplimientos en los controles, no se está definiendo y documentando las acciones para su mejora. <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los planes institucionales, de Gestión y de Acción, se formulan y armonizan con los objetivos institucionales y operativos. - Se cuenta con una política de administración de riesgos adoptada. - Se formuló mapa institucional de riesgo en herramienta estructurada conforme a los lineamientos de la guía de Función Pública. - Se ha realizado monitoreo a la matriz de riesgos por parte de Planeación y seguimiento a los controles de la misma por parte de la Oficina de Control Interno. - De acuerdo al análisis del entorno, se definen los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción, por lo cual, en la matriz institucional se contemplan riesgos de este tipo. 	0%
Actividades de control	Si	75%	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se han identificado situaciones donde no es posible segregar funciones por falta de personal, para la ejecución de actividades de control frente a riesgos identificados. - Si bien se evalúan los controles de algunos procesos, no se están documentando los planes de mejoramiento, dejando evidencia de las acciones correctivas y de mejora que se han emprendido. - El monitoreo de los riesgos por parte de los líderes de proceso no es periódico, presentan evidencia de la ejecución de los controles con previa solicitud de planeación y control interno, para el respectivo monitoreo y seguimiento. - No se aplica de manera sistemática, la metodología de la política de administración de riesgos. - Algunos procedimientos de los procesos, no se encuentran actualizados ni documentados. - Lo cual dificulta la estandarización de las actividades y la aplicación uniforme de controles, además aumenta el riesgo de errores o reprocesos. <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las actividades de control se encuentran desagregadas en los líderes de procesos, programas y servicios, así como en control interno. - Los otros sistemas de gestión como el SOGCS se integra con la estructura de control de la USI ESE. - Se tiene establecidas actividades de control sobre la infraestructura tecnológica, por ello, se cuenta con una política y plan de seguridad y privacidad de la información, donde se desarrollan acciones de mitigación, como: controles de acceso, autenticación robusta, programas antivirus, copias de seguridad periódicas, educación al personal sobre la prevención, etc. - En el plan de seguridad y privacidad de la información, se tienen establecidos los roles y las responsabilidades. - La 3a línea de defensa suministra información de los controles de los riesgos de seguridad de la información producto del seguimiento de la matriz de riesgos y evaluación de la implementación y efectividad de los controles. 	75%	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se han identificado situaciones donde no es posible segregar funciones por falta de personal, para la ejecución de actividades de control frente a riesgos identificados. - Si bien se evalúan los controles de los procesos a través de seguimiento y auditorías internas (de gestión, de calidad, concurrentes y de cuentas médicas), no se están documentando los planes de mejoramiento, dejando evidencia de las acciones correctivas y de mejora que se han emprendido. - El monitoreo de los riesgos por parte de los líderes de proceso no es periódico, presentan evidencia de la ejecución de los controles con previa solicitud de planeación y control interno, para el respectivo monitoreo y seguimiento. - No se aplica de manera sistemática, la metodología de la política de administración de riesgos. <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las actividades de control se encuentran desagregadas en los líderes de procesos, programas y servicios, así como en control interno. - Los otros sistemas de gestión como el SOGCS se integra con la estructura de control de la USI ESE. - Se tiene establecidas actividades de control sobre la infraestructura tecnológica, por ello, se cuenta con una política y plan de seguridad y privacidad de la información, donde se desarrollan acciones de mitigación, como: controles de acceso, autenticación robusta, programas antivirus, copias de seguridad periódicas, educación al personal sobre la prevención, etc. - En el plan de seguridad y privacidad de la información, se tienen establecidos los roles y las responsabilidades. - La 3a línea de defensa suministra información de los controles de los riesgos de seguridad de la información producto del seguimiento de la matriz de riesgos y evaluación de la implementación y efectividad de los controles. 	0%
Información y comunicación	Si	61%	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tablas de Valoración Documental y Tablas de Retención Documental, se encuentran aprobadas en primera instancia por el Comité Interno de Archivo, pero aún no han sido aprobadas en segunda instancia por el Consejo Departamental de Archivos. Además, estas deben ajustarse nuevamente según cambios en la normatividad, en los procesos y de acuerdo con el resultado del proceso de modernización administrativa que se encuentra en curso. - Se cuenta con el proceso de Gestión de Sistemas de Información, Comunicación y TICs, pero no con un procedimiento para evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación. - Si bien se cuenta con una herramienta (ORFEO) para la correspondencia y se llevó a cabo capacitación sobre el manejo de esta, aún se presenta subutilización. - No se tiene caracterizados todos los usuarios o grupos de valor y éstos no se analiza periódicamente, es necesario tener en cuenta los lineamientos de la Guía de Caracterización de Usuarios del DNP, con el fin de identificar las características, necesidades, expectativas y preferencias. - La información no siempre es oportuna, completa o confiable. - Deficiencias en la comunicación transversal entre áreas. <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Entidad cuenta con el sistema denominado Dinámica Gerencial, a través del cual se procesan datos, se debe continuar fortaleciendo su uso en todos los módulos habilitados para garantizar su integridad. - Se cuenta con un inventario de información clasificada y reservada, sin embargo, requiere ser revisada y actualizada en caso de ser necesario. - Se cuenta con controles para la confidencialidad a través de cláusulas contractuales, la política de cifrado y protección de datos, la política de privacidad del paciente, entre otros. - El área de Atención al Usuario mide la percepción de los usuarios y presenta los resultados de la satisfacción global ante comités internos, donde es analizada. - Se cuenta con un Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR, así como con un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, y un Plan de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, debidamente aprobados. - Existen canales formales de comunicación interna. - Disponibilidad de información básica para la toma de decisiones operativas. 	57%	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tablas de Valoración Documental y Tablas de Retención Documental, se encuentran aprobadas en primera instancia por el Comité Interno de Archivo, pero aún no han sido aprobadas en segunda instancia por el Consejo Departamental de Archivos. Además, estas deben ajustarse nuevamente según cambios en la normatividad, en los procesos y de acuerdo al resultado del proceso de modernización administrativa que se encuentra en curso. - Se cuenta con canales de información, pero no se evalúa su efectividad. - Si bien se cuenta con un área responsable y una herramienta (ORFEO) para la correspondencia, se está subutilizando por falta de adherencia en su manejo. - No se tiene caracterizados todos los usuarios o grupos de valor y éstos no se analiza periódicamente, es necesario tener en cuenta los lineamientos de la Guía de Caracterización de Usuarios del DNP, con el fin de identificar las características, necesidades, expectativas y preferencias. <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Entidad cuenta con el sistema Dinamica, a través del cual se procesan datos, aún falta fortalecer el uso en todos los módulos habilitados para garantizar su integridad. - Se cuenta con un inventario de información clasificada y reservada, así como - Se cuenta con controles para la confidencialidad a través de cláusulas contractuales, la política de cifrado y protección de datos, la política de privacidad del paciente, entre otros. - El área de Atención al Usuario mide la percepción de los usuarios y presenta los resultados de la satisfacción global ante el Comité de Gestión y Desempeño, donde es analizada. - Se cuenta con un Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR, así como con un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, y un Plan de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, debidamente aprobados. - La página web es el canal masivo más utilizado para comunicar información institucional. 	4%

Monitoreo	Si	68%	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se está evaluando periódicamente los resultados de las evaluaciones independientes para concluir sobre la efectividad del Sistema de Control Interno e impacto en el logro de los objetivos. - La Entidad no cuenta con una política donde se establezca y se documente el proceder cuando se identifiquen deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo por parte de los líderes de áreas, procesos o programas (1a y 2a línea de defensa). - No se cuenta con planes de mejoramientos producto de autoevaluaciones y algunas auditorías concurrentes y de calidad (EPS). <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Plan Anual de Auditorías y Segimientos 2025, fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Acta 01 del 31/01/2025) y se ha realizado seguimiento a su ejecución por parte de dicha instancia. - La Oficina de Control interno realiza evaluaciones independientes según sus roles y conforme al plan anual de auditorías y segimientos aprobado; dentro de estos se realiza seguimiento a la matriz de riesgos en el que se evalúa a la ejecución y efectividad de los controles. - El encargado de Planeación realiza monitoreo al cumplimiento de planes institucionales (2a línea de defensa). - Dentro de la evaluación independientes se tiene en cuenta las evaluaciones de los organismos de control, de vigilancia y otros como una mirada independiente de las operaciones de la USI ESE. - La oficina de atención al usuario presenta mensualmente informe sobre las PQRSF ante el comité de PQRSF como instancia dentro del Comité de Gestión y Desempeño, donde se analizan los resultados. 	61%	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se está evaluando periódicamente los resultados de las evaluaciones independientes para concluir sobre la efectividad del Sistema de Control Interno e impacto en el logro de los objetivos. - La Entidad no cuenta con una política donde se establezca y se documente el proceder cuando se identifiquen deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo por parte de los líderes de áreas, procesos o programas (1a y 2a línea de defensa). - No se cuenta con planes de mejoramientos producto de autoevaluaciones y algunas auditorías internas: concurrentes y de calidad (EPS). <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Plan Anual de Auditorías y Segimientos 2025, fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Acta 01 del 31/01/2025) y se ha realizado seguimiento a su ejecución por parte de dicha instancia. - La Oficina de Control interno realiza evaluaciones independientes según sus roles y conforme al plan anual de auditorías y segimientos aprobado; dentro de estos se realiza seguimiento a la matriz de riesgos en el que se evalúa a la ejecución y efectividad de los controles. - EL encargado de Planeación realiza monitoreo al cumplimiento de planes institucionales (2a línea de defensa). - Dentro de la evaluación independientes se tiene en cuenta las evaluaciones de los organismos de control, de vigilancia y otros como una mirada independiente de las operaciones de la USI ESE. - La oficina de atención al usuario presenta mensualmente informe sobre las PQRSF ante el comité de PQRSF como instancia dentro del Comité de Gestión y Desempeño, donde se analizan los resultados. 	7%
-----------	----	-----	--	-----	--	----