

INFORME EJECUTIVO PORMENORIZADO INDEPENDIENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Cumplimiento LEY 1474 de 2011

1. INTRODUCCION:

En el marco de la evaluación independiente al Sistema de Control Interno, se comprobó que los cinco componentes del modelo (Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Monitoreo) se encuentran integrados y operativos. Como resultado, la matriz del DAFP registró un **71%** de cumplimiento para el primer semestre de 2026. No obstante, subsisten aspectos susceptibles de mejora que demandan el compromiso de los líderes de proceso para gestionar las acciones correctivas pertinentes y consolidar el control interno

2. OBJETIVO DEL INFORME

Presentar el resultado de la evaluación independiente al Sistema de Control Interno correspondiente al primer semestre de 2026, con el propósito de determinar la efectividad de los controles frente al desarrollo de las políticas del MIPG, así como su contribución a la mitigación de riesgos y al soporte en la toma de decisiones institucionales.

3. ALCANCE

El presente informe abarca el seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno durante el **primer semestre de 2026 (con corte al 30 de junio)**. La revisión contempla el análisis de la efectividad de la estructura de control y la verificación de los cinco (5) componentes del MECI definidos en la Dimensión de Control Interno del MIPG, en relación con la ejecución de las políticas de gestión y desempeño aplicables.

4. CRITERIOS DE LA EVALUACION O SEGUIMIENTO

- Constitución Política de Colombia de 1991 artículos 209 y 269.
- Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones".

- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”.
- Ley 1755 de 2015 “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”.
- Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.”.
- Decreto 648 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.”.
- Decreto 1499 2019 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 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.”.
Decreto 1083 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.”.
- Demás normatividad aplicable.

5. METODOLOGÍA La evaluación del Sistema de Control Interno se desarrolló mediante el análisis de sus cinco (5) componentes: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Monitoreo/Supervisión. Para determinar la efectividad de la estructura de control, se empleó la herramienta parametrizada del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) a través del *Formato Informe Sistema de Control Interno*.

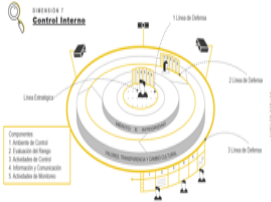
El proceso se ejecutó en dos fases:

1. **Consolidación:** Las dependencias responsables recopilaron y aportaron las evidencias documentales correspondientes a cada componente.
2. **Verificación:** La Oficina de Control Interno (OCI) validó la información suministrada para garantizar su veracidad, trazabilidad y confiabilidad, de acuerdo a información del semestre anterior, tomándolo como diagnóstico inicial.

6. RESULTADOS DEL EJERCICIO

La evaluación independiente del Sistema de Control Interno se realizó con base en los lineamientos del DAFP. Para su desarrollo, la Oficina de Control Interno (OCI) tomó como insumo la información consolidada por la Jefatura de Planeación, la cual fue requerida a las dependencias responsables de liderar las políticas de las dimensiones del MIPG. Con estos soportes y datos, la OCI procedió al análisis que se detalla en el presente informe.

A continuación, se presentan los resultados comparativos de la evaluación del Sistema de Control Interno, desglosados por cada uno de los componentes analizados. Este análisis tiene como objetivo identificar variaciones en el desempeño, fortalezas y oportunidades de mejora en cada área, permitiendo así una visión integral de la evolución del sistema a lo largo del 2026.

Nombre de la Entidad		ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA "HOMERIS"	
Periodo Evaluado		1o de enero a junio 30 de 2026	
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad	71%
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	La evaluación del primer semestre de la vigencia 2026 muestra avances muy significativos en la implementación de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en la entidad. Las calificaciones obtenidas reflejan este progreso: Monitoreo: 83%, Actividades de Control: 71%, Información y Comunicación: 71%, Ambiente de Control: 68%, Evaluación del Riesgo: 58%. Estos resultados evidencian un giro positivo y crucial en la gestión del riesgo, un área que anteriormente no registraba cambios. Este avance se debe directamente al liderazgo y empoderamiento del equipo y la Alta Dirección, que ha asumido un rol activo en la construcción, establecimiento de controles y seguimiento constante de los riesgos institucionales. La consistencia en estos porcentajes confirma el compromiso real y permanente del equipo directivo con la mejora continua de la entidad.	
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La efectividad del sistema de control interno se ha convertido en el motor de cambio para evaluar y alcanzar los objetivos del Hospital. Este giro positivo se evidencia en la adopción de nuevas metodologías, la actualización de políticas, procesos y procedimientos, y el fortalecimiento de las líneas de defensa en sus roles de seguimiento y control, tal como se definió en los planes de acción y en el plan estratégico. Estas mejoras, lideradas por la Alta Dirección, han transformado los roles de los diferentes actores que integran el sistema. Asimismo, el inicio del proceso de acreditación institucional se suma a estos esfuerzos, consolidando un control efectivo que impulsa el cumplimiento de las metas de la entidad.	
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	El sistema de control interno del Hospital ha venido fortaleciéndose a nivel institucional, especialmente en la definición e identificación de sus líneas de defensa. Actualmente, la entidad cuenta con políticas, manuales y directrices claras que estructuran el sistema, lo que garantiza que la toma de decisiones en materia de control esté respaldada por un marco sólido que todos los actores identifican y ejecutan correctamente. Es importante destacar que el proceso de acreditación que adelanta el Hospital ha aportado un valor significativo a esta dinámica, alineándose perfectamente con la estructura del sistema de control interno y potenciando su efectividad.	

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
Ambiente de control	Si	68%	Para superar estas limitaciones y garantizar el cumplimiento normativo, se deben abordar de manera prioritaria las siguientes acciones: • Transparencia y lucha contra la corrupción: Implementar de manera coordinada y capacitar al personal en el nuevo Plan de Transparencia y Ética Pública, garantizando el estricto cumplimiento de la Ley 2013 de 2013 sobre la declaración de bienes, rentas y conflicto de intereses. • Gestión del riesgo: Socializar activamente la política de administración de riesgos y el modelo de líneas de defensa para empoderar a los líderes de proceso en sus roles de control y monitoreo. • Gestión del Talento Humano: Diseñar e implementar el programa de desvinculación asistida para los servidores públicos. Fortalecer los procesos de evaluación del desempeño laboral. Garantizar la actualización oportuna y completa de la información en el SIGEP, asegurando el cumplimiento de las exigencias de ley.	63%	Se documentan procesos y procedimientos, procesos de planeación (planes de acción y plan estratégico), políticas sistema de riesgos, mapa de riesgos, pamec, y actuaciones y ejecuciones en el proyectos de acreditación, pero muchos de esos procesos implementados se necesitan que sean socializados como en su primera fase, todavía hay algunos que falta socializarlos, otros vienen en procesos de ejecución pero en forma muy lenta entre otros pero no son efectivos dado que no son socializados y muchas veces se quedan solo en el papel. Se debe ejecutar y capacitar frente al tema del nuevo plan de transparencia y ética pública. Dar cumplimiento a los lineamientos de la Ley 2013 de 2013 sobre conflicto de intereses Socializar política de administración de riesgos y Líneas de defensa para empoderar a cada uno de los líderes responsables de procesos. Carencia de programa de desvinculación asistida a funcionarios y algunos tienen talento humano que falta fortalecerlos (evaluaciones de desempeño, información subida al sigep para dar cumplimiento a la normatividad).
Evaluación de riesgos	Si	56%	A pesar del compromiso demostrado por la Gerencia durante la presente vigencia, se identifican las siguientes oportunidades de mejora y necesidades de fortalecimiento institucional: • Empoderamiento en la gestión del riesgo: Se requiere una participación más activa y directa de la alta dirección en la construcción, actualización y seguimiento continuo de los mapas de riesgos institucionales, asegurando que la gestión del riesgo sea un eje central en la toma de decisiones. • Articulación de las Líneas de Defensa: Es necesario aumentar la exigencia al equipo de colaboradores mediante el establecimiento de mecanismos de control que garanticen el cumplimiento efectivo de los roles asignados por ley a la primera y segunda línea de defensa. • Oportunidad en el reporte de información: Se evidencia una falta de oportunidad en la entrega de los soportes y reportes sobre el avance de los planes de acción de cada área, lo que limita la capacidad de realizar un monitoreo en tiempo real sobre el cumplimiento de las metas institucionales.	50%	Falta de monitoreo de los riesgos por parte del nivel directivo Se requiere que la alta dirección se empodere de la construcción y seguimiento a los riesgos que se presentan al interior de la entidad. Falta poner en marcha los mecanismos para que la 1a y 2a línea de defensa cumplan con los roles que la ley les asigna. Falta de compromiso en la entrega oportuna de información relacionada con el avance en el cumplimiento de los planes de acción de cada área
Actividades de control	Si	71%	Aunque se nota el avance, para consolidar la gestión del riesgo en la entidad, se deben atender de manera prioritaria las siguientes acciones: • Continuidad y claridad en los controles: Es imperativo mantener y aplicar de forma rigurosa los controles ya establecidos, asegurando que estén claramente definidos tanto en las políticas institucionales como en las guías de los procesos y procedimientos. • Compromiso en la supervisión: Se requiere un mayor empoderamiento y compromiso por parte del nivel directivo y los líderes de proceso para verificar de manera periódica la existencia, aplicación y efectividad de los controles asignados a cada una de sus áreas.	67%	Se deben seguir colocando en marcha los controles, claros y bien definidos que se encuentran en las políticas y así mismo en los procesos y procedimientos frente a la gestión del riesgo en la entidad. Se requiere mayor compromiso por parte del nivel directivo y líderes de proceso para verificar la existencia de los controles establecidos en cada proceso

Información y comunicación	Si	71%	Para optimizar la gestión de la información en el Hospital, es necesario avanzar en las siguientes acciones estratégicas: •Optimización de la comunicación externa: La entidad debe desarrollar e implementar mecanismos que garanticen un flujo de información bidireccional y oportuno, optimizando la relación, el reporte y la atención a los diferentes entes de control y vigilancia. •Articulación con el PETI: aun no se evidencia puesta en marcha de la recomendación pasada, se deben integrar de manera efectiva las directrices del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI) para modernizar y dar soporte técnico a los canales de comunicación internos y externos. •Gestión integral del proceso: Es prioritario trascender el cumplimiento operativo de contar con un profesional contratado para estas tareas. Se requiere estructurar un proceso integral y transversal de comunicación e información que conecte de manera efectiva a todas las áreas del Hospital, optimizar el uso de la página web, no la alimentan constantemente y presenta varias deficiencias de consulta.	96%	La entidad debe desarrollar aún más mecanismos de información y comunicación que permitan el verdadero flujo de la información externa y la relación con los diferentes entes externos de control y vigilancia. Debe también considerar elementos del PETI en función de mejorar los procesos de información y comunicación de la entidad, no solamente se cumple con tener un profesional contratado para cumplir esas funciones, falta dar integralidad a los procesos de comunicación e información del hospital.
Monitoreo	Si	89%	Con el fin de consolidar la cultura de autocontrol y asegurar la efectividad de las acciones correctivas, se deben ejecutar las siguientes medidas: •Formalización de políticas de reporte: Establecer directrices claras para la identificación, registro y reporte oportuno de las deficiencias detectadas en el sistema de control interno. •Empoderamiento de la segunda línea de defensa: Fortalecer el rol de la segunda línea de defensa, asignándole la obligación de monitorear de manera estricta y periódica el avance y cumplimiento de los planes de mejoramiento, tanto a nivel institucional como por procesos.	96%	Establecer políticas para el reporte de las deficiencias de Control Interno, empoderar a la segunda línea de defensa, sobre la obligación de monitorear el cumplimiento de los planes de mejoramiento Institucionales y por Procesos.

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL CON UN 68%

Fortalezas

En el marco del componente de **Ambiente de Control**, la entidad evidencia un alto compromiso institucional al contar con el Código de Integridad y Buen Gobierno formalizado, acompañado de una estrategia clara basada en componentes de planeación, pedagogía, condiciones operativas y seguimiento. Esta estructura se complementa eficazmente con políticas de tratamiento de datos personales y matrices de riesgo institucionalizadas, lo que asegura un entorno ético, seguro y alineado con los estándares de privacidad y gestión de la información

Debilidades

Frente al componente de Ambiente de Control, se identificaron aspectos susceptibles de mejora, tales como la debilidad en la trazabilidad documental debido a la escasa o limitada entrega de soportes probatorios por parte de los líderes de proceso, lo cual compromete la verificación objetiva de los controles. Asimismo, se requiere formalizar la estrategia del Código de Integridad y Buen Gobierno mediante el acto administrativo (resolución) que le otorgue pleno respaldo y peso jurídico.

Finalmente, ante la persistente materialización de riesgos, resulta indispensable fortalecer el seguimiento exhaustivo y continuo por parte de cada líder responsable de proceso para prevenir su recurrencia.

COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS CON UN 56%

Fortalezas

La entidad dispone de una política y un manual metodológico actualizados en gestión de riesgos, lo que refleja su compromiso con el cumplimiento normativo y la adopción de buenas prácticas.

El sistema de gestión de riesgos abarca una amplia variedad de riesgos, tales como operativos, de corrupción, legales, estratégicos, tecnológicos y de imagen o reputación, en cumplimiento con el Decreto 403 de 2020, que aborda los riesgos fiscales.

actualiza de manera periódica su política y manual metodológico, lo que evidencia su capacidad de adaptación a los cambios y un enfoque proactivo en la gestión de riesgos.

La entidad realiza ajustes periódicos a sus procesos y riesgos, lo que refleja su compromiso con la mejora continua.

Debilidades

Bajo empoderamiento y monitoreo deficiente de los riesgos: Se evidencia una limitada apropiación por parte de los líderes de proceso en la actualización periódica de los mapas de riesgo de sus áreas, lo cual impide la operatividad efectiva e integral de la política de gestión del riesgo. Esta debilidad en el seguimiento continuo incrementa la vulnerabilidad de la entidad y contribuye a la materialización recurrente de los eventos de riesgo.

Articulación de las Líneas de Defensa: Es necesario aumentar la exigencia al equipo de colaboradores mediante el establecimiento de mecanismos de control que garanticen el cumplimiento efectivo de los roles asignados por ley a la primera y segunda línea de defensa.

Oportunidad en el reporte de información: Se evidencia una falta de oportunidad en la entrega de los soportes y reportes sobre el avance de los planes de acción

de cada área, lo que limita la capacidad de realizar un monitoreo en tiempo real sobre el cumplimiento de las metas institucionales.

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL, 71%

Fortalezas

En el componente de Actividades de Control, la entidad demuestra fortalezas significativas mediante la actualización permanente de sus procesos normativos en áreas clave como Contratación, Análisis Estratégico, Gestión Tecnológica y Gestión Jurídica. Adicionalmente, se evidencia la delimitación clara de roles y responsabilidades respaldada por una estructura organizacional que facilita la segregación de funciones, reduciendo con ello la ocurrencia de errores e incumplimientos en la operación.

Debilidades

La descripción de situaciones específicas en las que persisten riesgos de error o incumplimientos podría señalar debilidades en el diseño de los controles, como puede observarse en las dificultades inaceptables, respecto de la oportunidad de la respuesta a PQRDS, que es responsabilidad de cada líder de área

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN, 71%

Fortalezas

La entidad ha implementado sistemas como, SECOP II y MAYOR USO DE LA INTRANET, SISTEMA DINAMICA para capturar, procesar y transformar datos relevantes, lo que garantiza un seguimiento continuo de la disponibilidad de las plataformas

Se dispone de un inventario de información relevante, tanto interna como externa, y de mecanismos para su actualización constante, lo que refuerza la gestión de datos.

En aras de mantener la información en un repositorio seguro y accesible se han implementado actividades para asegurar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información, respaldadas por políticas aprobadas y sometidas a revisión técnica

Debilidades

Existen desafíos en la integración y automatización de la información: aunque se están implementando actividades para asegurar la disponibilidad de la información, se identifica que la dispersión y complejidad en formatos, información relevante con procedimiento entre otros dificulta su procesamiento e integración. Adicionalmente, se evidencia una baja automatización en estos flujos de información, lo que incrementa el riesgo de error humano y limita la optimización de los procesos.

Se percibe la ausencia de mecanismos de monitoreo continuo: Aunque la entidad cuenta con controles diseñados, se observa una falta de indicadores y mecanismos de seguimiento sistemático que garanticen la efectividad, evaluación oportuna y sostenibilidad de dichas actividades de control

Riesgo operativo y reputacional por fallas en SECOP II: herramienta clave para la gestión misional de la contratación, generan reprocesos operativos e inconformismo en los grupos de valor, afectando la eficiencia institucional y la reputación de la entidad, la ley 1712 de 2014.

COMPONENTE: MONITOREO, 89%

Fortalezas

La Oficina de Control Interno elabora y presenta anualmente el PAAI, Plan Anual de Auditorías, el cual es aprobado y supervisado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI).

La planeación del proceso auditor se fundamenta en la priorización de riesgos, lo que permite anticipar áreas críticas de evaluación, optimizar el uso de recursos y fortalecer la eficiencia, la transparencia y el valor agregado del control interno.

La Oficina de Control Interno (OCI) ejecuta evaluaciones periódicas e independientes sobre los procesos institucionales con el propósito de verificar el cumplimiento de los controles, valorar los riesgos asociados y formular acciones de mejora oportunas.

Dichas evaluaciones están orientadas a fortalecer la mitigación de los riesgos institucionales y a garantizar el cumplimiento sostenido de las metas y objetivos estratégicos de la entidad.

Debilidades

Ausencia de un esquema de evaluación por parte de la Alta Dirección: Se evidencia la falta de un diseño e implementación integral de los mecanismos de revisión por parte de la Alta Dirección, lo que impide realizar un seguimiento continuo, sistemático y oportuno a la efectividad del Sistema de Control Interno.

Oportunidad y calidad en el reporte de información por los procesos: Persiste una débil apropiación en los responsables de las áreas respecto a la entrega de información, registrándose extemporaneidad y falencias en la exhaustividad y calidad de los soportes requeridos para el seguimiento del sistema.

7. CONCLUSIONES

Se hace necesario que la alta dirección realice controles operativos, el seguimiento a los indicadores de gestión y el examen periódico de las matrices de riesgo por parte de cada líder de proceso

La entidad al realizar la identificación del estado de su componente de Monitoreo articulando la autoevaluación de la gestión y la evaluación independiente. Por un lado, los líderes de proceso monitorean periódicamente el cumplimiento de los controles asociados a sus mapas de riesgo; por otro lado, la Oficina de Control Interno (OCI) aplica técnicas de auditoría y los instrumentos metodológicos del DAFP para verificar de manera objetiva la operatividad del sistema. Este doble mecanismo permite detectar oportunamente cuellos de botella, brechas en la entrega de evidencias y fallas en el seguimiento por parte de la Alta Dirección.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda priorizar el análisis continuo del gasto público, bajo principios de austeridad y eficiencia, con el fin de optimizar la asignación de recursos y garantizar una gestión fiscal responsable y transparente.

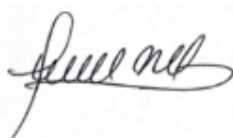
El Control Interno enfatiza la necesidad de convocar reuniones trimestrales de los subcomités para asegurar la articulación entre los enlaces. Es indispensable garantizar que los líderes de proceso estén formados e informados sobre todo el Sistema de Control Interno bajo el enfoque del MIPG.

Esta en mora la entidad en establecer una matriz de comunicaciones que permite implementar los controles necesarios para cumplir con los requerimientos del componente de comunicación y formación, objeto de la presente evaluación.

Para el segundo semestre del 2026, es pertinente impulsar procesos de autoevaluación en las diferentes dependencias. Esto permitirá fortalecer el autocontrol institucional y dinamizar la gestión de riesgos de manera oportuna.

Estas recomendaciones se emiten de buena fe con el propósito de contribuir al fortalecimiento de la gestión institucional, propiciando un mayor control enmarcado en los principios de transparencia y legalidad.

Cordialmente



Luz Marina Cárdenas Colorado

Asesora de Control Interno