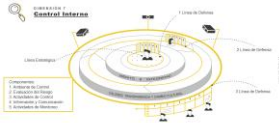


Nombre de la Entidad:	ESE CAMU SANTA TERESITA
Periodo Evaluado:	PRIMER SEMESTRE 2026



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	68%
---	-----

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	SE VIENE TRABAJANDO EN LA INTEGRALIDAD DE LOS COMPONENTES, CON LA PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS RESPONSABLES DE LAS DIMENSIONES DE LA ENTIDAD
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	A EFECTIVIDAD DEL SISTEMA HA LOGRADO LA MEJORA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, ADemás SE VIENE CUMPLIENDO CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS DE LEY EXIGIDOS PARA LA ENTIDAD, SE VIENE TRABAJANDO Y FORTALCIENDO LAS FALENCIAS QUE SE HAN SOCIALIZADOS EN EL COMITÉ DE CONTROL INTERNO PARA TOMAR LOS CORRECTIVOS
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	LA ESE HA DEFINIDO CLARAMENTE QUIENES SON LOS RESPONSABLES DE LAS LINEAS DE DEFENSA DE ACUERDO CON LO REQUERIDO POR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> 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	69%	Fortalezas Durante el periodo evaluado se evidenciaron avances importantes en el fortalecimiento del Ambiente de Control de la entidad, reflejados en las siguientes acciones: Se actualizó el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) para la vigencia 2026, fortaleciendo las acciones orientadas a la transparencia, la integridad y la prevención de riesgos de corrupción. Se actualizó el Plan Operativo Anual (POA) correspondiente a la vigencia 2026, alineándolo con los objetivos institucionales y las metas estratégicas de la entidad. Se realizó la evaluación del informe correspondiente al primer trimestre de 2026 sobre el cumplimiento de los Planes Operativos, permitiendo hacer seguimiento al avance de las actividades programadas y adoptar acciones de mejora cuando fue necesario. Se actualizó el Manual de Políticas Contables, garantizando que los lineamientos contables se encuentren acordes con la normatividad vigente y las necesidades institucionales. Los comités institucionales desarrollaron sus funciones conforme a la normatividad y a los lineamientos internos, dejando evidencia documental de las sesiones realizadas y de las decisiones adoptadas. La entidad cumplió de manera oportuna con la presentación de los informes y reportes requeridos por los organismos de control, demostrando compromiso con la rendición de cuentas y el cumplimiento de las obligaciones legales. Se evidenció una participación activa de los coordinadores de las diferentes áreas en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, fortaleciendo la articulación institucional y el seguimiento a la gestión. Se implementó el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos para la vigencia 2026, promoviendo una administración más eficiente de los riesgos institucionales y fortaleciendo la toma de decisiones. Se inició la actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de las áreas administrativas y asistenciales, con el propósito de mantener la documentación institucional alineada con la realidad operativa y los cambios normativos. La entidad realizó oportunamente la publicación de los planes institucionales de la vigencia 2026, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011. Entre los documentos publicados se encuentran: Plan Anual de Adquisiciones. Plan Anual de Vacantes. Plan de Previsión de Recursos Humanos. Plan Estratégico de Talento Humano. Plan Institucional de Capacitación. Plan de Incentivos Institucionales. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo. Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) o Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), según corresponda. En conjunto, estas acciones evidencian el compromiso de la entidad con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, el cumplimiento de la normatividad vigente, la transparencia en la gestión pública y la mejora continua de sus procesos. Debilidades Como oportunidad de mejora, se identificó la necesidad de fortalecer los procesos de Gestión Documental, especialmente en lo relacionado con la organización, administración, conservación y control de los documentos institucionales, con el fin de garantizar la disponibilidad de la información, el cumplimiento de la normatividad archivística y una mayor eficiencia en los procesos administrativos.	61%	FORTALEZA :Los líderes de los procesos tienen definido sus funciones frente a los diferentes procesos , tienen una mayor comprensión y aplicabilidad de sus responsabilidades como 1ra y 2da. Líneas de Defensa. Comité de Gestion y desempeño implementado y activo ., Se cuenta con mecanismos para evaluar las , en los cuales participan los contratistas de apoyo y personal de planta. Evaluacion del Informe del primer , Trimestre de la vigencia 2025 de los planes operativos . LA ESE CAMU cuenta con codigo de Conducta y buen Gobierno , participacion activa de los coordinadores en el comite de gestion y desempeño en lo relacionado con la actualizacion de la Mision y Vision de le entidad asi como la elaboracion del plan de desarrollo institucional de la vigencia 2024-2027. Se ha trabado tambien lo de la implementacion de la circular CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 de 2021 15-09-2021 de la superintendencia Nacional de salud , actualmente va en ejecucion del 40% del proceso.se publico oportuna,mete los planes institucionales de la entidad de la vigencia 2025 el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año: 1. Plan Anual de Adquisiciones 2. Plan Anual de Vacantes 3. Plan de Prevision de Recursos Humanos 4. Plan Estratégico de Talento Humano 5. Plan Institucional de Capacitación 6. Plan de Incentivos Institucionales 7. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo 8. Programa de transparencia y Etica empresarial PTEE o etica Publica PTEP. Se viene realizando los seguimientos correspondientes a la ejecucion de este documento en la entidad. Se actualizo la politica de riesgos de gestion y el mapa de riesgos de la vigencia 2025 DEBILIDADES: Se deben trabajar en la actualizaciomn manuales , guias y documentos internos de la entidad,	8%
			Evaluación de riesgos	Si	69%	Fortalezas Durante la vigencia 2026 se evidenciaron los siguientes avances en la gestión de riesgos de la entidad: •Se actualizó el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, incorporando los componentes de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital, de conformidad con la normatividad vigente. •La Oficina de Control Interno realizó seguimiento periódico a la gestión de los riesgos institucionales, verificando el cumplimiento de los controles establecidos y el avance de las acciones definidas. •La Gerencia ha venido implementando las acciones correctivas necesarias frente a las alertas identificadas durante el monitoreo de los riesgos, fortaleciendo la capacidad de respuesta de la entidad. •Se formularon y ejecutaron planes de mejoramiento derivados de los riesgos identificados, orientados a prevenir la materialización de eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. •Se realizó el seguimiento y actualización de la matriz de riesgos institucional. •Se socializaron con la Junta Directiva los avances alcanzados en la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, promoviendo el conocimiento y el compromiso de la alta dirección con este proceso. •Se actualizó la Política de Gestión de Riesgos y el Mapa de Riesgos Integral 2026, que integra los riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital. Debilidades •Es necesario continuar consolidando la implementación integral de la metodología establecida para la administración de riesgos en todos los procesos institucionales. •Se requiere fortalecer la apropiación de la cultura de gestión del riesgo por parte de los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, garantizando una participación más activa en la identificación, valoración, monitoreo y tratamiento de los riesgos. •Es importante mantener la actualización permanente de la matriz de riesgos y asegurar la eficacia de los controles implementados mediante el seguimiento continuo. •Fortalecer las actividades de capacitación y socialización dirigidas a todos los servidores y responsables de procesos, con el propósito de consolidar la cultura de gestión del riesgo en la entidad.
Actividades de control	Si	67%				Fortalezas Durante el periodo evaluado se evidenciaron avances importantes en el fortalecimiento de las actividades de control del Sistema de Control Interno, orientados a mejorar la gestión institucional, la estandarización de procesos y el cumplimiento de los objetivos organizacionales. Entre los principales logros se destacan: •Se inició el proceso de actualización del Manual de Procesos y Procedimientos, tanto asistenciales como administrativos, con el propósito de fortalecer la gestión institucional y garantizar la mejora continua. •Se actualizó el Manual de Funciones y Competencias Laborales, alineándolo con las necesidades actuales de la entidad y la normativa vigente. •Se actualizaron los formatos de informes de supervisión y los informes de actividades de los contratistas, incorporando nuevos lineamientos que fortalecen el seguimiento y control de la ejecución contractual. •Se adelantó la actualización del Manual de Contratación, contribuyendo a una gestión contractual más transparente, eficiente y conforme con la normatividad aplicable. •Se realizaron los informes trimestrales de seguimiento a los Planes Operativos, presentados por los responsables de cada proceso y las líneas de defensa, permitiendo evaluar el cumplimiento de metas y la implementación de acciones de mejora. •Se actualizó el inventario institucional, fortaleciendo el control y la administración de los bienes de la entidad. •Se formuló y ejecutó el Plan Operativo Anual de Control Interno para la vigencia 2026, así como el correspondiente al área de Calidad. •Se desarrollaron las sesiones programadas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y del Comité de Control Interno, espacios que contribuyen al seguimiento de la gestión institucional y a la toma de decisiones. •Se actualizó y publicó en la página web institucional el Plan Operativo de la vigencia 2026, promoviendo la transparencia y el acceso a la información por parte de los diferentes grupos de interés. En conjunto, estas acciones reflejan el compromiso de la entidad con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, la mejora continua de sus procesos y el cumplimiento de los principios de eficiencia, transparencia y responsabilidad en la gestión pública. Debilidades Se identificó como principal oportunidad de mejora el fortalecimiento del proceso de Gestión Documental. Es necesario consolidar la organización, administración, conservación y disposición de la información institucional, garantizando el cumplimiento de la normatividad archivística, la trazabilidad documental y el acceso oportuno a la información. El fortalecimiento de este proceso contribuirá a optimizar los controles internos, mejorar la eficiencia administrativa y brindar un mayor respaldo a la gestión institucional.

Información y comunicación	Si	57%	Fortalezas.Durante el primer semestre de 2026 se dio continuidad al proceso de fortalecimiento del software de gestión SAFIX, el cual, una vez implementado, entró en su etapa de mantenimiento. En esta fase se realizaron actualizaciones periódicas, mejoras en su funcionamiento, corrección de situaciones identificadas durante la operación y optimizaciones que permiten garantizar un mejor desempeño del sistema tanto para los procesos asistenciales como administrativos. Como parte de este trabajo, el área de Sistemas gestionó la incorporación de las nuevas disposiciones normativas expedidas por el Gobierno Nacional, relacionadas con la interoperabilidad de la historia clínica y el cumplimiento de las Resoluciones 373 y 948. Estas acciones contribuyen a que el sistema permanezca actualizado y responda a los requerimientos legales vigentes. Adicionalmente, se implementó la integración entre SAFIX y el software BAXLAB, lo que facilita la gestión de los procesos de laboratorio y mejora el intercambio de información entre ambos sistemas, haciendo más ágil y eficiente la atención de los usuarios. Finalmente, con el apoyo de la empresa 8-Bits, el área de Sistemas realizó ajustes de seguridad en las cuentas de Microsoft 365 (O365) y en los correos corporativos. Estas mejoras fortalecen la protección de la información institucional y contribuyen a garantizar la seguridad de las comunicaciones y el adecuado manejo de los datos de la entidad. La ESE ha adelantado acciones significativas para fortalecer el componente de Información y Comunicación del Sistema de Control Interno, orienta al cumplimiento de la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública. Con el propósito de garantizar el acceso oportuno a la información pública y mejorar la experiencia de los usuarios, la entidad realizó la actualización y modernización de su página web, incorporando mejoras que permiten cumplir con los estándares de accesibilidad W3C (WCAG 2.1) exigidos por la normativa vigente. Entre las principales mejoras implementadas se destacan: •Reestructuración del menú principal para facilitar la navegación. •Organización y actualización del menú de Transparencia y Acceso a la Información Pública. •Optimización de la experiencia de usuario (UX). •Implementación de un diseño totalmente responsivo, adaptado a dispositivos móviles. •Mejoras en la tipografía, iconografía e identidad visual institucional para fortalecer la legibilidad y la imagen corporativa. Como resultado de estas acciones se evidencian los siguientes avances: AntesDespués Información dispersa o de difícil acceso.Información organizada y disponible de manera proactiva, a un solo clic. Sitio web con dificultades de visualización en dispositivos móviles.Diseño responsivo con acceso desde cualquier dispositivo. Barreras para personas con discapacidad.Cumplimiento de criterios de accesibilidad establecidos en la norma WCAG 2.1, favoreciendo la inclusión. Imagen institucional poco uniforme.Imagen institucional más clara, confiable y consistente. 2. Modernización del sistema de información institucional Durante el mes de noviembre se inició la operación del sistema SAFIX, desarrollad lo por la empresa colombiana XENCO, representando un avance importante en la transformación digital de la entidad. La implementación de este software ha permitido optimizar los procesos institucionales, agilizar la prestación de los servicios y fortalecer la seguridad de la información de los pacientes, contribuyendo al mejoramiento continuo de la gestión institucional.	50%	FORTALEZAS.LA ESE REALIZA LOS TRABAJOS Y ACTUALIZACIONES NECESARIOS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY DE TRANSPARENCIA Y DERECHO A LA INFORMACION PUBLICAEN LA PAGINA WEB DE LA ENTIDAD REALIZANDO LOS SIGUIENTE: ACTUALIZACION GENERAL DEL SITIO, CREACION DEL MENU TRANSPARENCIA, CREACION DE LOS MODULOS DE ACCESIBILIDAD WEB PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES VISUALES Y SONORAS, ICONO DE WHATSAPP PARA INTERACCION PARA ASIGNACION DE CITAS MEDICAS AUTOMATICAS(EN PRUEVAS) ESTA FUNCIONAL PERO NO AUTOMATICO, ACTUALIZACION DEL ICONO E IMAGENES MODILO DE MOVIMIENTO EN LA CEBECERA, AVISOS Y NOTICIAS EN EL CENTRO Y FONDO DEL SITIO WEB, CAMBIO DE ICONOS Y COLORES, PIE DE PAGINA ACTUALIZADO CON LOS COLORES E INFORMACION GENERAL DE LOS ENTES TERRITORIALES, MENU DEL CENTRO DE RELEVO, MENU DEL CONSULTORIO DORADO, ACTUALIZACION DEL MENU DE CONTACTOS Y UBICACION GEOGRAFICA. SE TIENEN DEFINIDOS LOS CANALES DE COMUNICACION TANTO INTERNA COMO EXTERNA. DEBILIDADES: LA ENTIDAD DEBE FORTALECER SU POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL ESPECIALMENTE APLICAR LOS LINEAMIENTOS NORMATIVOS PARA LA GESTION DOCUMENTAL. (CONTAR CON TABLAS DE RETENCION Y DOCUMENTAL). DEBILIDADES: SE DEBE TRABAJAR POR EL FORTALECIMIENTO Y ACTUALIZACION DE LA PAGINA WEB	7%
Monitoreo	Si	77%	Fortalezas La entidad cuenta con un proceso de monitoreo del Sistema de Control Interno que favorece el seguimiento continuo y la toma de decisiones. Entre las principales fortalezas se destacan: La Oficina de Auditoría Interna realiza semestralmente la evaluación independiente del Sistema Institucional de Control Interno, cuyos resultados son presentados y socializados con la Junta Directiva y la Gerencia, facilitando la adopción de decisiones estratégicas y acciones de mejora. Se encuentra adoptado y en funcionamiento el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, instancia que aprueba el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2026 y realiza seguimiento periódico al cumplimiento de las actividades programadas. Durante la vigencia 2026 se elaboraron de manera trimestral los informes de seguimiento a las diferentes dependencias, fortaleciendo el control y la evaluación de la gestión institucional. En el semestre, la entidad fue objeto de auditorías de cumplimiento por parte de la Contraloría Departamental de Córdoba, incluyendo la Actuación Especial de Fiscalización a la gestión financiera de la vigencia 2025. Asimismo, se efectuó seguimiento oportuno a los planes de mejoramiento internos y al cumplimiento de los compromisos suscritos con dicho ente de control. Los resultados obtenidos de las auditorías internas y externas se incorporan al Plan de Mejoramiento Institucional, permitiendo articular las acciones correctivas y preventivas para fortalecer la gestión del riesgo, el control interno y el mejoramiento continuo. El proceso del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) dispone de indicadores que permiten evaluar su desempeño y eficiencia. De igual manera, el análisis de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) se utiliza como insumo para la implementación de acciones de mejora institucional. Se elaboran y publican informes semestrales sobre el comportamiento de las PQRSD, lo que facilita el seguimiento a la percepción de los usuarios y fortalece la mejora continua del servicio. La entidad atiende de manera oportuna los requerimientos formulados por la Superintendencia Nacional de Salud, evidenciando un adecuado seguimiento a las obligaciones de reporte y control. Debilidades Se requiere fortalecer la implementación y apropiación del esquema de las Líneas de Defensa establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), con el fin de consolidar la asignación de responsabilidades en materia de gestión del riesgo, control y monitoreo entre las diferentes líneas de defensa, mejorando la articulación institucional y la efectividad del Sistema de Control Interno.	77%	FORTALEZA: SE TIENE ADOPTADO Y ACTIVO EL COMITÉ INSTITUTIONAL DE GESTION Y DESEMPEÑO, SE APRUEBA EL PLAN ANUALDE AUDITORÍA VIGENCIA 2025, Y REALIZA SEGUIMIENTO A LO PROGRAMADO. SE REALIZARON LOS INFORMES DE DEPENDENCIAS DEL PERIODO TRIMESTRALMENTE VIGENCIA 2025. EN ESTE SEMESTRE SE REALIZARON A LA ENTIDAD AUDITORIAS DE CUMPLIMIENTO DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE CORDOBA EN LA ACTUACION ESPECIAL A LOS ESTADOS FINANCIEROS 2024. DEBILIDADES: SE DEBE FORTALECER EL ESQUEMA DE LAS LINEAS DE DEFENSA DEL MIPG DE LA ENTIDAD	0%