

INFORME DE GESTIÓN PORMENORIZADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO II SEMESTRE VIGENCIA 2025

INTRODUCCIÓN

En el presente informe se describe las actividades de la oficina de Control Interno, enmarcadas dentro del Plan Operativo Anual, Plan de auditorías, actividades que se fundamentaron en términos generales en el cumplimiento de unos objetivos propuestos, líneas de acción, estrategias esenciales de la ESE, con el fin de mejorar continuamente en la prestación de los servicios de Salud.

En cumplimiento de sus roles de liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y de relación con los entes externos de control. Tiene como objetivo agregar valor a la gestión de la entidad, brindando un aseguramiento razonable de las operaciones y proporcionando a la Alta Dirección y en general al Equipo Directivo, información real y suficiente, sobre el estado en que se encuentra la organización en un periodo de tiempo determinado, de tal forma, que permita a la Alta Dirección reorientar oportunamente las estrategias y acciones hacia el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales propuestas.

La Auditoría Interna se constituye en una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno, que analiza las fortalezas y debilidades de la Entidad, así como el avance de las metas y objetivos trazados para medir los resultados de las actividades de los procesos administrativos.

Conforme con lo anterior, se elabora el informe de actividades del periodo comprendido entre el 2 de enero 2025 al 30 de junio de 2025, dando cobertura a las obligaciones legales establecidas en el Decreto 648 de 2017 - artículo 2.2.21.5.3 y Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces Versión 3, en este orden, se detallan las actividades adelantadas en el marco del desarrollo de los roles señalados en el mencionado Decreto; Así mismo, y a partir del ejercicio de la Tercera Línea de Defensa, se plasman los principales aspectos a intervenir por la Alta Dirección, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y los Gerentes Públicos, en los temas relacionados con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.



MARCO CONCEPTUAL

La unidad de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces está definida en la Ley 87 de 1993, como: (...) uno de los componentes del sistema de control interno, del nivel directivo, encargada de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Alta Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos. (Art. 9) En ese sentido, dicha unidad se constituye como el “control de controles” por excelencia. Mediante su labor evaluadora determina la efectividad del sistema de control de la entidad con el objetivo de contribuir a la Alta Dirección en la toma de decisiones que orienten el accionar administrativo hacia la consecución de los fines estatales.

El diseño, implementación y mantenimiento del sistema de control interno y la ejecución de los controles establecidos es una responsabilidad del representante legal y de los líderes de los diferentes procesos de la entidad.

El sistema de control interno es: «El Sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, (...). Fuente: Ley 87 de 1993.

Cuyos Objetivos del Sistema de Control Interno son:

- Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros
- Gestionar riesgos
- Establecer mecanismos de verificación y evaluación
- Contar con los mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional
- Garantizar la eficiencia, eficacia y economía de todas las operaciones
- Velar porque todas las actividades de la organización estén dirigidas al cumplimiento de sus objetivos
- Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional
- Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación

En este orden de ideas, las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna, o quien haga sus veces, son las encargadas de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles. Para ello, asesoran a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Dando cumplimiento al artículo 269 de la constitución Nacional que reitera la Obligación de contar con un sistema de control interno, Ley 87 de 1993, y sus decretos reglamentarios 2145 de 1999 y 1537 de 2001, el Decreto Ley 1599 de 2005, Ley 1474 de 2011, estatuto anticorrupción y demás normas legales concordantes, La oficina de Control Interno rinde el Informe de Gestión desde el día 2 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre 2025.

El informe sobre Control Interno se constituye en un elemento básico que permite determinar si los marcos legales y jurídicos se cumplen; si los ordenamientos corporativos se tienen en cuenta; si los procedimientos aplicados corresponden a los propuestos por la alta dirección y si los lineamientos establecidos de control interno corresponden a la dinámica y desarrollo de la empresa.

MARCO TEÓRICO DE LOS COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO - INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En atención a lo estipulado en el Decreto 2106 de 2019 “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” (artículo 156), se adelantó 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.

Ambiente de control: Asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno.

Evaluación de riesgos: Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización.

Actividades de control: Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.

Información y comunicación: Verificar que la información y la comunicación sean efectivas para la adecuada operación en la entidad.

Seguimiento y monitoreo Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.

OBJETIVO (S)

Objetivos del Sistema de Control Interno:

Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros

Gestionar riesgos

Establecer mecanismos de verificación y Evaluación

Contar con los mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional

Garantizar la eficiencia, eficacia y economía de todas las Operaciones

HALLAZGOS O RESULTADOS

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:

COMPONENTES:

AMBIENTE DE CONTROL: Cumplimiento 100%

La Entidad cuenta con políticas, directrices y con información documentada, así como herramientas de control como la adopción del código de integridad, manual de funciones, competencias, organigrama y plataforma estratégica institucional, que permiten tener claridad sobre los aspectos mínimos para la operación de la Entidad a través del modelo de gestión. Cuenta con herramientas contenidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que permiten guiar a los colaboradores de la Entidad al cumplimiento de metas y objetivos. Se evidencia que estas herramientas son socializadas con todos los contratistas y funcionarios, además, de actualizadas cuando se requiera. En general, se recomienda continuar con el fortalecimiento de los procesos a través de MIPG. Fortalecer los

mecanismos de relación con el ciudadano y los procesos de inducción y reincidencia de la entidad.

EVALUACION DEL RIESGO: Cumplimiento 100%

La entidad cuenta con los diferentes mapas de riesgo (corrupción y fiscal - procesos - sistemas de la información) donde se identificaron riesgos y establecieron controles para su tratamiento, no obstante, se recomienda fortalecer las actividades de apropiación de la cultura de gestión del riesgo, la matriz mapa de riesgos fue actualizada para la vigencia 2025 teniendo en cuenta la metodología Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, incluyendo riesgos operativos administrativos y misionales de la entidad, riesgos de corrupción y fiscales además, se cuenta con la política institucional de riesgos la cual ha sido publicada en la página web y socializada.

ACTIVIDADES DE CONTROL: Cumplimiento 100%

La entidad cuenta con procedimientos documentados, manuales y guías, además, de planes estratégicos e institucionales que propenden por el desarrollo de las estrategias, directrices y normatividad aplicable para el cumplimiento de sus metas y objetivos. Se recomienda el fortalecimiento de la aplicación de autocontroles a los diferentes eventos de riesgo identificados, así como el diseño de acciones de mejora a partir de los resultados de actividades de evaluación y seguimiento.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: Cumplimiento 100%

Se encuentran canales de comunicación con grupos de interés internos y externos, igualmente se cuenta con el plan estratégico de comunicaciones en salud PECOS vigente, se realizan publicaciones de información de manera constante en la página web de la entidad y en boletines institucionales que se socializan por los diferentes medios de comunicación establecidos por la entidad.

ACTIVIDADES DE MONITOREO: Cumplimiento – 100%

Se evidencia que la Entidad cuenta con un Programa Anual de Auditoría basada en riesgos, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, además, ejecuta actividades de auditoría interna y seguimientos a través de la oficina de control interno. se evidencia que se suscriben planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas, a los cuales se les realiza seguimiento a su avance y cumplimiento. Se recomienda fortalecer la cultura de autocontrol y del

mejoramiento continuo, promoviendo la documentación de acciones de mejora por autogestión, reporte y análisis de indicadores de gestión por procesos o áreas e identificación de puntos críticos en los procesos.

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE - FURAG

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de la Ley 87 de 1993, en especial el artículo 12 Literal G, adelantó el reporte en el Formulario 117: MECI - EVALUACIÓN INDEPENDIENTE obteniéndose certificación del diligenciamiento de la información a través del aplicativo FURAG, sobre el funcionamiento del Modelo Estándar de Control Interno en la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada. Certificado que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG del 19/03/2025.



Cada una de las dimensiones se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, que implementadas de manera articulada e intercomunicada permiten que el MIPG funcione.

RESULTADOS INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL



HISTORICO COMPARATIVO DEL FURAG RED SALUD ARMENIA



**ALCALDIA DE
ARMENIA**



**Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES**



RED SALUD ARmenia

Se evidencia compromiso por parte de cada proceso en el cumplimiento de los estándares evaluados por el FURAG pasando en la vigencia 2023 del 70.2% al 72,9 en la vigencia 2024.



ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DURANTE LA VIGENCIA, A PARTIR DE LOS ROLES ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 648 DE 2017.

Fundamento legal decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”. ARTÍCULO 2.2.21.5.3 De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.”

a) ROL DE LIDERAZGO ESTRATÉGICO:

- Desde la Oficina de Control Interno se brindó asesoría a la Gerencia y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en la gestión y seguimiento de los riesgos de la entidad, participando en mesas de trabajo



articuladas entre las áreas de planeación, mejora continuo, la oficina de control interno y los líderes de los procesos – mapa de riegos vigencia 2025 y la vigencia 2026.

- Así mismo, se dio asesoría y acompañamiento al personal de los diferentes procesos de la Entidad que lo solicitaron de forma personal y mediante mesas de trabajo brindando siempre apoyo por parte de la OCI.

b) ROL DE ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN:

Se brindaron asesorías, e informes con recomendaciones y observaciones, con el propósito de soportar la toma de decisiones oportunas y frente al que hacer en los diferentes procesos, áreas o servicios de la E.S.E.

✓ **Seguimiento Programa de Transparencia y Ética Pública:**

Red Salud Armenia ESE en cumplimiento de las directrices emitidas por el gobierno nacional, en el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022 “Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones”, la cual modificó el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 (Ley Anticorrupción), transformando el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), en el Programa de Transparencia y Ética Pública, estructuró de manera participativa el Programa, con el propósito promover la cultura de la legalidad e integridad, fortalecer el control del riesgo de corrupción, garantizar la participación ciudadana y generar las condiciones que permitan el acceso a la información. Con la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública, la ESE tiene como prioridad una gestión pública transparente, que fortalece la relación de la ciudadanía con el Estado, mediante la implementación de los siguientes componentes:

RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES - SUIT

RENDICIÓN DE CUENTAS

MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

PROMOCIÓN DE LA INTEGRIDAD Y ETICA PÚBLICA

SARLAFT/FPADM y SICOF (Prevención, gestión y administración de riesgos de lavado de activos, financiación de terrorismo y proliferación de armas y riesgos de corrupción)

SEGUIMIENTOS:

Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo.

Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre.

Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero.

SEGUIMIENTO I CUATRIMESTRE 2025	
COMPONENTE	% CUMPLIMIENTO
MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA	77,66
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS.	87,5
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	100
REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCIÓN, TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD.	83,33
TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	75
RENDICIÓN DE CUENTAS	100
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	90,9
MECANISMOS RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	57,14



The screenshot shows a webpage titled "Conoce el Programa de Transparencia y Etica Pública". It includes a brief description of the program's purpose and its alignment with the Law 1999 of 2002 and its amendments. Below this is a section titled "SEGUIMIENTO I CUATRIMESTRE 2025" which contains a table of performance metrics.

COMPONENTE	% CUMPLIMIENTO
GENERAL DE RIESGO-ETICA	11.90
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS	97.5
REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCIÓN, TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD	100
REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCIÓN, TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD	83.30
RENDICIÓN DE CUENTAS	75
RENDICIÓN DE CUENTAS	75
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	100
MECANISMOS RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	87.74

El seguimiento se encuentra publicado en la página web de la entidad:

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/archivos/1/files/Sequimiento_Programa_Transparencia_Etica_Publica_I CUATRIMESTRE 2025.pdf

SEGUIMIENTO II CUATRIMESTRE 2025	
COMPONENTE	% CUMPLIMIENTO
MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA	97
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS.	100
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	98
REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCIÓN, TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD.	100
TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	87,5
RENDICIÓN DE CUENTAS	100
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	100
MECANISMOS RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	87



Conoce el Programa de Transparencia y Ética Pública

Red Salud Armenia -E.P.E. en cumplimiento de la Ley 2190 de 2002 y sus modificaciones a la Ley Anticorrupción, estructuró de manera participativa su Programa de Transparencia y Ética Pública. Este programa busca promover la legalidad e integridad; prevenir la comisión; garantizar la participación ciudadana y facilitar el acceso a la información, fortaleciendo una gestión pública transparente y cercana a la ciudadanía.

SEGUIMIENTO II CUATRIMESTRE 2025	
COMPONENTE	% CUMPLIMIENTO
MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA.	87
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS.	100
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN.	98
REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DIRECTA DE CORRUPCIÓN, TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD.	100
TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.	87.5
RENUNCIA DE CUENTAS.	100
MEJORAMIENTO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.	100
MIGRACIÓN E INTEGRALIZACIÓN DE TRAMITES.	87



El seguimiento se encuentra publicado en la página web de la entidad:

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/archivos/1/files/Seguimiento_II_Programa_Transparencia_Etica_Publica_....pdf

Tercer seguimiento: Con corte al diciembre 2025.

SEGUIMIENTO III CUATRIMESTRE 2025	
COMPONENTE	% CUMPLIMIENTO
MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA	100
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS.	100
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	100





REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCIÓN, TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD.	100
TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	100
RENDICIÓN DE CUENTAS	100
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	100
MECANISMOS RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	100

Conoce el Programa de Transparencia y Ética Pública

Red Salud Armenia S.A.S., en cumplimiento de la Ley 2195 de 2022 y sus modificaciones a la Ley Anticorrupción, estructuró de manera participativa su Programa de Transparencia y Ética Pública. Este programa busca promover la legalidad e integridad, prevenir la corrupción, garantizar la participación ciudadana y facilitar el acceso a la información, fortaleciendo así una gestión pública transparente y cercana a la ciudadanía.

SEGUIMIENTO III CUATRIMESTRE 2025	
COMPONENTE	% CUMPLIMIENTO
MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA.	100
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANZENCIACIÓN DE TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS.	100
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN.	100
REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCIÓN, TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD.	100
TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.	100
RENDICIÓN DE CUENTAS.	100
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.	100
MECANISMOS RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.	100

El seguimiento se encuentra publicado en la página web de la entidad:
https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/#c_informes_de_la_oficina_de_control_interno



✓ **Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción:**

SEGUIMIENTOS:

Periodo informado I cuatrimestre (01/01/2025 al 30/04/2025):

22 RIESGOS IDENTIFICADOS – 22 CONTROLES.

ESTADO FINALIZADO: 20

ESTADO EN CURSO: 2

Mejora continua – SOGC :

- Se realizó la autoevaluación en cumplimiento de los estándares del SUH el cual arrojo un cumplimiento del 79%, este fue socializado en el comité de mejoramiento continuo, así mismo, se presentó en plan de mejoramiento con 139 acciones para ser ejecutados por los diferentes líderes de procesos de la ESE.
- Se realizó la publicación de la gestión de los indicadores establecidos en la ESE, analizados en los EPM y publicados en la plataforma Torresoft, el resultado del cumplimiento de los indicadores se socializa a través de pieza publicitaria. Con respecto al cargo y reporte de los indicadores normativos estos se reportan según su periodicidad, se reportan oportunamente dando cumplimiento a los plazos establecidos en la normatividad vigente.

Gestión de Talento Humano - Fortalecimiento del TH – SST:

El líder del proceso presenta correo electrónico enviado a presupuesto y financiera identificando los rubros y el valor que se requiere para contratar las necesidades de salud ocupacional para la vigencia 2025.

Actas de reunión y seguimiento a los compromisos que se adquieren en las mesas de trabajo con el representante legal.

Publicado en la página web de la entidad:

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/archivos/1/files/seguimiento_mapa_riesgosFiscal_Corrupcion_I_cuatrimestre2025.pdf

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/archivos/1/files/seguimiento_MR_I_CUATRIMESTRE20252.pdf

Periodo informado II cuatrimestre (01/05/2025 al 30/08/2025):

22 RIESGOS IDENTIFICADOS – 22 CONTROLES.

ESTADO FINALIZADO: 21

ESTADO EN CURSO: 1

1. Riesgo: Realizar la validación y el cargue de los informes de ley según cronograma establecido.

Plan de Acción: Soporte cargue de información que se encuentra en el aplicativo de torresoft - y los correos institucionales enviados por la oficina de sistemas a oficina de control interno - la subgerencia de planeación institucional y los respectivos líderes responsables.

Responsable: Subgerente de Planificación - líder de sistemas

Observación: Se va a trabajar en el proceso depurando en el aplicativo torresoft los duplicados de informes para los respectivos cargos, se delegó por parte de la gerencia un equipo de trabajo integrado por el proceso de sistemas - planeación y torresoft para actualizar de acuerdo al cronograma los informes de la entidad en las carpetas del aplicativo torresoft Para que cada responsable los cargue de manera oportuna y con calidad la información.

Publicado en la página web de la entidad:

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/#c_informes_de_la_oficina_de_control_interno

Periodo informado Tercer seguimiento: Con corte a diciembre con cumplimiento del 100% y los 22 riesgos en estado finalizado.

Publicado en la página web de la entidad:
https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/#c_informes_de_la_oficina_de_control_interno

Mapa de riesgos seguridad de la información I cuatrimestre 2025:
cumplimiento del 100%.

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/archivos/1/files/SEGUIMIENTO_I_CUATRIMESTRE_MR_SISTEMAS_INFORMACION_2025.....pdf

Mapa de riesgos seguridad de la información II cuatrimestre 2025:
cumplimiento del 100%.

Publicado en la página web de la entidad:

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/#c_informes_de_la_oficina_de_control_interno

Mapa de riesgos seguridad de la información III cuatrimestre 2025: cumplimiento del 100%.

Publicado en la página web de la entidad:
https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/#c_informes_de_la_oficina_de_control_interno

✓ Seguimiento Políticas de Austeridad en el Gasto:

El informe de austeridad del gasto correspondiente al primer y segundo trimestre de la vigencia 2025, el cual comprende la información suministrada por los líderes de los procesos de Subgerencia de Planificación Institucional, Talento Humano, Jurídica, bienes y servicios, detallando el resultado del análisis realizado a cada una de las erogaciones presupuestales objeto de control de austeridad, y en cumplimiento a las directrices internas sobre las políticas de buen gobierno adoptadas por la Gerencia de Red Salud, mediante Resolución 305 de 2021; y de acuerdo a las obligaciones legales asignadas a las Oficinas de Control Interno, en especial lo señalado en la Ley 87 de 1993, Decreto Único Reglamentario 648 de 2017, Rol de evaluación y seguimiento de las medidas de austeridad.

PERIODOS INFORMADOS:

Primer Trimestre vigencia 2025.

Segundo Trimestre vigencia 2025.

Tercer trimestre vigencia 2025

Estos informes se le reportan al Gerente, al comité de control interno y son publicados en la página web de la entidad.

<https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/index.php?module=131>

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/#c_informes_de_la_oficina_de_control_interno

**NOTA: Cuarto trimestre vigencia 2025 - Con corte al 31 de diciembre 2025.
La publicación deberá surtirse antes del 30 de enero 2026.**

✓ Presentación Del Informe Software Legal Vigencia 2024 Y Derechos De Autor:

Se presenta de manera oportuna el informe de Software legal vigencia 2024, la verificación del software abarca los equipos de cómputo que operan en Red



ALCALDÍA DE
ARMENIA



Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES



MINISTERIO
DE SALUD
DE COLOMBIA

Salud Armenia E.S.E, así como la revisión de los controles implementados en la instalación de software no autorizado con corte a 31 de diciembre de 2024.

EL 20-03-2025 se remitió ante la Dirección Nacional de Derechos de Autor, el informe de software legal, en cumplimiento de lo establecido Ley 1915 de 12 de julio de 2018 y en la Directiva Presidencial No 02 del 12 de febrero de 2002.



CONFIRMACIÓN PRESENTACIÓN INFORME SOFTWARE LEGAL VIGENCIA 2024

Respetable(a) Usuario(s):
Joséany Andrea Montoya Grasada
Red Salud Armenia E.S.E
Armenia (Quindío)

Le informamos que luego de verificar en nuestros archivos, se encontró que efectivamente el **20-03-2025** usted remitió ante la Dirección Nacional de Derechos de Autor, con datos al informe de software legal, con los siguientes datos:

Dirección:	Carretera:
Sector:	Rural
Departamento:	Quindío
Municipio:	Armenia
Barrio:	Av. José Salcedo Arangoza E.S.E
Teléfono:	(57) 300 000 4444
Nombre Funcionario:	Joséany Andrea Montoya Grasada
Dependencia:	Administrativa
Cargo:	Ejecutiva de Finanzas
1. Los recursos que posee contra la sociedad:	0.00
2. El software es adecuado, debidamente licenciado?	Si
3. ¿Qué mecanismos de control se hace implementando para evitar que los consumos sean propios o abusivos que no cuenten con la licencia respectiva?	Existen políticas que se aplican desde la administración del sistema al momento que un usuario logra acceder a la red, tales disposiciones establecen que el administrador de la red deberá tener la capacidad de detectar y denunciar cualquier actividad que sea sospechosa de violar la legislación de derechos de autor. Se establece la contratación de administradoras de todos estos equipos y se monitorean los posibles usos que los mismos realizan en las diferentes localidades, estableciendo que para seguir cumpliendo con los procedimientos establecidos se deben realizar controles periódicos. Se hace énfasis de manera enfática que todos estos sistemas tienen la función de detectar y denunciar cualquier actividad sospechosa. Se hace énfasis de manera enfática que todos estos sistemas tienen la función de detectar y denunciar cualquier actividad sospechosa.

DNDA, Dirección Nacional de Derechos de Autor
 Dirección: Calle 20 #91-136, Of. Piso 17, Bogotá, Colombia
 Teléfono: +57 300 170 62 28
 Línea PCTTS: 01 8000 127919

Página 1 de 2

✓ Seguimiento Control Interno Contable Vigencia 2024

INFORME DE EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Para el año 2024, las entidades reportaron y específicamente los jefes de Control Interno o quienes hagan sus veces, evaluaron el control interno contable basándose en la Resolución 193 de 2016 y contemplando los plazos para el reporte de la información a la CGN establecidos en el Artículo 11º de la Resolución 411 de 2023, para RED SALUD ESE en la vigencia 2024 se obtuvo 5,00 Eficiente.

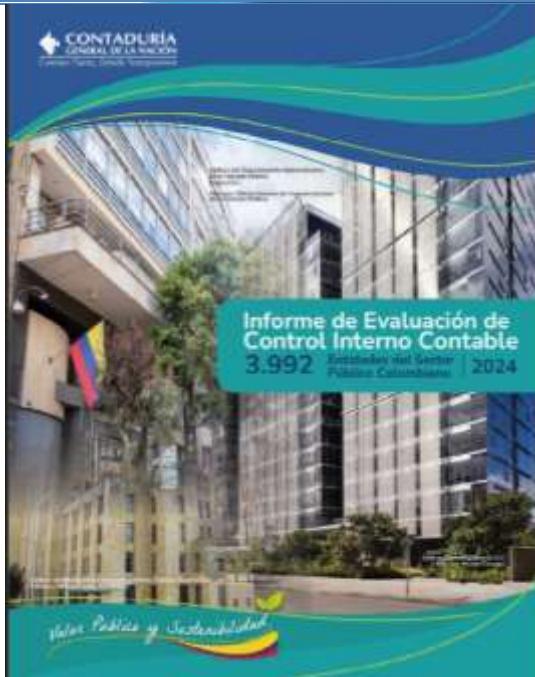


ALCALDÍA DE
ARMENIA



Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES





EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

1	923271276 E.S.E. Hospital San Vicente de Paul	5,00	5,00	● Eficiente
2	223763001 E.S.E. Red salud Armenia	5,00	5,00	● Eficiente

Fuente: contaduría general de la nación.

CHIP 2024




Web Entidad

HISTÓRICO DE ENVÍOS

223763001 - E.S.E. Red salud Armenia

Estado: ACTIVO

SubEstado: NINGUNO

Categoría	Período	Formato	Fecha Envío Consulta	Fecha Envío Consulta	Estado	Motivo	Tipo
EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE	20-H-11	informe evaluación control interno contable	2024-09-11 14:12:00	2024-09-11 14:12:00	listo	listo	Reporte

- **Datos de la Entidad** ►
- **Datos Básicos**
- **Datos Complementarios**
- **Responsables**
- **Solicitud Cambio Estado**
- **Operaciones Recientes**
- **Contratos** ►
- **Datos de Entidad**
- **Historial Envíos**
- **Bolégo**



ALCALDÍA DE
ARMENIA



RED GENERAL DE HOSPITALES
VERDES Y
SALUDABLES



RED SALUD ARMENIA

✓ Comité Institucional De Coordinación Control Interno Vigencia 2025

- I Comité de Control Interno Vigencia 2025: se llevó a cabo en febrero 11 de 2025 en el cual se realizó: seguimiento a compromisos - Presentación del Plan Anual de Auditoría Vigencia 2025 - Seguimiento a indicadores – proposiciones y varios.
- II Comité de Control Interno Vigencia 2025: se llevó a cabo en junio 10 de 2025 se realizó la presentación de: seguimiento a compromisos - Presentación del informe seguimiento auditorias y planes de mejora -
- Presentación informe seguimiento al Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción - seguridad de la información - Presentación Informe austeridad del gasto - Seguimiento a indicadores - Proposiciones y varios “Novedades en la asignación de activos (Daño, pérdida y hurto de bienes)”.
- III Comité de Control Interno Vigencia 2025: se llevó a cabo en septiembre 16 de 2025 se realizó la presentación de: Seguimiento a compromisos - Presentación avance en el plan anual de auditorias - Presentación del informe seguimiento auditorias y planes de mejora - Presentación informe seguimiento al Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción - seguridad de la información y el programa de transparencia y ética pública - SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PÚBLICA CÓDIGO: ES-DG-PG-002 VERSIÓN:1. - Presentación Informe austeridad del gasto Informe de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público del Segundo Trimestre vigencia 2025. Seguimiento a indicadores Torresoft. Y Proposiciones y varios.
- **INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO RED SALUD ARMENIA ESE octubre 29 2025:** Desde la oficina de control interno, se rinde la siguiente información:
 - A. Estado del sistema de control interno de Red Salud Armenia ESE.
 - B. Resultados de Seguimientos y Auditorias.
- IV comité de Control interno vigencia 2025: se llevó a cabo en diciembre 4 de 2025 se realizó la presentación de: Seguimiento a compromisos - Presentación avance en el plan anual de auditorias - Presentación del informe seguimiento auditorias y planes de mejora - Presentación informe seguimiento al Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción - seguridad de la información y el programa de transparencia y ética pública - SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PÚBLICA CÓDIGO: ES-DG-PG-002 VERSIÓN:1. - Presentación Informe austeridad del gasto Informe de Austeridad y

Eficiencia del Gasto Público del Segundo Trimestre vigencia 2025.
Seguimiento a indicadores Torresoft. Y Proposiciones y varios.

PLAN ANUAL DE AUDITORÍA VIGENCIA 2025

Durante el primer semestre 2025 se programaron y se han ejecutado las siguientes actividades:

- Auditorias:

GESTION JURIDICA: contratación.

GESTION JURIDICA: seguimiento a las funciones del comité de conciliación, Acciones de repetición y Llamamientos en garantía.

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA: SARLAFT Y SICOF

Evaluación Semestral por parte de Control Interno de acuerdo a la CIRCULAR EXTERNA 202117000000055 y circular 009 de 2016 de la Supersalud.

- Seguimientos:

Rendición Electrónica de la Cuenta 2024 (formatos habilitados e informes complementarios - plataforma SIA CONTRALORIA).

GESTION JURIDICA - GESTION FINANCIERA: SIA Observa y SECOP I – II.

Informe Ejecutivo Anual Evaluación del Sistema de Control Interno de cada vigencia -FURAG Control Interno Vigencia 2024.

seguimiento al proceso de gestión financiera.

Informe Semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control interno (anterior informe pormenorizado).

Informe Semestral sobre la atención prestada por la entidad, por parte de las Oficinas SIAU – PQRSF.

Informe Austeridad en el Gasto. I – II - III trimestre 2025.

Informe Control Interno Contable- CHIP.

Informe avance al plan de mejoramiento auditorías externas CMA.

Informe avance al plan de mejoramiento auditorías internas.

Informe de evaluación a la gestión institucional (Evaluación por dependencias).

Informe Derechos de Autor Software.

Seguimiento al cumplimiento de las normas de Carrera Administrativa (Circular 010 de 2020).

Seguimiento y Evaluación a la Implementación del MIPG I y II semestre 2025.

Programa de transparencia y acceso a la información - Matriz Mapa de Riesgos I – II cuatrimestre 2025.

GESTION DE LAS TIC - Sistemas: seguimiento matriz riesgos sistemas de la información I - II cuatrimestre 2025.

GESTION DE AMBIENTE Y RECURSOS FISICOS: Seguimiento a Inventarios: Farmacia - almacén bodega.

GESTION FINANCIERA: seguimiento Arqueos de caja.

Encuesta FORMULARIO REPORTE LEY DE CUOTAS - TH.

Encuesta más jóvenes en el estado – TH.

SOLICITUD DE DATOS INSTITUCIONALES DIRECTIVOS DAFP.

Seguimiento al reporte Matriz ITA – mesas de trabajo y reporte por parte del proceso de comunicaciones y sistemas.

- Asistencia a Comités (interinstitucionales e institucionales)

Comité institucional de Gestión y Desempeño (MIPG).

EPM de Planeación.

Comité de Mejoramiento.

Comité de Conciliación.

Comité de control interno Municipal.

Y a los demás que sea convocado como invitado.

- Atención Entes Externos

Auditoría Especial Contraloría Municipal de Armenia

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA

PLAN DE MEJORA SUSCRITO CON LA CONTRALORIA MUNICIPAL DE ARMENIA:

- Seguimiento al plan de mejora con corte al 30 de MARZO de la vigencia 2025, correspondientes a la auditoría realizada por la Contraloría Municipal de Armenia a Red Salud Armenia ESE en la vigencia 2024 (2023). Con un porcentaje de avance 53.55 %

FORMATO N° 2 DETALLE DE AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO										
Número Identificador	Descripción del Plan	Nombre de Actividad Implementada o Desarrollada	Mes calendarizado	Días	Presupuesto de ejecución	Valor ejecutado en el periodo	Nombre de la Meta	Nombre del Indicador	Objetivo de la acción	Observaciones
1	Política Administrativa de la Atención a la Comunidad en el Sector de Salud, destinada a garantizar la calidad y eficiencia en la atención médica y promover la salud pública en el territorio de Armenia.	Oficina para el seguimiento de las políticas administrativas en materia de salud y bienestar social. Recibir y analizar las propuestas de mejoramiento presentadas por los entes externos y la ciudadanía, así como establecer estrategias para su implementación.	Enero	100%	Se realizó la revisión y actualización del Plan de Mejora suscrito con la Contraloría Municipal de Armenia en el año 2023.	Av. 7/2023	100%	Meta de mejora en el Plan de Mejora suscrito con la Contraloría Municipal de Armenia en el año 2023.	No se cumplió con el 100% de la ejecución del indicador de acuerdo con el cronograma establecido.	Av. de la Contraloría para Atención a la Comunidad, se realizó una reunión de trabajo entre la Oficina de Atención a la Ciudadanía y la Contraloría.
2	Política Administrativa de la Atención a la Comunidad en el Sector de Salud, destinada a garantizar la calidad y eficiencia en la atención médica y promover la salud pública en el territorio de Armenia.	Oficina para el seguimiento de las políticas administrativas en materia de salud y bienestar social. Recibir y analizar las propuestas de mejoramiento presentadas por los entes externos y la ciudadanía, así como establecer estrategias para su implementación.	Enero	100%	Se realizó la revisión y actualización del Plan de Mejora suscrito con la Contraloría Municipal de Armenia en el año 2023.	Av. 7/2023	100%	Meta de mejora en el Plan de Mejora suscrito con la Contraloría Municipal de Armenia en el año 2023.	No se cumplió con el 100% de la ejecución del indicador de acuerdo con el cronograma establecido.	Av. de la Contraloría para Atención a la Comunidad, se realizó una reunión de trabajo entre la Oficina de Atención a la Ciudadanía y la Contraloría.
3	Política Administrativa de la Atención a la Comunidad en el Sector de Salud, destinada a garantizar la calidad y eficiencia en la atención médica y promover la salud pública en el territorio de Armenia.	Oficina para el seguimiento de las políticas administrativas en materia de salud y bienestar social. Recibir y analizar las propuestas de mejoramiento presentadas por los entes externos y la ciudadanía, así como establecer estrategias para su implementación.	Enero	100%	La Oficina para el seguimiento de las políticas administrativas en materia de salud y bienestar social realizó una serie de reuniones con los entes externos y la ciudadanía para recopilar propuestas de mejoramiento y establecer estrategias para su implementación.	Av. 7/2023	0%	Objetivo de la acción no cumplido.	No se cumplió con el 100% de la ejecución del indicador de acuerdo con el cronograma establecido.	Av. de la Contraloría para Atención a la Comunidad, se realizó una reunión de trabajo entre la Oficina de Atención a la Ciudadanía y la Contraloría.



6	Módulo Administrativo No. 6: Inversiones en el desarrollo de la Infraestructura, así como en la parte social de las inversiones.	Resumen de los datos de desempeño presupuestario. Instrumentos considerados en el análisis para evaluar las inversiones realizadas en la Infraestructura, así como en la parte social de las inversiones. Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Último documento o informe de disponibilidad legal	Si-Avance	90%	1-4 disponibilidad legal último documento o informe de disponibilidad legal que evalúa la ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024. Mismo informe en los mencionados períodos.	Ago-T 2024	90%	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Último documento o informe de disponibilidad legal que evalúa la ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024. La ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Avance de ejecución para el año de ejecución y sus resultados. Avance de ejecución para la vigencia 2024 en la medida en que se combina con la ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.
7	Módulo Administrativo No. 7: Planificación Estratégica, así como en la formulación y ejecución del Plan Anual de Desarrollo vigencia 2024.	- Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024. - Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Publicaciones relevantes sobre disponibilidad legal	Si-Avance	90%	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Ago-T 2024	90%	Publicación del Plan Anual de Desarrollo para el año de ejecución 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Datos de ejecución para el año de ejecución - Planificación y ejecución del Plan Anual de Desarrollo.
8	Módulo Administrativo No. 8: Planificación Estratégica, así como en la formulación y ejecución del Plan Anual de Desarrollo vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Reporte en los meses de disponibilidad legal	Si-Avance	90%	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Ago-T 2024	90%	100% porcentaje de cumplimiento de los requerimientos del Plan Anual de Desarrollo.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.
9	Módulo Administrativo No. 9: Defensas en contra de la corrupción en la gestión y administración.	Descripción de los principales riesgos y vulnerabilidades que se identificaron en el Plan para evitar la corrupción y las defensas que se implementaron para mitigarlos.	Último documento o informe de disponibilidad legal	Si-Avance	90%	Último documento o informe de disponibilidad legal que evalúa la ejecución y desarrollo de las estrategias y planes para la vigencia 2024.	Ago-T 2024	90%	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.
10	Módulo Administrativo No. 10: Planes preventivos, sistemas de control y monitoreo, así como en la formulación y ejecución del Plan Anual de Desarrollo vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Último documento o informe de disponibilidad legal	Si-Avance	90%	Último documento o informe de disponibilidad legal que evalúa la ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Ago-T 2024	90%	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.
11	Módulo Administrativo No. 11: Planes preventivos, sistemas de control y monitoreo, así como en la formulación y ejecución del Plan Anual de Desarrollo vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Último documento o informe de disponibilidad legal	Si-Avance	90%	Último documento o informe de disponibilidad legal que evalúa la ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Ago-T 2024	90%	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.	Resumen de los datos de ejecución y desarrollo de los planes y programas para la vigencia 2024.

LIGA MÁS DE LA DIFERENCIA | COLOMBIA
TELÉFONO: 0100-207-0000 | CORREO ELECTRÓNICO: LIGAMASDELA.DIFERENCIA@LIGAMASDELA.DIFERENCIA.COM

- Seguimiento al plan de mejora con corte al 30 de JUNIO de la vigencia 2025, correspondientes a la auditoría realizada por la Contraloría Municipal de Armenia a Red Salud Armenia ESE en la vigencia 2024 (2023). Con un porcentaje de avance 88 %



DETALLE DE ACTIVIDADES DE MEJORAS										
Ítem	Actividad	Objetivo	Plazo	Indicador	Metodología	Presupuesto	Avance	Costo	Plazo	Indicador
1	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Septiembre 2024	100%	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	100.000.000	100%	100.000.000	Septiembre 2024	100%
2	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Septiembre 2024	100%	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	100.000.000	100%	100.000.000	Septiembre 2024	100%
3	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Septiembre 2024	100%	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	100.000.000	100%	100.000.000	Septiembre 2024	100%

Ítem	Actividad	Objetivo	Plazo	Indicador	Metodología	Presupuesto	Avance	Costo	Plazo	Indicador
1	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Septiembre 2024	100%	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	100.000.000	100%	100.000.000	Septiembre 2024	100%
2	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Septiembre 2024	100%	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	100.000.000	100%	100.000.000	Septiembre 2024	100%
3	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Septiembre 2024	100%	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	100.000.000	100%	100.000.000	Septiembre 2024	100%
4	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Septiembre 2024	100%	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	100.000.000	100%	100.000.000	Septiembre 2024	100%
5	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	Septiembre 2024	100%	Mejoramiento en la calidad del servicio de atención a los pacientes en el Consultorio de Salud Pública de la Unidad de Salud Integral de Armenia.	100.000.000	100%	100.000.000	Septiembre 2024	100%

- Seguimiento al plan de mejora con corte al 10 de OCTUBRE de la vigencia 2025, correspondientes a la auditoría realizada por la Contraloría Municipal de Armenia a Red Salud Armenia ESE en la vigencia 2024 (2023). Con un porcentaje de avance 96 %



FORMATO N° 2 INFORME DE AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO											
Número de consecutivo	Descripción ítem/área	Motivo de Acciones Correctivas e implementar	Motivación	Estado	Priorización de acciones	Notas explicativas del avance	Fecha de Reporte/Entrega	Resumen de la Metá	Resumen del Indicador	Objetividad de la acción	Observación
1	Hacienda Administrativa No. 001 con el fin de implementar las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023.	Diseñar y/o implementar la política de los reportes financieros por transacciones.	Implementación correcta y eficiente del sistema de control de los reportes financieros, dando cumplimiento a las normas establecidas.	General	100%	Se realizó la revisión previa de las redacciones financieras correspondientes del 2022, verificando el flujo de efectivo en el periodo comprendido entre enero y junio de 2022, así como no habían errores aritméticos de las cifras de los períodos pasados, siendo así, se procedió a elaborar la redacción de los reportes financieros para el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2022, dando cumplimiento a las normas establecidas.	OCTUBRE-10-2022	100%	Avances de cumplimiento a las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023.	Se da cumplimiento a las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023, así como se lleva a cabo la verificación del manejo de un incremento del 100%.	Avanza de Cumplimiento sobre Áreas corregidoras - implementación de las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023.
2	Hacienda Administrativa No. 002 con el fin de implementar las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023 - cuarto trimestre.	Diseñar y/o implementar la política de los reportes financieros por transacciones.	Implementación correcta y eficiente del sistema de control de los reportes financieros, dando cumplimiento a las normas establecidas.	General	100%	Se realizó la revisión previa de las redacciones financieras correspondientes del 2022, verificando el flujo de efectivo en el periodo comprendido entre enero y junio de 2022, así como no habían errores aritméticos de las cifras de los períodos pasados, siendo así, se procedió a elaborar la redacción de los reportes financieros para el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2022, dando cumplimiento a las normas establecidas.	OCTUBRE-10-2022	100%	Avances de cumplimiento a las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023.	Se da cumplimiento a las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023, así como se lleva a cabo la verificación del manejo de un incremento del 100%.	Avanza de Cumplimiento sobre Áreas corregidoras - implementación de las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023.
3	Hacienda Administrativa No. 003 con el fin de implementar las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023.	Implementar un sistema de control de los reportes financieros por transacciones.	Implementación correcta y eficiente del sistema de control de los reportes financieros por transacciones.	General	100%	La disponibilidad triple presupuestada se reportó por acuerdo 001 del 08 de julio 2022 y seca fecha de cierre de junio 2022. Reducción 0,04 por 4 de julio 2022 del 100,00%.	OCTUBRE-10-2022	100%	Se establecen las bases de consolidación entre las principales de transacciones y se verifica la disponibilidad triple presupuestada.	Se da cumplimiento a las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023, así como se lleva a cabo la verificación del manejo de un cumplimiento del 100%.	Avanza de Cumplimiento sobre Áreas y sus respectivas corregidoras - implementación de las acciones de mejoramiento para el ejercicio 2023.



4	Mensaje Administrativo No. 04-2023, sobre la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutor	100%	La disponibilidad total presupuestaria es ejecutada por acuerdo 030 del 25 de julio 2023 y acuerdo 0306 de junta directiva. Resolución 270 del 4 de julio 2023 del CMAS.	OCTUBRE-10-2023	100%	Se ejecutaron las tareas de consolidación entre los procesos de financieros - ejecución y control de gastos y de pago - ejecución y control de gastos. Se realizó la ejecución 270 del 4 de julio 2023 - CMAS.	Se da cumplimiento a las acciones correctivas con relación a la ejecución y control de gastos. Se da cumplimiento a la ejecución 270 del 4 de julio 2023 - CMAS.	Acta de cumplimiento entre Ayuntamiento de Armenia - Red Salud Armenia y la ejecución y control de gastos. Acta Administrativa.
5	Mensaje Administrativo No. 05-2023, sobre la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutor	100%	Se realizó la publicación en la página web de la entidad https://www.redsaludarmenia.gov.co/cdr	OCTUBRE-10-2023	100%	Publicación en la página web de la entidad https://www.redsaludarmenia.gov.co/cdr	Se presenta avances Acta de ejecución entre presupuestario - Trámite para finales año 2023. La publicación se cumplió en un 100% de cumplimiento para finales año 2023.	Acta de ejecución entre presupuestario - Trámite para finales año 2023.	
6	Mensaje Administrativo No. 06-2023, sobre la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutor	100%	Actualización al Plan Anual de ejecución 4Q 2023. Iniciado el 17 de julio de 2023. Estuvo pendiente de las autorizaciones, SIA, Recyo y página institucional.	OCTUBRE-10-2023	100%	Actualización al Plan Anual de ejecución 4Q 2023. Iniciado el 17 de julio de 2023. Estuvo pendiente de las autorizaciones, SIA, Recyo y página institucional.	Se realizó el seguimiento de las autorizaciones, SIA, Recyo y página institucional.	Protocolo de las autorizaciones, SIA, Recyo y página institucional.	
7	Mensaje Administrativo No. 07-2023, sobre la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutor	100%	Capacitación a los supervisores de contratos dictada por el proceso judicial y control interno el día 30 de mayo 2023. Se realizó la ejecución del acuerdo 0306 de junta directiva por parte de Red Salud Armenia ESE. La participación de funcionarios y contratistas del proceso judicial y control interno en la ejecución del acuerdo 0306 de junta directiva. Resolución 270 del 4 de julio 2023. Certificado presentado por parte del proceso judicial en el cual da cumplimiento a las publicaciones en el SIA. Colombia.	OCTUBRE-10-2023	100%	2 Capacitación e implementación y certificación de los supervisores de contratos juntos a los demás supervisores de los demás contratos en el día 30 de mayo 2023.	Se da cumplimiento a las acciones correctivas con relación a la ejecución y control de gastos. Se da un cumplimiento del 100%.	Protocolo de asistencia y definición de rol en cuanto al cumplimiento del SIA. Colombia.		
8	Mensaje Administrativo No. 08-2023, sobre la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutor	100%	Capacitación a los supervisores de contratos dictada por el proceso judicial y control interno el día 30 de mayo 2023. Se realizó el registro de asistencias. Se indicó en la ejecución que se realizó la ejecución de los contratos y se realizó la ejecución de los mismos.	OCTUBRE-10-2023	100%	Capacitación de los supervisores de contratos dictada por el proceso judicial y control interno el día 30 de mayo 2023. Se indicó el registro de asistencias. Se indicó en la ejecución que se realizó la ejecución de los mismos y se realizó la ejecución de los mismos.	Registro de asistencia de la capacitación e implementación y certificación de los supervisores de los demás contratos por parte de los supervisores de los demás contratos.	Protocolo de asistencia y cumplimiento de acuerdo al acuerdo.		
9	Mensaje Administrativo No. 09-2023, sobre la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutar el cálculo de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del cálculo de disponibilidad presupuestaria para la vigencia 2023.	Ejecutor	100%	Capacitación a los supervisores de contratos dictada por el proceso judicial y control interno el día 30 de mayo 2023. Se realizó el registro de asistencias. Se indicó en la ejecución que se realizó la ejecución de los mismos.	OCTUBRE-10-2023	100%	Capacitación de los supervisores de contratos dictada por el proceso judicial y control interno el día 30 de mayo 2023. Se realizó el registro de asistencias. Se indicó en la ejecución que se realizó la ejecución de los mismos.	Registro de asistencia de la capacitación e implementación y certificación de los supervisores de los demás contratos.	Protocolo de asistencia y cumplimiento de acuerdo al acuerdo.		

LEA MARZO A SEÑOR CORRIDA
FIRMA JEFES DE CONTROL INTERNO O QUIEN HAGA SUS VECES

- Seguimiento al plan de mejora con corte al 9 de DICIEMBRE de la vigencia 2025, correspondientes a la auditoría realizada por la Contraloría Municipal de Armenia a Red Salud Armenia ESE en la vigencia 2024 (2023). Con un porcentaje de avance 100 %.



Nota: Las evidencias de los seguimientos a los planes de mejora se encuentran archivadas, en archivo digital en los equipos de la Oficina de Control Interno de Red Salud Armenia ESE y en *archivo físico en las áreas responsables de las mismas. LOS SEGUIMIENTOS SE ENCUENTRAN PÚBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD.*

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/#c_planes_de_mejora_y_seguimientos

PLANES DE MEJORA AUDITORIAS INTERNAS:

Plan de mejoramiento contratación: fue suscrito ante la OCI, por correo electrónico el 2 de julio 2025, se realizó seguimiento a julio 10 2025, Cumplimiento del 100%.

Entidad **RED SALUD ARMENIA ESE**
 Representante Legal: JOSE ANTONIO CORREA LOPEZ
 Responsable: BLADIMIR MORALES CORREA (Asesor Jurídico)
 NIT: 801.001.440-8
 Periodo fiscal que cubre: VIGENCIA 2024
 Tipo de Auditoría: Auditoría Interna Regular de Gestión al proceso de Gestión Jurídica - Contratación
 Proceso: GESTIÓN JURÍDICA - ES-JU-PD-007 - CONTRATACIÓN
 Fecha de suscripción: 2 julio 2025

Número consecutivo	Descripción hallazgo	Relación de Acciones Correctivas a desarrollar	Responsable de ejecutar la acción correctiva	Fecha de Seguimiento	Estado	Porcentaje de ejecución de la acción	Notas explicativas del avance	Porcentaje de ejecución del plan de mejoramiento
1	Deficiencia en la entrega por parte del supervisor de los documentos de obligatorio cumplimiento en la plataforma SIA OBSERVA – SECOPI, para que estos sean reportados de manera oportuna y en los términos de ley para su respectiva publicación.	2 Circulars informativas a los supervisores donde especifiquen los documentos y tiempos de obligatorio cumplimiento referente al cargo de en las plataformas SIA OBSERVA Y SECOPI.	Oficina Asesora Jurídica - Financiera	10/07/2024	Ejecutada	100%	Se evidencian circulars 19 y 20 de 2023 - tiempos de publicación contractual SIA OBSERVA Y SECOPI.	100%
2	Importuna entrega de la copia del CDP, RP y minuta del contrato en el momento de la designación de supervisor.	Envío por correo por parte de la oficina jurídica copia del CDP, RP y minuta del contrato al supervisor designado por la Gerencia.	Oficina Asesora Jurídica - Financiera	10/07/2024	Ejecutada	100%	Se evidencia envío de correos electrónicos a los supervisores con los archivos adjuntos del expediente contractual.	100%
3	Omisión a la hora de realizar el respectivo descuento de estampillas contrato al CS 08-2024 BDT INGENIERIA SAS.	Hacer el respectivo cobro al proveedor y reintegro a Red Salud para subsanar de manera inmediata. Adicional para vigencia 2023 la entidad de cumplimiento a la normativa de descuentos y pagos de estampillas por plataforma tanto de la alcaldía como de la gobernación acción que minimiza este error.	Financiera	10/07/2024	Ejecutada	100%	Se evidencia el reintegro del valor de la estampilla del contrato al CS 08-2024 BDT INGENIERIA SAS. Y la liquidación por parte del municipio de Armenia y gobernación del quindío se realiza por el aplicativo correspondiente.	100%

LINA MARCELA SIERRA CORREA
 FIRMA JEFE DE CONTROL INTERNO O QUIEN HAGA SUS VECES

Plan de mejoramiento contratación: fue suscrito ante la OCI, por correo electrónico el 2 de julio 2025, se realizó seguimiento a OCTUBRE 7 2025, Cumplimiento del 100%.



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT: 801001440-8	Código: CT-OPPO-010 Versión: 5 Fecha de elaboración: 23/05/2014 Fecha de revisión: 07/09/2023
--	--	--

Nombre del documento:	Seguimiento a Planes de mejoramiento institucional	Unidad:	Subgerencia de Planificación
-----------------------	--	---------	------------------------------

Entidad RED SALUD ARMENIA ESE
Representante Legal: JOSE ANTONIO CORREA LOPEZ
Responsable: BLADIMIR MORALES CORREA (Asesor Jurídico)
NIT: 801.001.440-8
Período fiscal que cubre: VIGENCIA 2024
Tipo de Auditoría: Auditoría Interna Regular de Gestión al proceso de Gestión Jurídica - Contratación
Proceso: GESTIÓN JURÍDICA - E3-JU-PD-007 – CONTRATACIÓN
Fecha de suscripción: 2 julio 2025

Número consecutivo	Descripción hallazgo	Relación de Acciones Correctivas a desarrollar	Responsable de ejecutar la acción correctiva	Fecha de Seguimiento	Estado	Porcentaje de ejecución de la acción	Notas explicativas del avance	Porcentaje de ejecución del plan de mejoramiento
1	Deficiencia en la entrega por parte del supervisor de los documentos de obligatorio cumplimiento en la plataforma SIA OBSERVA – SECOP, para que éstos sean reportados en las diferentes oportunidades y en los Miniminos de ley para su respectiva publicación.	3 Circulars informativas a los supervisores donde especifiquen los documentos y tiempos de obligatorio cumplimiento referente al cargo de en las plataformas SIA OBSERVA Y SECOP.	Oficina Asesora Jurídica - Financiera	7/10/2025	Ejecutada	100%	Se evidencian circular octubre 2025 - tiempos de publicación contractual SIA OBSERVA Y SECOP.	100%
2	Inoportuna entrega de la copia del COD, RIF y minuta del contrato en el momento de la designación de supervisor.	Envío por correo por parte de la Oficina Jurídica copia del COD, RIF y minuta del contrato al supervisor designado por la Gerencia.	Oficina Asesora Jurídica - Financiera	7/10/2025	Ejecutada	100%	Se evidencia envío de correo electrónico a los supervisores con los archivos adjuntos del expediente contractual.	100%
3	Omisión a la hora de realizar el respectivo descuento de estampillas contrato al CS 08-2024 BOT INGENIERIA GAS.	Hacer el respectivo cobro al proveedor y reintegro a Red Salud para subsanar de manera inmediata. Adicional para vigencia 2025 la entidad da cumplimiento a la normativa de descuentos y pagos de estampillas por plataforma tanto de la alcaldía como de la gobernación accediendo al mínimo este error.	Financiera	7/10/2025	Ejecutada	100%	Se evidencia el reintegro del valor de la estampilla del contrato al CS 08-2024 BOT INGENIERIA GAS. Y la liquidación por parte del municipio de Armenia y gobernación del quindío se realiza por el aplicativo correspondiente.	100%

LINA MARCELA SIERRA CORREA

FIRMA JEFE DE CONTROL INTERNO O QUIEN HAGA SUS VECES

Elaboró: Control Interno	Revisó: Comité de Archivo	Aprobó: Gerente
--------------------------	---------------------------	-----------------

Plan de mejoramiento contratación: fue suscrito ante la OCI, por correo electrónico el 2 de julio 2025, se realizó seguimiento a DICIEMBRE 9 2025, Cumplimiento del 100%.



Red Salud Armenia		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT: 801001440-8		Código: CT.CUJO-2010 Versión: 5 Fecha de elaboración: 22/05/2014 Fecha de revisión: 07/06/2023				
Nombre del documento:		Seguimiento a Pliegos de mejoramiento Institucional		Unidad	Soberanía de Planificación			
Entidad: RED SALUD ARMENIA ESE Representante Legal: JOSE ANTONIO CORREA LOPEZ Responsable: BLADIMIR MORALES CORREA (Asesor Jurídico) Periodo: 01/07/2014 - 30/06/2015 Periodo fiscal que cubre: VIGENCIA 2014 Tipo de Auditoría: Auditoría Interna Regular de Gestión al proceso de Gestión Jurídica - Contratación Proceso: GESTIÓN JURÍDICA - ES-JU-PO-007 - CONTRATACIÓN Fecha de suscripción: 2 Julio 2015								
Número secuencial	Descripción hallazgo	Relación de Acobalamientos a desarrollar	Responsable de ejecutar la acción correctiva	Fecha de Seguimiento	Estado	Porcentaje de ejecución de la acción	Notas explicativas del avance	Porcentaje de ejecución del plan de mejoramiento
1.	Dificultad en la entrega por parte del proveedor de los documentos de obligatorio cumplimiento de acuerdo al acuerdo de la RGA OBSERVIA + SECOR, para que estos sean validados y los mismos se envíen a las oficinas y a los servidores designados en su respectivo publicación.	2. Circular: Información a los servidores donde se aprecian los documentos de obligatorio cumplimiento referente a la carga de las plataformas RGA OBSERVIA Y SECOR.	Oficina Asesora Jurídica - Financiera	8/12/2015	Ejecutada	100%	Se establecen circular 2055 - Tiempo de publicación contractual RGA OBSERVIA Y SECOR.	100%
2.	Incompleteza entrega de la constancia del RGA, RPT, constancia de control en el momento de la designación de supervisor.	Envío por correo por parte de la oficina jurídica copia del CEP, RPT y constancia del contrato al supervisor designado por la Gerencia.	Oficina Asesora Jurídica - Financiera	8/12/2015	Ejecutada	100%	Se establece envío de correos electrónicos a los supervisores con los anexos adjuntos del expediente contractual.	100%
3.	Obligación a la hora de realizar el respectivo descuento de reembolso de la facturación al CES 90-204 GCT INGENIERIA SAS.	Revisar el respectivo cobro al proveedor y reenviar a Red Salud para subsanar de manera inmediata, la constancia de cumplimiento de la obligación de cumplimiento al suministro de descuento y pago de estacionamiento por aclaraciones tanto de la gerencia como de la contratación, acción que minimice este error.	Financiera	8/12/2015	Ejecutada	100%	Se establece el manejo del asunto de la responsabilidad del contrato al CES 90-204 GCT INGENIERIA SAS. Y la liquidación por parte del municipio de Armenia, de acuerdo a lo establecido en el acuerdo de gabinete ce realizó por las aplicables correspondientes.	100%

Nota: Las evidencias del seguimiento al plan de mejora se encuentran archivadas, en archivo físico en la Oficina Jurídica – contratación. LOS SEGUIMIENTOS SE ENCUENTRAN PÚBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD.

https://www.redsaludarmenia.gov.co/y3/#c_planes_de_mejora_y_seguimientos

✓ Acompañamiento desde la Oficina de Control Interno.

Desde la oficina de Control Interno, se socializaron los formatos de la rendición en la cuenta para la vigencia 2024, establecidos por la Contraloría Municipal de Armenia, y se brindó inducción en el diligenciamiento de los mismos.

Así mismo, se brindó acompañamiento en diferentes temas como:

- Al reporte encuesta de más jóvenes en el estado. Reporte realizado por talento humano.
 - Se ha participado en el COMITÉ INSTITUCIONAL GESTIÓN Y DESEMPEÑO – MIPG: Durante el primer y segundo semestre 2025.

Lo anterior, en concordancia con la misión de la oficina de Control Interno, la cual está centrada en asesorar a la entidad en la continuidad del proceso

administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos con mayor eficiencia y efectividad.

c) ROL DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO:

- Dentro del cumplimiento de este Rol, se realizaron diferentes actividades como: acompañamiento en la metodología, diseño y seguimiento para los Mapas de Riesgos, este acompañamiento se realiza cuatrimestral durante la vigencia 2025 y se realizó mesa de trabajo con los líderes de cada proceso en el mes de noviembre 2025 en la proyección del mapa de riesgos de corrupción y fiscal vigencia 2026 con el apoyo del líder del proceso de Planeación.
- Se ha realizado el seguimiento y se han reportaron los resultados cuatrimestrales en el informe de seguimiento al Programa de transparencia y Ética pública 2025.
- Se emitieron oportunamente las recomendaciones a la gerencia y a los líderes de los procesos que la Oficina Asesora de Control Interno consideró pertinentes.
- Se brindó acompañamiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno y la oficina de planeación, en la implementación, administración y tratamiento de los Riesgos Institucionales (Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital), vigencia 2025, teniendo en cuenta la Guía para Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas del DAFF.
- Se acompaña en el comité de Gestión y Desempeño y se revisa el nivel de avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

d) ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

Durante este periodo se desarrolló el Plan de Trabajo de la Oficina Asesora de Control, de acuerdo al Cronograma aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con las siguientes actividades:

- **Auditorías Internas de Gestión:** para identificar y definir las unidades auditables se aplicó la metodología de enfoque basado en riesgos, apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad, priorizando de acuerdo con las siguientes variables:
 - ✓ Seguimiento a los procesos auditados en la vigencia anterior,
 - ✓ Hallazgos vigentes derivados auditorías externas,
 - ✓ Hallazgos vigentes derivados de las auditorías internas de gestión,

- ✓ Auditorías con procedimientos en zona de riesgo extrema y/o alta, según clasificación efectuada por la Oficina de Control Interno.
- ✓ Con dichas variables se estableció el ciclo de auditorías que se realiza durante la vigencia 2025, a partir de la asignación del personal requerido para desarrollar el proceso auditor.
- ✓ Seguimiento a indicadores de gestión de control interno.

e) Rol de Relación con Entes Externos de Control:

Se brinda acompañamiento para la ejecución de la Auditoría Regular de la Contraloría Municipal de Armenia – CMA, sirviendo de enlace y acompañando a los Líderes y Coordinadores de los procesos sobre las respuestas a los requerimientos emitidos por el Ente de Control, durante la vigencia, la Contraloría Municipal de Armenia realizó la Auditoria: Auditoría Financiera, de Gestión y resultados Red Salud Armenia E.S.E, vigencia 2024 con apertura de auditoria en el 14 de julio 2025 y cierre en el mes de noviembre 2025.

 CONTRALORÍA MUNICIPAL DE ARMENIA	Modelo 04-PF Presentación de auditoria	Código: FO-VF-PF-04 Versión: 1 Fecha de Elaboración: 27-06-2024 Fecha de Revisión: 27-08-2024 Página 1 de 4
---	--	---

1003- 04 01 .

REF: AVG-8

Armenia, 8 de julio de 2025

Doctor
JOSE ANTONIO CORREA LOPEZ
 Gerente
Red Salud ESE Armenia
controlinterno@redsaludarmenia.gov.co
 Avenida Montecarlo Urbanización Guaduales de la Villa

Asunto: Presentación Auditoria Financiera, de Gestión y Resultados en Red Salud Armenia E.S.E.

Cordial saludo:

La Contraloría Municipal de Armenia en desarrollo de su Plan de Vigilancia y Control Fiscal Territorial - PVCFT, vigencia 2025, iniciara Auditoria Financiera, de Gestión y Resultados en Red Salud Armenia E.S.E. para el período comprendido entre los días 1 de enero y 31 de diciembre del año 2024 , trabajo para el cual se plantea el siguiente objetivo general:

El objetivo principal de la Auditoría Financiera de Gestión y Resultados es determinar si la información financiera, presupuestal, de gestión y resultados de una entidad está conforme con el marco regulatorio aplicable y si cumple los principios de la gestión fiscal en especial los de eficiencia, eficacia y economía. Incluye los siguientes productos:



1000- 0657

Armenia, Quindío, 14 NOV 2025

Doctor
JOSE ANTONIO CORREA LOPEZ
Gerente
Red Salud ESE Armenia
controlinterno@redsaludarmenia.gov.co
Avenida Montecarlo Urbanización Guaduales de la Villa

REFERENCIA: Comunicación Informe Final de la Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados Red Salud Armenia ESE vigencia 2024

Cordial Saludo.

En desarrollo del proceso de auditoría Financiera de Gestión y Resultados, en la Empresa Red Salud Armenia E.S.E para la vigencia 2024; según memorando de asignación No. 13 de julio 9 de 2025, se comunica FO-VF-AF-11 Modelo 11-AFGR Informe Final.

La carta de observaciones, de la Auditoría- Financiera, de Gestión y Resultados vigencia 2024, fue comunicada mediante el oficio 1003-0638 del 31 de octubre de 2025, para lo cual en el mismo oficio se les informó sobre el plazo para presentar el derecho de contradicción, el cual fue de cuatro (4) días hábiles a partir del recibo de la comunicación.

En este orden, y pasados los 4 días, Red Salud Armenia ESE, dio respuesta a las observaciones planteadas dentro del informe, con oficio 100-01 de 6 de noviembre de 2025, la respuesta se recibió en los correos electrónicos: diqui@contraloriamenia.gov.co, vigilanciafiscal@contraloriamenia.gov.co y contactenos@contraloria-armenia.gov.co, se encuentra en 38 páginas con firmas, y adjunto 8 Anexos.



**CONTRALORÍA
MUNICIPAL
DE ARMENIA**

Una vez validadas las observaciones en el comité técnico de auditoría, realizado el día 11 de noviembre de 2025, se establecieron seis (6) hallazgos administrativos - 2 con solicitud de procedimiento administrativo sancionatorio, para lo cual la entidad conforme a lo establecido en la Resolución 263 de 19 de diciembre de 2024, Metodología, Suscripción y Seguimiento Planes Mejoramiento, deberá suscribir el respectivo Plan de Mejoramiento dentro de los quince (15) días siguientes a la comunicación del Informe Final de Auditoría.

Cordialmente,



CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ OSORIO

Contralora Municipal de Armenia - E

Anexos: Sí X No: _____ Número Archivos/Folios: Archivo.pdf páginas

FECHA	PROYECTO	REVISÓ	APROBÓ
Diciembre 2024	Mauricio Grajales Ocario	Claudia Patricia Fernández Osorio	
NOMBRE: Digny Quintero GE EMAIL: dgq@contraloriaarmenia.gov.co CARGO: Profesional Especializado DTMF CARGO: Director Técnico Vigilancia Pública	dgq@contraloriaarmenia.gov.co	claudia.pfernandez@contraloriaarmenia.gov.co Contralora Municipal de Armenia - E	

Este documento es un escáner digitalizado, suministrado por los firmantes y son válidos para todos los efectos legales de acuerdo a lo establecido en la ley 527 de 1998. Para confirmar y/o verificar la información contenida en este documento, puede comunicarse con los contactos registrados, al pie del nombre del firmante.



**ALCALDÍA DE
ARMENIA**



**Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES**



HALLAZGOS INFORME FINAL:



MODELO 11-AFGR INFORME FINAL

Código: FO-VF-AF-11
Versión: 1.0
Fecha de Elaboración: 27-06-2024
Fecha de Revisión: 27-08-2024
Página 110 de 113

12. RESUMEN DE HALLAZGOS

RED SALUD ESE ARMENIA AUDITORIA FINANCIERA, DE GESTIÓN Y RESULTADOS VIGENCIA AUDITADA 2024

ADTIVO: Administrativo **DISC:** Disciplinario **FISCAL:** Fiscal **PENAL:** Penal
SANC: Sancionatorio

Nº	DESCRIPCIÓN	ADTVO	DISCP	FISCAL (Cantida- d \$)	PENAL	SANC
1	Hallazgo Administrativo N° 1 Por desfinanciación en la cuenta contable 19020201 recursos entregados en administración por valor de \$87.995.761,7 en relación con pasivo laboral reconocido en la cuenta 25120401 cesantías retroactivas por valor de \$2.022.671.630	X				
2	Hallazgo Administrativo N° 2 Por gestión de cobro ineficaz por concepto de incapacidades	X				
3	Hallazgo Administrativo N° 3 Por deficiencias en la estructuración del acto administrativo que soportó las cuentas por pago de la vigencia fiscal 2023 e inexactitud en el FORMATO 11. Ejecución Presupuestal de Cuentas por Pagar	X				
4	Hallazgo Administrativo N° 4 por deficiencias en el procedimiento para realizar modificación y traslado presupuestal de gastos de la vigencia fiscal 2024- Resolución 410 de 22 de Octubre de 2024	X				
5	Hallazgo Administrativo N° 5 Con solicitud de Proceso Administrativo Sancionatorio Fiscal, por errores reiterados en la rendición de la contratación, a través de la plataforma SIA Observa y Plataforma Seccop II	X				X
6	Hallazgo Administrativo N° 6 Con solicitud de proceso administrativo sancionatorio fiscal, por incumplimiento del plan de mejoramiento suscrito de la Auditoría Financiera y de Gestión vigencia fiscal 2022	X				X
TOTAL OBSERVACIONES		6	0	0 (\$)	0	2

110

5.3. FENECIMIENTO DE LA CUENTA FISCAL

La Contraloría Municipal de Armenia, como resultado de la Auditoría adelantada, **Fenece** la cuenta rendida por Red Salud Armenia E.S.E. de la vigencia fiscal 2024, como resultado de la Opinión Financiera limpia, y el Concepto de Gestión y Resultados razonable, como se observa en el siguiente cuadro:



ALCALDÍA DE
ARMENIA



Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES





PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA FINANCIERA, DE GESTIÓN Y RESULTADOS VIGENCIA AUDITADA 2024: Se suscribe el 27 de noviembre 2025 ante la Contraloría Municipal de Armenia.

Remisión al correo electrónico de la contraloría Municipal de Armenia.

The screenshot shows a Gmail inbox with several messages. The message highlighted is from 'Oficina Asesora de Control Interno - contraloria@saludarmenia.gov.co' with the subject 'PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA FINANCIERA, DE GESTIÓN Y RESULTADOS RED SALUD ARMENIA ESE - VIGENCIA 2024'. The message body includes the recipient's name, 'SERVICIOS CONTRALORIA MUNICIPAL DE ARMENIA', and a reference to the 'Plan de Mejoramiento AUDITORIA FINANCIERA, DE GESTIÓN Y RESULTADOS RED SALUD ARMENIA ESE - VIGENCIA 2024'. Below the message, there are attachments including 'PLAN DE MEJ...', 'REPORTE DE...', 'AP-01-01-01...', 'AP-01-01-02...', 'CERTIFICADO...', and 'CERTIFICADO...'. The Gmail interface shows the 'Envíos' tab selected in the sidebar.





PLAN DE MEJORA:

FORMATO Nro 1 PLAN DE MEJORAMIENTO								
Número secuencial	Descripción de la mejora	Análisis de riesgos	Parámetros de Acciones Concretas a desarrollar	Responsables de desarrollo	Nivel Prioritario	Fecha meta	Fechas avances	Indicador de cumplimiento
I	Mantenimiento Administrativo Nro. 1 Previene el deterioro de los bienes y servicios que se generan en el desarrollo de las actividades de la Institución, así como las acciones para su conservación y mantenimiento.	Riesgo: Mantener durante el año 2024 el deterioro de los bienes y servicios que se generan en el desarrollo de las actividades de la Institución, así como las acciones para su conservación y mantenimiento, por valor de \$2.000.000.000.	Actualización del inventario del valor de los bienes y servicios que se generan en el desarrollo de las actividades de la Institución, así como las acciones para su conservación y mantenimiento, para el año 2024.	DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - TURARIO JURÍDICO - FINANCIERA	IMPLEMENTACIÓN -Experiencia de pago de proveedores y ejecución de pagos a proveedores.	1 mes/30	31-04-2024	Transacciones financieras- expresión de pago de proveedores y ejecución de pagos a proveedores.
II	Mantenimiento Administrativo Nro. 2 Previene el deterioro de los bienes y servicios que se generan en el desarrollo de las actividades, así como las acciones para su conservación y mantenimiento.	Riesgo: La gestión administrativa por parte de la Institución no cumple con las normas establecidas, lo que genera un impacto negativo en la ejecución de las actividades.	Implementación de procedimientos para la ejecución de las actividades de acuerdo a las normas establecidas, así como la realización de seguimientos y verificaciones periódicas para garantizar la ejecución efectiva de las actividades.	DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - TURARIO JURÍDICO - FINANCIERA	IMPLEMENTACIÓN -Gestión administrativa - máximo cumplimiento de las normas establecidas.	1 mes/30	31-04-2024	Gestión Administrativa - Atención ciudadana- no evasión administrativa. Código: M-0370-016 - 12.000.000.000 pesos de facturación - cumplimiento y control de calidad de servicios.

III	Mantenimiento Administrativo Nro. 3 Previene el deterioro de los bienes y servicios que se generan en el desarrollo de las actividades, así como las acciones para su conservación y mantenimiento.	Riesgo: La ejecución de las actividades de la Institución no cumple con las normas establecidas, lo que genera un impacto negativo en la ejecución de las actividades.	Actualización del inventario de los bienes y servicios que se generan en el desarrollo de las actividades de la Institución, así como las acciones para su conservación y mantenimiento.	DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - SUBSECCIÓN DE SERVICIOS FINANCIEROS - PREBUDGETARIO	A. Acto de Contratación y sus respectivas fases.	1 mes/30	31-04-2024	A Acto de Contratación y sus respectivas fases.
IV	Mantenimiento Administrativo Nro. 4 Previene el deterioro de los bienes y servicios que se generan en el desarrollo de las actividades, así como las acciones para su conservación y mantenimiento.	Riesgo: La ejecución de las actividades de la Institución no cumple con las normas establecidas, lo que genera un impacto negativo en la ejecución de las actividades.	Implementación de procedimientos para la ejecución de las actividades de acuerdo a las normas establecidas, así como la realización de seguimientos y verificaciones periódicas.	IMPLEMENTACIÓN -FACILITACIÓN -DIFUSIÓN	Diseño	1 mes/30	31-04-2024	Diseño
V	Mantenimiento Administrativo Nro. 5 Cumplimiento de los procedimientos para la ejecución de las actividades de acuerdo a las normas establecidas.	Riesgo: La ejecución de las actividades de la Institución no cumple con las normas establecidas, lo que genera un impacto negativo en la ejecución de las actividades.	Actualización del inventario de los bienes y servicios que se generan en el desarrollo de las actividades de la Institución, así como las acciones para su conservación y mantenimiento.	IMPLEMENTACIÓN -DIFUSIÓN - CONTRATACIÓN	Actualización y diseño	1 mes/30	31-04-2024	Actualización y diseño

Bogotá, Avenida 16 No. 9-100 Local 100 correo electrónico: revisorinternos@redsaludarmenia.gov.co tel.: 311 3222000 correo de la Auditoría Financiera y de Control Interno Nivel 0002 Fondo: Agencia fiscal 0002	Las autorizaciones y normas que establece la Entidad, no tienen suficientes para orientar las actividades, autorizadas por parte del Ejecutivo, que se realizan en la entidad, lo que genera que se realicen acciones dentro del plan de desarrollo, dentro de acuerdo con las acciones, que se realizan por parte del Ejecutivo y que se realizan específicamente por parte de Red Salud Armenia 0002. No se atiende lo establecido en el artículo 10 de la ley 1000, que establece que no se autorizan, ni se realizan en la Entidad.	Facilitar el conocimiento de información de riesgos potenciales y preventiva resguardando su sensibilidad informática en todo, hasta que trabajo o procedimientos de control se realizan en la entidad, para que no continúe generando el riesgo de generarse el riesgo en el otro en negación del plan de desarrollo, dentro de la organización - riesgo de riesgo, del RAC (RIESGO) y de Procedimientos correspondientes a la Gestión Financiera y de Control Interno, que se asocia a la Caja menor, en cuanto a la imprecisión que existe cuando sobre los recursos de la Entidad - cuadro 5.	RECOPILACION DEL PLANEACION - FINANCIERA - JURIDICA - COMPTADURIA	Autorización del rubro - Actos normativos de gestión regulaciones normativas al plan de desarrollo	11-06-20	Acta número de trabajo - Actos normativos de gestión - regulaciones normativas al plan de desarrollo

[Handwritten signatures]

FECHA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
JESÚS ANTONIO CORNEJO LOPEZ - DCE/ENRY
Proyecto experto Jurídico - Contable: Wilson Mireya Correa - Asesor: Adrián
Proyecto experto Financiero: Alvaro Muriel Antonio Gómez - Proyecto experto Financiero: Rebeca: Lina María Ospina - Relación de Plataforma: Héctor

RECOMENDACIONES ESTRATEGICAS

MIPG: Se trabaja de manera articulada con cada una de las dimensiones dando cumplimiento a la mejora continua en los procesos de la entidad.

Oficina de Control Interno OCI:

Fortalecer el proceso de costos ya que este implica la identificación, medición y análisis de todos los gastos incurridos en la prestación de servicios de salud. Este proceso es fundamental para la gestión eficiente de los recursos, la toma de decisiones financieras y la fijación de tarifas, entre otros aspectos.

Continuar con la realización de los inventarios aleatorios y generales en bienes y farmacia teniendo en cuenta que se consideran actividades que deben hacerse desde la 2^a línea de defensa, lo cual requiere un procedimiento documentado y ser ejecutado por un funcionario asignado, se recomienda automatizar los procesos que conlleven a mejorar los tiempos de operación y a disminuir las actividades administrativas.

Realizar los arqueos de caja teniendo en cuenta el concepto dado por la Directora de Gestión y Desempeño Institucional de la función pública “El ejercicio de arqueos de caja debe considerarse como una actividad de segunda línea de defensa, la cual requiere un procedimiento documentado y ser ejecutado por un servidor de mayor rango diferente al tesorero o auxiliar que maneja directamente los dineros de la caja menor. En su caso, sería necesario revisar dentro de la estructura organizacional (organigrama) quién es el llamado a llevar a cabo los



arqueos de caja correspondientes, los cuales como se ha expresado deben responder a un procedimiento o estructura del control adecuada para que se haga de forma objetiva y permita dejar las evidencias o trazas de su aplicación; en el evento de no existir este nivel para la segregación adecuada de esta función, el Representante Legal puede definir una instancia interna que haga parte de la gestión para que ejecute el arqueo"

Se recomienda fortalecer aspectos relacionados con el establecimiento de estándares de archivo, a fin de determinar los mecanismos para el manejo de los soportes documentales, con el fin de fortalecer las acciones de gestión documental en la Oficina Asesora Jurídica –en especial a los profesionales que atienden las actuaciones litigiosas de la Entidad– lo respectivo al archivo, custodia y preservación de la documentación a su cargo, que se encuentre de conformidad a la Ley General de Archivo.

Continuar con el fortalecimiento del proceso de publicación SIA OBSERVA – SECOP II, con capacitaciones al personal de planta, Supervisores y contratistas encargados de hacer los respectivos reportes.

Fortalecer el proceso de cobro coactivo de Res Salud ESE, desde los procesos financieros (Cartera) y desde el área Jurídica, con la contratación de personal Idóneo y en aras de mejorar el flujo de los recursos y la reducción de la cartera que cada vez se incrementa más.

Dar cumplimiento al Principio de Planeación como elemento indispensable en la administración pública, el cual hace parte integral e inamovible de las actividades que ejerce el Estado sobre la sociedad y es un Principio que determina el éxito o fracaso que se puede tener en cualquier actividad que se adelante en la entidad.

AUSTERIDAD DEL GASTO:

De acuerdo con la información registrada en los formatos y los soportes suministrados por cada uno de los responsables y conforme con las evidencias presentadas respecto de la austeridad del gasto del primer, segundo y tercer trimestre 2025, es importante:

Establecer medidas de autocontrol y seguimiento a cada uno de los rubros objeto de control y aplicación de las Políticas de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público conforme con lo señalado en el Decreto 1068 de 2015 del Sector Hacienda y Crédito Público, la Circular No. 05 de 2019, decreto 984 del 14 de mayo de 2012. El cual modifica el artículo 22 del decreto 1737 de 1998. Decreto 199 del 20 de febrero de 2024“ por el cual se establece el plan de austeridad en el gasto público 2024”. Proyecto de Decreto “Por el cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto 2025 para los órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación.”. y las políticas de austeridad formuladas por la entidad, adoptadas mediante Resolución No. 465 del 05 de diciembre de 2024 y la directiva presidencial 08 2022 - directrices de austeridad hacia un gasto público eficiente. Directiva Presidencial 002 de 2023 Presidencia de la República - directrices de austeridad hacia un gasto público eficiente.

Cesantías Retroactivas: Enviar los recursos al rubro de acuerdo a la normatividad vigente. **ESTE SE ENCUENTRA EN PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORIA MUNICIPAL DE ARMENIA.**

Sentencia y conciliaciones: Enviar los recursos al rubro de acuerdo a la normatividad vigente.

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:

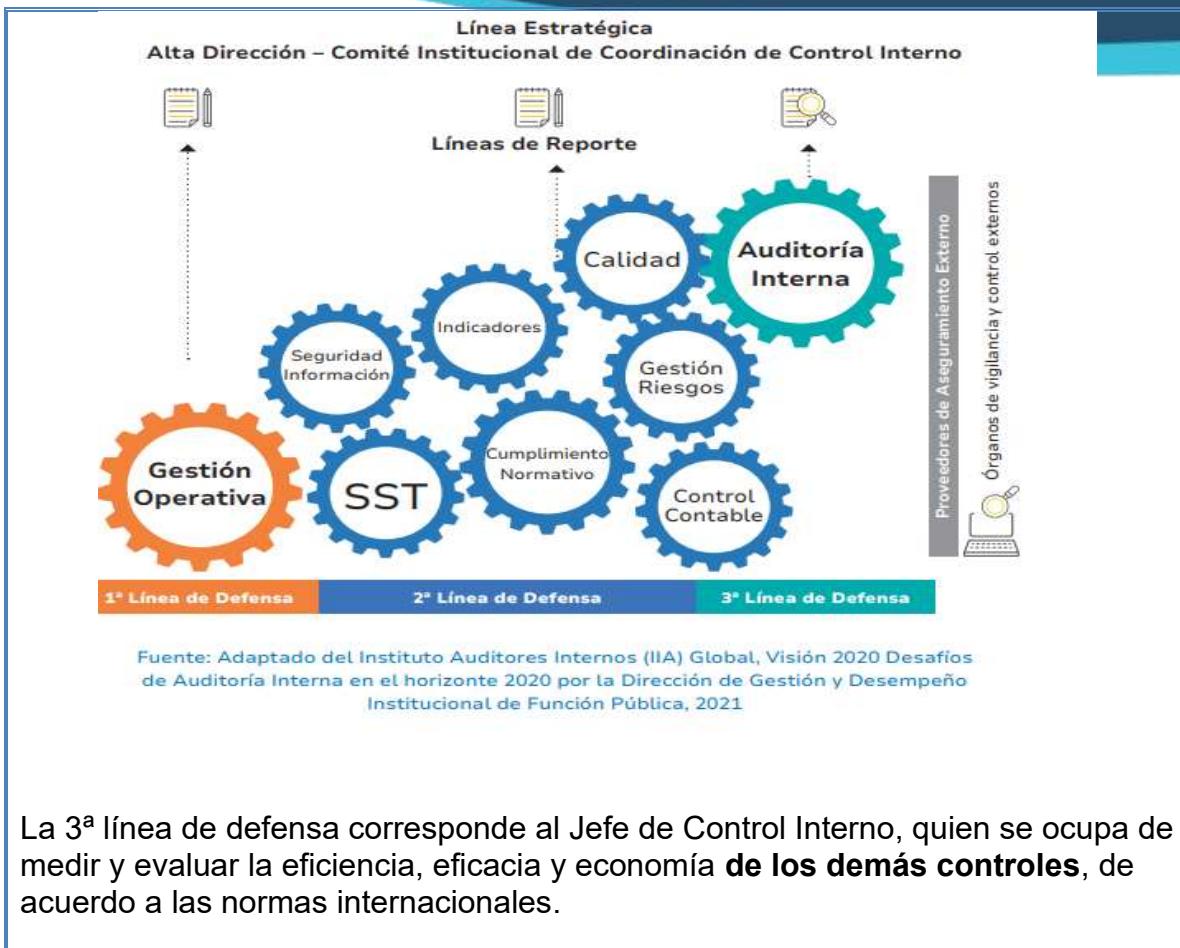
- Red Salud Armenia ESE cuenta con mejoras en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, se tiene implementado el proceso de mejoramiento continuo, el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos y la calidad en la información y el servicio, igualmente se cuenta con la implementación permanente de MIPG.
- El sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE ha propiciado espacios adecuados que permiten definir, hacer seguimiento, corregir y alcanzar los objetivos evaluados de la entidad propias de su misionalidad. Se realiza un trabajo preventivo y de acompañamiento desde las auditorías internas y el seguimiento a los planes de mejoramiento, permitiendo que desde cada uno de los procesos se logre mejorar los puntos de oportunidad encontrados en las auditorías internas.



- La entidad cuenta con las respectivas líneas de defensa definidas y la OCI cuenta con el apoyo de personal competente para cumplir con las actividades programadas en el plan de auditorías. Continuar con la apropiación del modelo de líneas de defensa, asumiendo los roles y responsabilidades en cada una de las líneas así:



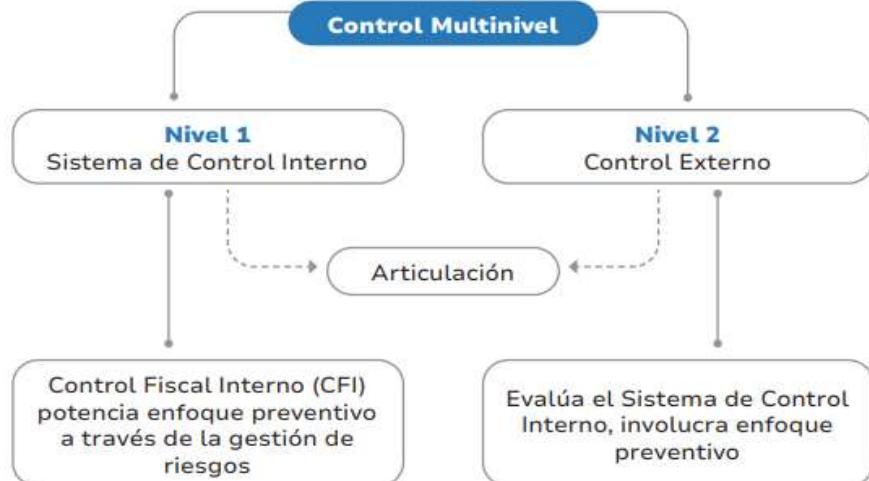
- Se evidencia que Red Salud Armenia ESE cuenta con bondades en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, se tiene implementado el proceso de mejoramiento continuo y el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos y la calidad en la información y en el servicio.



La 3^a línea de defensa corresponde al Jefe de Control Interno, quien se ocupa de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía **de los demás controles**, de acuerdo a las normas internacionales.



Figura 4 Articulación niveles de control



Responsabilidad de todos los servidores públicos (en el marco del esquema de líneas de defensa) y particulares que administran recursos, bienes e intereses de naturaleza pública



Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2022

El Control fiscal Interno (CFI) alude al **primer nivel** para la vigilancia fiscal de los recursos públicos y para la prevención de riesgos fiscales y defensa del patrimonio público. El Control Fiscal Interno, hace parte del Sistema de Control Interno **y es responsabilidad de todos los servidores públicos y de los particulares que administran recursos, bienes, e intereses patrimoniales de naturaleza.**

Se hace entrega de los siguientes informes en el mes de diciembre 2025 y se dejan publicados en la página web de la entidad:

INFORME DE GESTIÓN.

INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL – 2 semestre 2025.

Seguimiento al plan de mejora CMA. Se debe presentar en la rendición de la cuenta de la CMA.

Seguimiento al plan de mejora de contratación.

Seguimiento al mapa de riesgos y al programa de transparencia y ética pública.

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PÚBLICA Y AL MAPA DE RIESGOS DEL TERCER CUATRIMESTRE DEL AÑO 2025. (Diciembre 2025). Se debe presentar en la rendición de la cuenta de la CMA.

Informe SIA OBSERVA –SECOP se notifica a la oficina jurídica.



INFORME DE MIPG 2 SEMESTRE 2025

INFORMES PENDIENTES Y QUE DEBEN SER PRESENTADOS EN EL MES DE ENERO 2026:

INFORME DE AUSTERIDAD DEL GASTO – por cierre financiero.

INFORME DE PQRS – por cierre al 31 de diciembre 2025. Lo deben presentar en enero 2026.

INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE – lo deben presentar en febrero es insumo para reportarlo a la rendición de la cuenta a la CMA.

Evaluación por dependencias: se presenta en enero último día. La información de referencia es el seguimiento al plan de acción PRESENTADO POR EL PROCESO DE PLANEACIÓN.

Informe Derechos de Autor Software – lo presenta sistemas de acuerdo a requerimiento.

Informe MIPG - Lo deben presentar en el mes de enero 2026.

Seguimiento a Inventarios: Farmacia - almacén bodega –se presenta en enero cierre de vigencia 2025.

SEGUIMIENTO A CAJA MENOR – se presenta en enero cierre de vigencia 2025.

ANEXOS

Los archivos físicos de las vigencia 2022-2023-2024 reposan en el archivo central de la entidad. El archivo físico de la vigencia 2025 se encuentra activo en la Oficina de Control Interno.

El archivo digital se encuentra en: G:\Mi unidad

G:\Mi unidad\CONTROL INTERNO 2022

G:\Mi unidad\CONTROL INTERNO 2023

G:\Mi unidad\CONTROL INTERNO 2024

G:\Mi unidad\CONTROL INTERNO 2025.

Atentamente,



LINA MARCELA SIERRA CORREA

Jefe De La Oficina Asesora De Control Interno – Diciembre 2025



ALCALDÍA DE
ARMENIA



Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES



SISTECHOS TURBOS