

INFORME DE GESTIÓN PORMENORIZADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO I 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 30 de junio 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 reinducción 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.



Certificado de diligenciamiento
Vigencia: 2024

Función Pública | FURAG

El Departamento Administrativo de la Función Pública
CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: REDSALUD ARMENIA
DEPARTAMENTO: Quindío
MUNICIPIO: ARMENIA
TIPO DE FORMULARIO: MIPG
ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno
NOMBRE DILIGENCIADOR: Ilna Marcela Sierra Correa con C.C No. 33819664
HABILITADO DESDE - HASTA: 14/03/2025 - 24/04/2025
VIGENCIA REPORTADA: 2024
NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,


LUZ DAIFENIS ARANGO RIVERA
Dirección de Gestión y Desempeño Institucional

Url: <http://furag.funpublica.gov.co/furag/reportes/verificar/certificado/45148245312c489e4d2c4e075d4d2d48>

Fecha de Impresión: 19/03/2025 Hora: 19:46 Página 1 / 1

Carretera 6 No. 12-62, Bogotá D.C., Colombia / Teléfono: 7390959 / Fax: 7390957 / Línea gratuita: 018000 917 770 / Código Postal: 111711
www.funpublica.gov.co / enr@funpublica.gov.co

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

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 CONTROLINTERNO 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 riesgos vigencia 2025.

- 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

12/5/25, 11:38 Correo de Red Salud Armenia - Pieza gráfica



Conoce el Programa de Transparencia y Ética Pública

Red Salud Armenia ESE, 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.

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

ARMENIA

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

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/archivos/1/files/Seguimiento_Programa_Transparencia__Etica_Publica_I_CUATRIMESTRE_2025.pdf

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

SEGUIMIENTOS:

Periodo informado I cuatrimestre (01/01/2024 al 30/04/2024):

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 arroja 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 cargue 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_riegosFiscal_Corrupcion_I_cuatrimestre2025.pdf

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

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

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

✓ **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 2024.
Segundo Trimestre vigencia 2024.


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>

✓ **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 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.



DNDP
Dirección Nacional de Derecho de Autor
Ministerio del Interior

CONFIRMACIÓN PRESENTACIÓN INFORME SOFTWARE LEGAL VIGENCIA 2024

Respetado(a) Usuario(a):
Jhoanny Andrés Montoya Granada
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 Derecho de Autor, con éxito el informe de software legal, con los siguientes datos:

Orden	Territorial
Sector	Salud
Departamento	Quindío
Municipio	Armenia
Entidad	Red Salud Armenia E.S.E
Nit	801001440
Nombre funcionario	Jhoanny Andrés Montoya Granada
Dependencia	Sistemas
Cargo	Ingeniero de Sistemas
1. Con cuantos equipos cuenta la entidad	250
2. El software se encuentra debidamente licenciado?	Si
3. ¿Qué mecanismos de control se han implementado para evitar que los usuarios instalen programas o aplicativos que no cuenten con la licencia respectiva?	Existen políticas que se aplican desde la administración del dominio al momento que un usuario ingresa a la red, estas impiden la instalación de aplicativos sin la contraseña de administrador que solo conoce personal autorizado de la Gerencia de TI de manera confidencial. Se actualizó la contraseña de administrador de todos estos equipos y se reevaluaron los privilegios asignados a los usuarios administradores locales, indicando que para seguir contando con los privilegios debes realizar la solicitud por correo justificándolo. Se tiene inventario de software actualizado que sirve como herramienta para verificar los programas que cada equipo puede tener.

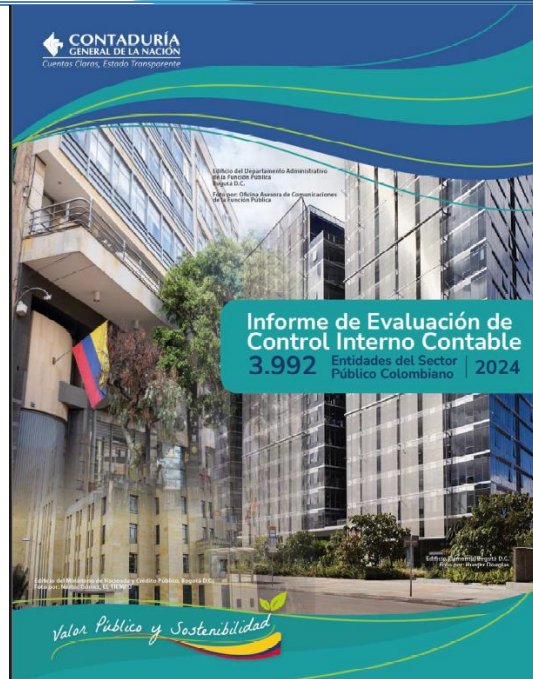
UAE. Dirección Nacional de Derecho de Autor
Dirección: Calle 28 N°13A- 15 Piso 17, Bogotá, Colombia
Teléfono: + 57 (601) 786-62-20
Línea PQRSF: 01 8000 127878

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 11° de la Resolución 411 de 2023, para RED SALUD ESE en la vigencia 2024 se obtuvo 5,00 Eficiente.



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

Datos de la Entidad

- Datos Básicos
- Datos Complementarios
- Responsables
- Solicitud Cambio Estado
- Operaciones Recíprocas
- Consultas
- Datos de Entidad
- Histórico Envíos
- Bodega

Histórico de Envíos

223763001 - E.S.E. Red salud Armenia

Estado: ACTIVO

SubEstado: NINGUNO

Categoría	Periodo	Formulario	Fecha Recepción Contaduría	Fecha Envío Entidad	Estado	Medio	Tipo
EVALUACION DE CONTROL INTERNO CONTABLE	2024-01-12	CONTADOR EVALUACION CONTROL INTERNO CONTABLE	2025-02-09 08:14:38.0	2025-02-09 00:00:00.0	Aceptado	EN LINEA	Categoría

✓ **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 2024 - Seguimiento a indicadores – proposiciones y varios.
- II Comité de Control Interno Vigencia 2024: 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)”.

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 – semestral.

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 semestre 2025.
Programa de transparencia y acceso a la información - Matriz Mapa de Riesgos I cuatrimestre 2025.
GESTION DE LAS TIC - Sistemas: seguimiento matriz riesgos sistemas de la información I cuatrimestre 2024.
GESTION DE AMBIENTE Y RECURSOS FISICOS: Seguimiento a Inventarios: Farmacia - almacén bodega.
GESTION FINANCIERA: seguimiento Arqueos de caja.
Encuesta FORMULARIO REPORTE LEY DE CUOTAS.
Encuesta más jóvenes en el estado – TH.
SOLICITUD DE DATOS INSTITUCIONALES DIRECTIVOS DAFP.
Seguimiento al reporte Matriz ITA – mesas de trabajo.

- 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 NO 2 INFORME DE AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO											
<div><div></div><div>Entidad: Red Salud Armenia ESE Representante Legal: Jose Antonio Correa Lopez NIT: 801001440 Periodos fiscales que cubre: vigencia 2023 Tipo de Auditoria: AUDITORIA FINANCIERA Y DE GESTION DE REDSALUD ARMENIA ESE VIGENCIA 2023. Fecha de Supersalud: Diciembre 2 2024</div></div>											
consecutivo	Descripción hallazgo	Relación de Acciones Correctivas a desarrollar	Meta establecida	Estado	Porcentaje de ejecución	Notas explicativas del avance	Fecha de Seguimiento	Resultado de la Meta	Resultado del indicador	Efectividad de la acción	Observaciones
1	Hallazgo Administrativo No.1 Error en la presentación de estado de flujo de efectivo comparativo rendido por la vigencia 2023.	-Revisar periódicamente la calidad de los reportes financieros por Revisoría Fiscal. -Revisar periódicamente la calidad de los reportes financieros, desde la parte operativa del proceso financiero. -Implementar un sistema de validación cruzada entre las áreas Contabilidad y financiera. -Realizar auditorías preventivas desde la parte operativa del proceso financiero antes de enviar informes.	Presentación correcta y validada del flujo de efectivo comparativo con la vigencia inmediatamente anterior.	Ejecutada	100%	Se realizó la revisión previa de los estados financieros elaborados de 2023, verificando el flujo de efectivo - se cruzó con el balance de prueba del 2024 y se evidenció que no habían errores aritméticos de las cifras de un periodo a otro realizada por el proceso contable - financiera y revisoría fiscal.	Abril 7 2025	100%	Flujo de efectivo sin errores en auditorías - 100 % de CUMPLIMIENTO	Se da cumplimiento a las acciones correctivas con el fin de eliminar el hallazgo. Se da un cumplimiento del 100%	Acta de Conciliación entre áreas contabilidad - presupuesto - tesorería - y sus respectivos anexos - acta de validación entre contabilidad - financiera y revisoría fiscal.
2	Hallazgo Administrativo No.2 Incumplimiento en la presentación de las notas a los estados financieros vigencia 2023 - cuenta 13 RENTAS POR OBSERVAR.	-Revisar periódicamente la calidad de los reportes financieros por Revisoría Fiscal. -Revisar periódicamente la calidad de los reportes financieros, desde la parte operativa del proceso financiero. -Implementar un sistema de validación cruzada entre las áreas Contabilidad y financiera. -Realizar auditorías preventivas desde la parte operativa del proceso financiero antes de enviar informes.	Estados financieros y notas correctamente elaboradas	Ejecutada	100%	Se realizó la revisión previa de los estados financieros elaborados de 2023 y apropiados con la normalidad vigente y sin errores como base para el dictamen de revisoría fiscal.	Abril 7 2025	100%	Notas aprobadas sin observaciones internas - 100 % de CUMPLIMIENTO	Se da cumplimiento a las acciones correctivas con el fin de eliminar el hallazgo. Se da un cumplimiento del 100%	Acta de Conciliación entre áreas contabilidad - presupuesto - tesorería - y sus respectivos anexos - acta de validación entre contabilidad - financiera y revisoría fiscal. Y como electrónico de la revisoría fiscal donde se validan las notas de los estados financieros.
3	Hallazgo Administrativo No.3 con presencia incidencia disciplinaria, inconsistencia entre los valores de los actos administrativos presupuestales aprobados por el COMFES y los actos administrativos presupuestales de la entidad para vigencia 2023.	-Implementar un sistema de validación cruzada entre las áreas presupuestales y financieras. Disponibilidad inicial salida por Acto Administrativo	Consistencia total entre los valores aprobados y ejecutados.	En Avance	50%	La disponibilidad inicial presupuestal se da por acto administrativo se presenta ante la junta directiva y los valores incorporados están certificados por tesorería y financiera para efectos que tengan soporte en los recursos del balance.	Abril 7 2025	50%	Documentos consistentes en auditorías fiscales realizadas por la Revisoría Fiscal. Informes periódicos por parte de la revisoría fiscal y los informes presentados a gerencia y a la junta directiva.	Se presentan avances en el cuarto Acta de Conciliación entre áreas y sus respectivos anexos - revisión de recursos disponibles en tesorería y financiera. La proyección del Acto Administrativo.	Acta de Conciliación entre áreas y sus respectivos anexos - revisión de recursos disponibles en tesorería y financiera. La proyección del Acto Administrativo.

4	Hallazgo Administrativo No.4 Inexistencia en la información del cálculo de Disponibilidad inicial presupuestal para la vigencia 2023.	-Implementar auditorías automáticas para validar las proyecciones iniciales Presupuestales, desde la parte operativa del proceso financiero. -Implementar un sistema de validación cruzada entre las áreas presupuestales y financieras. Disponibilidad inicial salida por Acto Administrativo	Cálculo documentado y confiable de disponibilidad inicial.	En Avance	50%	La disponibilidad inicial presupuestal se da por acto administrativo se presenta ante la junta directiva y los valores incorporados están certificados por tesorería y financiera para efectos que tengan soporte en los recursos del balance.	Abril 7 2025	50%	Documentos consistentes en auditorías fiscales realizadas por la Revisoría Fiscal. Informes periódicos por parte de la revisoría fiscal y los informes presentados a gerencia y a la junta directiva.	Se presentan avances en el cuarto Acta de Conciliación entre áreas y sus respectivos anexos - revisión de recursos disponibles en tesorería y financiera. La proyección del Acto Administrativo.	Acta de Conciliación entre áreas y sus respectivos anexos - revisión de recursos disponibles en tesorería y financiera. La proyección del Acto Administrativo.
5	Hallazgo Administrativo No.5 Irregularidad en la publicación del acto administrativo de la Disponibilidad inicial presupuestal para la vigencia 2023.	-Revisar periódicamente la calidad de los reportes financieros y Presupuestales Publicados en Plataforma. -Revisar periódicamente la calidad de los reportes financieros. -Implementar un sistema de validación cruzada entre las áreas Contabilidad y financiera. -Realizar auditorías preventivas antes de enviar informes.	Publicaciones alineadas con los requerimientos legales.	Ejecutada	50%	validación previa a la publicación desde la parte operativa del proceso presupuestal, desde financiera y revisoría fiscal.	Abril 7 2025	50%	Publicaciones sin irregularidades reportadas. Se cumple para fines abril 2025	Se presenta avance Acta de validación entre presupuesto - financiera. La publicación se cumple en un 100% Se cumple para fines abril 2025.	Acta de validación entre presupuesto - financiera. Acta Administrativo publicado.
6	Hallazgo Administrativo No.6 con presencia incidencia disciplinaria, irregularidad en el Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2023.	-Realizar socialización a los líderes sobre la normalidad de PAA. Establecer mecanismos de seguimiento semestral al PAA para validar ejecución o indicaciones. Establecer dentro de la necesidad un punto que establezca si el proceso está incluido en el PAA.	Seguimiento en los meses de enero/febrero/marzo 2025	En Avance	33%	Circular N°046 necesidades PAA - vigencia 2025 - registro de evidencias revisión PAA (ENFEROS-2025) se realizó la publicación del PAA 2025 - RESOLUCION 037 JUNIO 17 DE 2025 POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES PARA RED SALUD ARMENIA E.S.E 2025. https://www.rechtsaludarmenia.gov.co/portal/ver/financiera/union_PAA_2025.pdf https://www.rechtsaludarmenia.gov.co/portal/ver/financiera/union_PAA_2025.pdf	Abril 7 2025	33%	33.33% porcentaje de seguimiento al PAA	se evidenció que el PAA se trabajó por objeto contractual y se incluyó el proyecto de la obra, se recibió la publicación en la página web de la entidad dando cumplimiento a los términos ley, se envió circular N°046 todos los procesos con el fin de que concuerden que es el PAA y realicen las solicitudes de las necesidades a ser contratadas en la vigencia 2025.	Actas de reunión - registro de asistencia - PAA con modificaciones
7	Hallazgo Administrativo No.7 Deficiencia en materia de publicación en la plataforma SIA OBSERVA.	-Capacitar al personal responsable de registrar, manejar y rendir la información contractual / lista de chequeo de documentos a publicar en el SIA OBSERVA.	2 capacitaciones al año y el 100% de documentos publicados en el SIA OBSERVA con base en la Resolución de la vigencia 2025	En Avance	33%	Oficio No. 0030 relacionado con la socialización de las resoluciones 201, 202, 203 Y 204 DE 2024, expedidas por la CMA, por parte de Red Salud Armenia ESE, por el Representante Legal - financiero y control interno en la socialización de las resoluciones 201, 202, 203 Y 204 DE 2024, por el Representante Legal - financiero y control interno.	Abril 7 2025	33%	2 capacitaciones al año y el 100% de documentos publicados en el SIA OBSERVA con base en la Resolución de la vigencia 2025	se evidenció por parte de Red Salud Armenia ESE la participación del Representante Legal - financiero y control interno del proceso jurídico - financiero y control interno en la socialización de las resoluciones 201, 202, 203 Y 204 DE 2024, por el Representante Legal - financiero y control interno.	Registro de asistencia y certificado del proceso jurídico en el SIA OBSERVA
8	Hallazgo Administrativo No.8 con presencia incidencia disciplinaria, irregularidad en el Contrato de Prestación de Servicios.	-Realizar socialización a supervisores en el contrato sobre las obligaciones establecidas en el manual de contratación de la entidad.	3 capacitaciones a los supervisores y/o apoyo a los supervisores en el año	En Avance	33%	capacitación relacionada con el manual de contratación y las obligaciones de supervisar, realizada por proceso jurídico	Abril 7 2025	33%	100% de ejecución de las capacitaciones y 100% de documentos en el formato	Se evidencia registro de asistencia / certificado de autorización de pago y acta de seguimiento de actividades	Registro de asistencia / certificado de autorización de pago y acta de seguimiento de actividades
9	Hallazgo Administrativo No.9 con presencia incidencia disciplinaria, irregularidad en el Contrato de Compra Venta	-Realizar socialización a supervisores en el contrato sobre las obligaciones establecidas en el manual de contratación de la entidad.	3 capacitaciones a los supervisores y/o apoyo a los supervisores en el año	En Avance	33%	capacitación relacionada con el manual de contratación y las obligaciones de supervisar, realizada por proceso jurídico	Abril 7 2025	33%	100% de ejecución de las capacitaciones y 100% de documentos en el formato	Se evidencia registro de asistencia	Registro de asistencia

LINA MARCELA SIERRA CORREA
Firma JEFE DE CONTROL INTERNO O QUEEN HAYA SUS VECES

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 %



ALCALDÍA DE
ARMENIA



Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES



SOMOS TODOS
SI VULVA SUMO

[illegible][illegible]

LINA MARCELA SERRA CORREA

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.

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 Juridica)
NIT: 801.001.440-8
Periodo fiscal que cubre: VIGENCIA 2024
Tipo de Auditoria: Auditoria Interna Regular de Gestion al proceso de Gestion Juridica - Contratación
Proceso: GESTIÓN JURIDICA - ES-JU-PD-007 - CONTRATACIÓN
Fecha de suscripción: 2 julio 2025

Numero 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 cumplimiento en la plataforma SIA OBSERVA - SECOP, para que estos sean reportados de manera oportuna y en los términos de ley para su respectiva publicación.	2 Circulares informativas a los supervisores donde especifiquen los documentos y tiempos de obligatorio cumplimiento referente al cargue de en las plataformas SIA OBSERVA Y SECOP.	Oficina Asesora Juridica - financiera	10/07/2024	Ejecutada	100%	Se evidencian circulares 19 y 20 de 2025 - tiempos de publicación contractual SIA OBSERVA Y SECOP.	100%
2	Inoportuna 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 Juridica - 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 BOT INGENIERIA SAS.	Hacer el respectivo cobro al proveedor y reintegro a Red Salud para subsanar de manera inmediata. Adicional para vigencia 2025 la entidad de cumplimiento a la normativa de descuentos y pago 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 BOT 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

✓ 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 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 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 acceso a la información 2025.
- Se emitieron oportunamente las recomendaciones a la gerencia y a los líderes de los procesos que la Oficina Asesora de Control Interno considero 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 DAFP.
- 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 Auditoría: 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 auditoría	Código: FO-VF-PF-04
		Versión: 1
		Fecha de Elaboración: 27-06-2024
		Fecha de Revisión: 27-08-2024
		Página 1 de 4

1003- 0401.

REF: A/G-3

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 Auditoría 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 Auditoría 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:

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 2ª 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, 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:

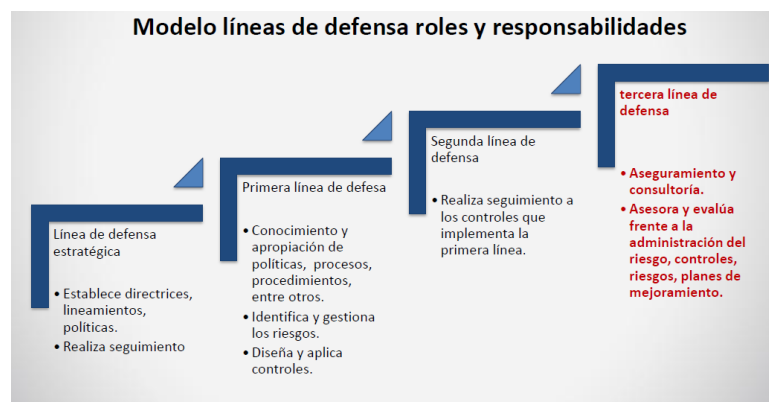
De acuerdo con la información registrada en los formatos y los soportes suministrados por cada uno de los responsables y conforme con las evidencias presentadas respecto de la austeridad del gasto del primer, segundo trimestre 2025, es importante:

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.

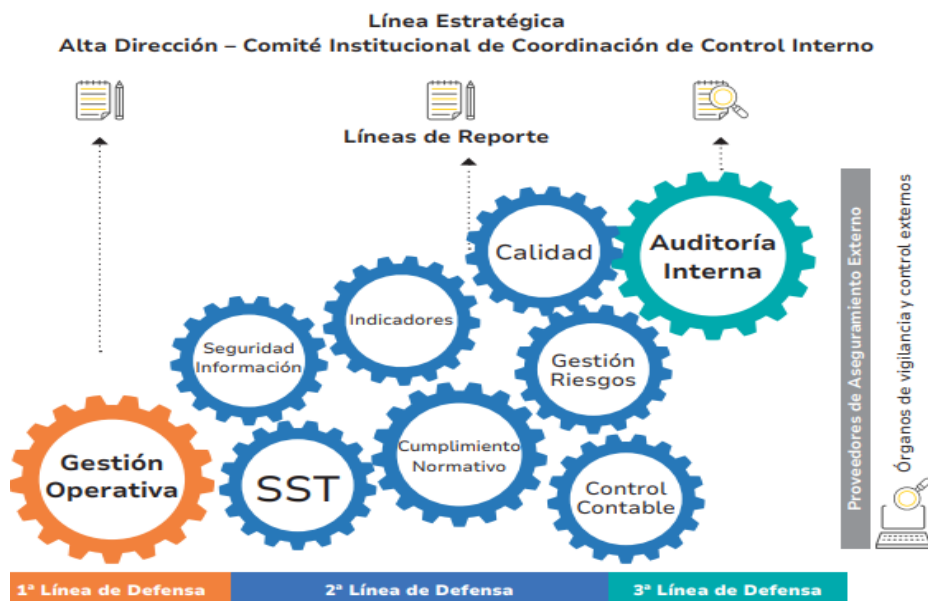
CONCLUSIONES

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:



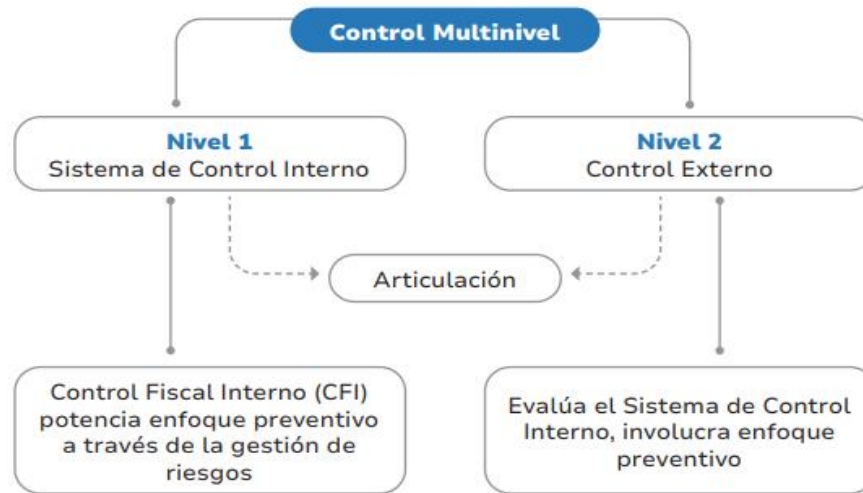
- Se evidencia que Red Salud Armenia ESE cuenta con bondades en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, se tiene implementado el proceso de mejoramiento continuo y el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos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



Fuente: Adaptado del Instituto Auditores Internos (IIA) Global, Visión 2020 Desafíos de Auditoría Interna en el horizonte 2020 por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2021

La 3ª 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**

ANEXOS

NO APLICA.

Atentamente,

LINA MARCELA SIERRA CORREA
Jefe De La Oficina Asesora De Control Interno



ALCALDÍA DE
ARMENIA



Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES

