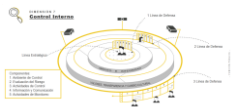


Nombre de la Entidad:		ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO			
Periodo Evaluado:		PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2026			



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

74%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno					
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	La ESE Universitaria del Atlántico a partir de su creación bajo decreto ordenanza 372 de 27 de Octubre de 2021, ha venido construyendo instrumentos soportes para su funcionamiento, para generar un ambiente de control al interior de la institución. Cuenta con una plataforma estratégica, adoptada y divulgada a su talento humano, ha reglamentado comités institucionales a través de los cuales hace seguimiento a las estrategias, planes y programas. Se han documentado algunas políticas institucionales como parte del proceso de implementación de MIPG. Dado el proceso de intervención mediados del mes de agosto de 2025 los avances en actualización de documentos y normalización de manuales, procesos y procedimientos y la interacción de estos con los subsistemas de gestión del riesgo, no han alcanzado el avance esperado a corde a los compromisos adquiridos en el plan de trabajo de intervención antes la Superintendencia de Salud, los cuales son vitales para fomentar una cultura de control y contención del riesgo.			
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	El sistema de Control Interno de la ESE aun se encuentra en proceso de construcción, opera pero con algunas deficiencias dado que a pesar de haber constituido el Comité institucional de coordinación de control interno, el Comité de Gestión de Riesgos, los instrumentos para la implementación del MECI, las líneas de defensa y las políticas de Gestión del Riesgo, todavía están pendientes instrumentos de control como son las caracterización de los procesos de la entidad, los procedimientos documentados de algunos procesos críticos y manuales de gestión, para a través de estos formalizar las actividades de control, la periodicidad de la medición y sus respectivos responsables, lo que redundará en alertas ante posibles situaciones de riesgo o desviaciones de los objetivos institucionales.			
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La ESE UNA cuenta con una estructura organizacional producto del reordenamiento de la Red de Salud del Departamento. Se han definido los niveles directivos, operativos y técnicos para su funcionamiento. Mediante acuerdos de junta directiva han sido adoptados la planta de personal y el manual de funciones y competencias, los cuales han sido modificados durante el proceso de intervención creando algunos cargos dentro de la estructura, como es el caso del Jefe de la Oficina asesora de Sistemas de Gestión para liderar los temas relacionados con el ordenamiento de los Sistemas de Gestión de la ESE. A través de la Resolución 002 de 17 de Enero de 2022 se Crea y Reglamenta el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cual, en su registro de Acta 001-2022 aprueba la Política de Control Interno de la ESE, donde se definen las líneas de defensa de la entidad.1ra Línea: la primera línea de defensa la conformaran los servidores que ostenten un cargo de responsabilidad (Director Técnico o quien haga sus veces), 2da Línea: Jefe Oficina Asesora de Planeación, o quienes hagan sus veces; los Subgerentes, el Jefe de la Oficina Asesora de Sistemas de Gestión, gerentes de riesgos (en el caso que se defina dentro de la planta de personal), líderes o directores de los procesos de contratación, financiera y de TIC. 3ra Línea: Jefe Oficina de Control Interno.			

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	83%	Debilidades: A partir de las evidencias de control registradas en el componente Ambiente de Control, se identifican aspectos que requieren fortalecimiento en el diseño y operación del control. La entidad cuenta con Código de Integridad adoptado; en embargo, aún no se evidencia la formación integral y adopción formal de la Política de Integridad, ni un instrumento suficientemente documental que articule todos sus componentes. De igual manera, el PFTP presenta avance parcial, limitado principalmente a la matriz de riesgos de corrupción y a la estrategia de servicio al ciudadano, por lo que se requiere completar su formulación y seguimiento. También se observan oportunidades de mejora en la socialización y trazabilidad de la línea de denuncia interna, en la actualización de la matriz de riesgos y en la creación completa de los planes institucionales objeto de seguimiento por la Oficina Asesora de Planeación. Fortalezas: Se evidencian elementos relevantes para sostener el ambiente de control, como la adopción y publicación del Código de Integridad, la asistencia de reportes sobre uso inadecuado de información privilegiada conforme a las certificaciones emitidas, la existencia y funcionamiento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la aprobación del esquema de líneas de defensa mediante la política de control interno. Adicionalmente, las actas del Comité evidencian seguimiento a informes presentados por la Oficina de Control Interno y mecanismos de reporte para la toma de decisiones institucionales.	81%	Debilidades: La ESE continua sin adoptar la todos los componentes que conforman la política de integridad. Adicionalmente, aun no se ha emitido un acto administrativo de adopción de dicha política. Atendiendo al cronograma de implementación del SGR y del instrumento "Matriz de Riesgos" de la entidad se proyectó tener calificación de los controles formulados. Sin embargo, debido a la interrupción de algunos procesos dados la medida de intervención forzosa, al cierre del año no se contó con una medición de estos. Al cierre de la vigencia el PIC solo desarrolló el 65% de las capacitaciones programadas y en general los planes que conforman el Plan Estratégico de Talento Humano quedaron por debajo de la meta planteada. Fortalezas: Dada la medida de intervención, la ESE cuenta con una estructura de seguimiento y control a través de la Superintendencia de Salud. Este control se realiza a través de un seguimiento mensual mediante indicadores FENIX y medidas de abordaje inmediato.	2%
Evaluación de riesgos	Si	59%	Debilidades: En la Evaluación de Riesgos se evidencian deficiencias asociadas principalmente a la actualización, seguimiento y uso sistemático de los instrumentos de gestión del riesgo. Aunque existen planes institucionales formulados, publicados y socializados, el Plan de Trabajo de la Intervención continúa el plan de desarrollo, lo que exige asegurar su plena articulación con objetivos estratégicos y operativos. Las políticas de administración del riesgo se encuentran formuladas, pero las matrices que los soportan continúan en revisión y actualización. Asimismo, los informes de medición de la matriz de riesgos de corrupción muestran calificación residual de riesgos, pero no evidencian de manera suficiente planes de seguimiento, evaluación, efectividad de controles ni trazabilidad completa de acciones frente a riesgos materializados. Fortalezas: El componente cuenta con objetivos institucionales y operativos definidos en los planes adoptados para la vigencia, con seguimiento inicial socializado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se evidencian informes de evaluación y seguimiento a planes institucionales, así como mediciones semestrales del Sistema de Control Interno remitidas a los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Estas evidencias constituyen una base para fortalecer la gestión de riesgos, siempre que se consolide la actualización de métricas, la evaluación de controles y la formulación de acciones de mejora.	59%	Debilidades: A pesar de estar programado para el segundo semestre de la vigencia 2025, no se realizó la medición a la efectividad de los controles diseñados para la contención o minimización de los riesgos de gestión formulados en la Matriz de Riesgos Institucional. Fortalezas: La Alta Dirección de la ESE cuenta con el proceso de Gestión de Riesgos debidamente documentado, algunas políticas asociadas a los subsistemas de riesgo, así como la metodología para el monitoreo de la materialización de los riesgos y posteriormente la evaluación de la calidad de los controles implementados.	0%
Actividades de control	Si	58%	Debilidades: En Actividades de Control se observan deficiencias relacionadas con la formulación, actualización y evaluación de controles en procesos críticos. No se evidencian soportes suficientes sobre análisis de cargas, distribución de responsabilidades o situaciones específicas del lineamiento 2.2, aunque se identifican construcciones en algunos supuestos contractuales. Frente a sistemas de gestión y PAMEC, se evidencian resultados de calificación, pero no acto administrativo de apertura de un nuevo PAMEC. En materia de TIC, existen políticas y controles sobre proveedores y usuarios, pero durante el periodo no se evidencian auditorías específicas a procesos de gestión tecnológica ni evaluación integral de los controles asociados. Adicionalmente, la actualización del mapa de procesos exige completar la actualización documental, manuales, procedimientos y riesgos asociados. Fortalezas: Se verificó la existencia de manuales de funciones y competencias para cargos que intervienen en procesos críticos como contratación, pagos, compromisos, presupuesto, tesorería y contabilidad, así como acciones cara asignados en planes de mejora derivados de hallazgos de entes de control. También se evidencia control sobre perfiles, permisos y usuarios del ERP, mediante matriz de usuarios y revisión periódica por parte de la Dirección de TIC. Entre elementos demostrados actividades de control operativas que deben mantenerse y formalizarse dentro del sistema documental actualizado.	63%	Debilidades: La ESE no ha construido algunos instrumentos de monitoreo que son necesarios para la calificación del nivel de desviación de los procesos de gestión (Caracterización de procesos, Política de Planeación Estratégica, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de procesos) que le permita hacer seguimiento a la eficiencia de los controles implementados. En otros casos ha realizado actualizaciones a manuales como el de políticas contables, sin embargo, no ha cumplido con la periodicidad de los lineamientos contables emanados en este documento. Fortalezas: Cuenta con talento humano calificado, conocedor de los procesos que realiza la ESE, por tanto las actividades de control se realizan a pesar de no estar formalmente documentadas. Desde la Dirección de TIC se reforzaron las estrategias de control sobre la creación, eliminación y modificación de usuarios en la ERP de la institución. Con la medida de intervención se creó el Cargo "Jefe Oficina Asesora Sistema Integrado de Gestión" quien será el responsable de liderar el ordenamiento y documentación de los Sistemas de gestión de la institución.	-5%
Información y comunicación	Si	86%	Debilidades: En Información y Comunicación persisten oportunidades de mejora en la gestión documental, caracterización de usuarios y medición de la efectividad de los canales de comunicación. Aunque existe maestro documental y las Tablas de Retención Documental las cuales fueron aprobadas y remitidas al ente convallador y devueltas para su ajuste, se requiere calificar las actualizaciones solicitadas y fortalecer su implementación. Se evidencian canales y procesos de socialización dirigidos a contratistas y terceros, pero se requiere mayor trazabilidad de la efectividad de dichos canales. También se identifican informes de PQRSD y gestión del SIAU, pero no instrumentos suficientemente convallados para medir la efectividad de los canales frente a los grupos de interés ni una caracterización integral de usuarios y grupos de valor. Fortalezas: La entidad dispone de herramientas de información como DINÁMICA GEREINCA, y modelos en Power BI para procesar datos y apoyar la toma de decisiones. Se evidencian fuentes de información institucional, publicación de trámites y planes en el botón de transparencia, políticas de gestión documental, tratamiento de datos y seguridad y privacidad de la información. Además, se cuenta con canales internos y externos como correo institucional, intranet, redes sociales y páginas web actualizadas, lo que favorece la divulgación de la gestión institucional y el acceso ciudadano a la información.	86%	Debilidades: La ESE no lleva registros de calificación de la efectividad de los canales de atención, sin embargo tiene identificados cuales son los de uso frecuente de sus usuarios. Fortalezas: La entidad continuamente se encuentra publicitando su gestión en la página web, donde tiene acceso a vínculos e información de interés para que el ciudadano interactue con la ESE, realice sus trámites y radique PQRSD, informes y gestión de Rendición de cuentas. Se publican los informes de las PQRSD generados por Control Interno y la Oficina de SIAU, Se continua con el ejercicio de socialización de la Política y el Programa de Gestión Documental y las campañas de divulgación de la política de Seguridad y Privacidad de la información.	0%
Monitoreo	Si	86%	Debilidades: En Actividades de Monitoreo se identifican debilidades en la operación sistemática de la segunda línea de defensa y en la trazabilidad de acciones de mejora. Aunque la política de control interno define líneas de defensa y se evidencian sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, solo se evidencia una sesión del Comité de Riesgo durante la vigencia y no se hizo análisis de riesgos. En contratación, los estudios previos contienen matriz de riesgos, pero los informes de supervisión no muestran de forma suficiente reportes específicos sobre riesgos del servicio contratado. También se requiere fortalecer la articulación de PQRSD con acciones de mejora y la formulación de planes de mejoramiento desde Finanzas y Calidad, dado que las acciones identificadas no se encuentran plenamente internalizadas al ciclo institucional de mejora. Fortalezas: El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprobó el Plan Anual de Auditorías de la vigencia 2026 y se evidencian evaluaciones del Sistema de Control Interno reportadas a los líderes de proceso. La Oficina de Control Interno ha practicado auditorías internas a procesos como: caja general, caja menor, normalización, estadística, cartera y planeación financiera presupuesto. Adicionalmente, se cuenta con planes de mejoramiento alertas con Superintendencia y Contraloría, así como seguimiento a evidencias de las acciones planteadas, lo que fortalece la función de evaluación independiente y seguimiento institucional.	86%	Debilidades: No se evidencian auditorías o monitoreos realizados por la 2da línea de defensa. No se evidencian estrategias o registros de autocontrol en los líderes de procesos de la ESE. No se realizaron reuniones del comité de Gestión del Riesgo durante la vigencia. El Comité de Ética dejó de sesionar a partir del mes de Septiembre de 2025. Fortalezas: Se socializa la Política de Control Interno y los informes de calificación del SCL, PQRSO, Austeridad en el gasto, entre otros, en el comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la toma de decisiones, así como el seguimiento a los planes de mejora requeridos por los entes de vigilancia y control. Se cumple con el cronograma de entrega de avances de los planes de mejora levantados por efecto de auditoría de entes de control. Se cumple con la radicación de el Plan de Trabajo de Intervención y la propuesta de línea base para el reporte y monitoreo de Indicadores FENIX	0%

Calificación emitida el 30 de Julio de 2026

Elabora: Yaidid Ruiz Ossio - Jefe Oficina Control Interno