



EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SISTEMA DE CONTROL INTERNO SEGUNDO SEMESTRE 2025

HENRY DARÍO MUÑOZ MONTOYA

Jefe Oficina Control Interno y Evaluación

ADOLFO MARULANDA CALLE

NATALIA SANCHEZ SAENZ

Profesionales Especializados Oficina Control Interno y Evaluación

02/02/2026



Alcaldía de Medellín

Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	3
2. GENERALIDADES	3
2.1. Objetivo General	3
2.2. Objetivos Específicos	3
2.3. Alcance	4
2.4. Criterios - Marco Legal y Regulatorio	4
2.5. Limitaciones:	4
3. RESULTADOS:.....	5
3.1 Resultado Estado del Sistema de Control Interno ESE Metrosalud	5
3.2 Resultado Componentes Modelo Estándar de Control Interno (MECI)	6
3.2.1 Ambiente de Control	6
3.2 Evaluación de riesgos	8
3.3 Actividades de Control.....	9
3.4 Información y Comunicación	11
3.5 Monitoreo	12
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:.....	15

1. INTRODUCCIÓN

El Informe Independiente del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Metrosalud se elabora en cumplimiento de los artículos 209 y 269 de la Constitución Política de Colombia; las Leyes 87 de 1993 y 489 de 1998; los Decretos 648 de 2017 y 1499 de 2017; y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Para ello, se evalúan los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI): ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, mecanismos de información y comunicación, y actividades de monitoreo. Esta evaluación se realiza mediante la metodología y el formato establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), como un instrumento orientado a verificar la efectividad, madurez y evolución del Sistema de Control Interno en la entidad.

En consideración a lo anterior, y en cumplimiento del Plan General de Evaluaciones vigente, la Oficina de Control Interno y Evaluación, en desarrollo de su rol de evaluación independiente, presenta el informe del Sistema de Control Interno correspondiente al segundo semestre de 2025. En este se formulan recomendaciones y se identifican oportunidades de mejora para cada uno de los componentes evaluados, con el propósito de fortalecer el esquema de líneas de defensa, consolidar una cultura orientada al autocontrol, la gestión del riesgo y la mejora continua. Todo ello en coherencia con los principios de eficiencia, eficacia, economía y humanización, y con un énfasis especial en orientar los esfuerzos de la Alta Dirección y del Comité Coordinador hacia el cumplimiento de nuestra promesa de valor: ofrecer servicios de salud centrados en el usuario, idóneos, confiables y accesibles, a través de una red que contribuya al bienestar y la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad en general.

2. GENERALIDADES

2.1. Objetivo General

Realizar la evaluación independiente correspondiente al segundo semestre de 2025 del estado del Sistema de Control Interno de la ESE Metrosalud, con base en los cinco componentes que estructuran el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), desarrollados en la séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Analizando los resultados obtenidos y se generan las recomendaciones orientadas a fortalecer la efectividad y sostenibilidad del Sistema de Control Interno en la entidad.

2.2. Objetivos Específicos

- a. Validar la implementación y operación, en la entidad, de los controles requeridos en cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de conformidad con lo establecido en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- b. Evaluar la efectividad del Sistema de Control Interno en la ESE Metrosalud, presentando los resultados de manera global y cualitativa.



- c. Verificar el estado actual de la operación del esquema de las Líneas de Defensa en la ESE Metrosalud.
- d. Determinar el nivel de avance del Sistema de Control Interno en la ESE Metrosalud, así como su evolución comparativa frente a otros periodos evaluados.

2.3. Alcance

Evaluar el nivel de cumplimiento de los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI): ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, mecanismos de información y comunicación, y actividades de monitoreo. Esta evaluación se realiza empleando la metodología y el formato establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), como un instrumento orientado a verificar la efectividad, madurez y evolución del Sistema de Control Interno en la entidad, durante el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2025.

2.4. Criterios - Marco Legal y Regulatorio

- a. Artículos 209 y 269 de la Constitución Política de Colombia, julio de 1991.
- b. Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones" (en especial el Artículo 14 - modificado por el artículo 156 del Decreto Nacional 2106 de 2019). "El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave".
- c. Ley 1753 de 2015, artículo 133 Integración de Sistemas de Gestión.
- d. Decreto 183 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Artículo 2.2.21.4.9.
- e. Decreto 1499 de 2017, artículo 2.2.23.1. Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno.
- f. Decreto 648 DE 2017, artículo 2.2.21.4.9. Informes jefes de control interno o quienes hagan sus veces.
- g. Circular Externa 100-006 de 2019 Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.

2.5. Limitaciones:

No se presentaron limitaciones durante las fases de la evaluación; se cumplieron los objetivos establecidos y se dio cumplimiento a los tiempos definidos en la normatividad vigente para la presentación del informe de ley.

3. RESULTADOS:

La fuente de información para la generación de los resultados del presente informe se obtuvo a partir de la aplicación del instrumento establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el cual evalúa los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y los lineamientos asociados a cada uno de ellos. Este ejercicio permitió establecer la efectividad y madurez del Sistema de Control Interno en la ESE Metrosalud, durante el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2025.

A continuación, se presentan el resultado global del estado del Sistema de Control Interno de la entidad y los resultados por cada uno de sus componentes, incluyendo las variaciones comparativas año 2024 - 2025, así como las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora identificadas por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno y Evaluación.

3.1 Resultado Estado del Sistema de Control Interno ESE Metrosalud

El resultado global del estado del Sistema de Control Interno de la ESE Metrosalud para el segundo semestre de 2025 fue del **55 %**. Este resultado evidencia avances en la implementación de los componentes del sistema; no obstante, persisten limitaciones en su integración, en el funcionamiento articulado entre ellos y en su adecuada alineación con el esquema de líneas de defensa.

Al comparar los resultados del primer semestre de 2025, que alcanzaron el 48 %, con los del periodo evaluado (55 %), se observa una variación positiva de **7 %**.

Tabla 1. Resultados de la Evaluación Independiente del Sistema de Control interno por Componente 2024-2025

Componente	2024		2025	
	Semestre	Semestre	Semestre	Semestre
	1	2	1	2
Ambiente de control	52%	44%	46%	54%
Evaluación de riesgos	50%	38%	38%	50%
Actividades de control	54%	46%	46%	50%
Información y comunicación	57%	54%	54%	61%
Monitoreo	57%	54%	54%	61%
Estado del sistema de Control Interno de la entidad	54%	47%	47%	55%

Análisis de Resultados:

Clasificación	Descripción	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 3 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
Oportunidad de Mejora	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.
Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 2 (funcionando); 3 (presente) y 1 (funcionando); 3 (presente) y 2 (funcionando); 2 (presente) y 1 (funcionando)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.
Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 1 (presente) y 1 (funcionando); 1 (presente) y 2 (funcionando); 1 (presente) y 3 (funcionando).	No se encuentra presente, por lo tanto, no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

Fuente: Informes evaluación independientes al Sistema de Control Interno 2022-2025. Disponible en la página web <https://www.metrosalud.gov.co/transparencia/informes-meci>

Análisis Resultados de la Evaluación Independiente del Sistema de Control interno por Componente 2024-2025

En el año 2024 se registró una variación negativa al pasar de un resultado del 54 % en el primer semestre al 47 % en el segundo semestre, situación que ubicó al Sistema de Control Interno en condición de Deficiencia de Control, ya sea en su diseño o en su ejecución. Este comportamiento evidenció la necesidad de fortalecer tanto el diseño como la aplicación de los controles, con el fin de garantizar una mayor efectividad del sistema.

Para el primer semestre de 2025, el resultado se mantuvo en el 47 %, lo que evidencia que aún no se habían implementado medidas suficientes y efectivas para mejorar el desempeño del Sistema de Control Interno. En el segundo semestre de 2025, el resultado ascendió al 55 %, lo cual permite concluir que el sistema avanza en el diseño y la consolidación de estructuras documentales adecuadas, soportadas en el SGI Almera, que facilitan su implementación, seguimiento y evaluación. No obstante, aún se requieren mejoras para lograr una integración total y efectiva del Sistema de Control Interno en la ESE.

3.2 Resultado Componentes Modelo Estándar de Control Interno (MECI)

3.2.1 Ambiente de Control

ESTADO: **EN PROCESO**. Se lograron avances significativos para asegurar un ambiente de control en la ESE. Con una variación del 8 % comparativa entre los periodos evaluados 2025 - 1 (46%) y 2025 - 2 (54%), avanzando en la revisión y actualización de políticas, procedimientos y marcos normativos claves del componente.



Fortalezas:

- a. Se han fortalecido los despliegues y las actividades de socialización del código de integridad actualizado con los valores institucionales del servidor público de la ESE Metrosalud.
- b. El Plan de acción institucional cuenta con la Ruta Estratégica: Cultura y Liderazgo, con el Proyecto de Fortalecimiento y Apropiación de la Cultura Organizacional, alcanzando para el año 2025 una ejecución del 100%, con actividades de: Fortalecimiento y apropiación de la política de integridad, las campañas de humanización y capacitaciones en código de integridad a través de la campaña de "diversidad, equidad e inclusión".
- c. La medición de la adherencia al código de integridad presento un resultado del: 99.3%, aplicado a los servidores de la ESE en la evaluación del compromiso #2 del primer período de la anualidad del desempeño laboral año 2025.
- d. La reactivación del grupo de integridad institucional, con un total de cuatro sesiones en el año 2025 con la participación de todos los miembros.
- e. Se formuló el Documento Técnico Gestión de los Conflictos de Intereses, con código PE 01 DT 609/2022. Disponible en el SGI Almera, actualmente en proceso de despliegue y socialización en los medios de comunicación institucional: Despliegues - Mail Master y Reinducción institucional.
- f. Se cuenta con la estructura documental del componente de Ambiente de Control según los lineamientos normativos, esta se encuentran disponible en el SGI Almera, se resaltan los avances en la actualización de los instrumentos de gestión documental y de seguridad de la información liderados por la Dirección de Sistemas.
- g. El Programa gestión preventiva liderado por la Oficina de Control Interno, el cual tiene como objetivo: fortalecer la cultura de control en todos los servidores para el logro de los objetivos institucionales y el fortalecimiento de los principios del Sistema de Control Interno de: Autocontrol, Autorregulación, Autogestión.
- h. El indicador de Cobertura de capacitación de servidores de acuerdo a población objeto definido en el PIC para el último trimestre 2025 es del 96.9%. Para un total de 119 capacitaciones y 1236 servidores beneficiados.

Debilidades:

- a. Se evidencia en la verificación realizada que actualmente se encuentran en funcionamiento de manera óptima la línea ética de denuncias <http://denuncias.metrosalud.gov.co>. En el año 2025 solo se recibió una (1) denuncias en la línea. No se evidencian despliegues, ni actividades de socialización de la línea, ni mecanismos para el seguimiento de la efectividad.
- b. La implementación de las responsabilidades de la primera línea como elemento de mejora de los procesos es muy incipiente frente a los requerimientos del Modelo integrado de gestión MIPG.
- c. La gestión a los riesgos de corrupción no presenta avances en el periodo evaluado, a la fecha no se han vinculado los riesgos de corrupción en los mapas de riesgos de los procesos, el mapa de riesgos de corrupción vigente publicado en la página web institucional esta actualizado al año 2024 con un total de siete riesgos identificados.

d. Al momento de la verificación continúa pendiente la ejecución del proyecto de actualización de la página web institucional, con la cual se pretende garantizar la transparencia y acceso a la información de acuerdo a lo definido en los lineamientos de MIPG, las políticas relacionadas y las normas aplicables.

e. En la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno la Evaluación del cumplimiento de los lineamientos aplicables al PTEE (programa de transparencia y ética empresarial) con corte a junio 30 de 2025, según la Circular 53-5 de 2022 de la Superintendencia de Salud, se alcanzó un cumplimiento del 63.2%.

3.2 Evaluación de riesgos

ESTADO: **EN PROCESO**. Se lograron avances significativos para asegurar la evaluación de riesgos en la ESE. Con una variación del 12 % comparativa entre los periodos evaluados 2025 - 1 (38%) y 2025 - 2 (50%), siendo la variación más alta de los componentes evaluados.

Los avances más representativos se evidencian en la implementación de la documentación del sistema institucional del sistema de gestión de riesgos, la cual incluye los subsistemas de las normatividad aplicable y demás componentes claves.

La oficina de control interno y evaluación programo en el plan de evaluaciones del año 2026, las evaluaciones al programa de transparencia y ética empresarial y la auditoria del sistema de gestión de riesgos, ya que la última evaluación se realizó en el año 2024.

Fortalezas:

a. Se formuló el nuevo plan de desarrollo institucional vigencia 2026 - 2030, liderado por la Oficina Asesora de Planeación y desarrollo organizacional con la participación de los líderes de las dependencias y sus equipos de trabajo, se despliega en el plan de acción institucional con seguimiento trimestral.

b. En el plan de acción institucional se presentan los resultados de la gestión por parte de los líderes de los procesos de manera trimestral. Se actualiza la información en el SGI Almera, se generan los respectivos informes para ser consolidados por la Oficina Asesora de Planeación.

c. El equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno y Evaluación en las auditorías internas (enfoque en riesgos e informes de ley), evalúa el cumplimiento del objetivo del proceso y los indicadores definidos, la adherencia a los procedimientos, y de manera especial la gestión de los riesgos asociados a la unidad auditable, los resultados se presentan a los líderes y sus equipos de trabajo, generando las recomendaciones para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la mejora institucional.

d. Se encuentran disponibles en el SGI Almera la documentación del sistema de gestión de riesgos institucional, que incluye: Políticas, Manuales, Programas, Subsistemas de riesgos aplicables a la ESE.

e. Se evidencian en los informes y presentaciones del plan de acción institucional del año 2025 de la Oficina Asesora de Planeación los avances en la gestión del riesgo institucional, además de los soportes correspondientes del sistema y subsistemas de gestión de riesgos con corte a

septiembre de 2025, incluye: Subsistema Gestión del riesgo en salud - Subsistema de gestión del riesgo Operacional - Subsistema de gestión del riesgo actuarial - Subsistema de Gestión de Riesgo de Crédito - Subsistema de Gestión SARLAFT – SICOF y PTEE: Debida diligencia - Línea de denuncias.

Debilidades:

- a. La evaluación a la eficiencia de los controles y demás aspectos críticos identificados en las auditorías con enfoque en riesgos e informes de ley realizados por parte de la Oficina de Control Interno, se han notificado en los respectivos informes y se presentan en las reuniones del Comité Coordinador. En las actas no se ha dejado evidencia del análisis y acciones tomadas a la gestión de los riesgos y controles presentados en los informes de auditoría de la tercera línea.
- b. A la fecha de generación del informe, continua vacante el cargo de profesional especializado de la oficina de planeación (calidad en salud y gestión del riesgo), quien lidera la administración de riesgos en la ESE y apoya la formulación de los mapas de riesgos y la verificación de los controles como segunda línea a la primera línea responsable de los procesos. Incluyendo monitoreo y gestión de los riesgos de corrupción.
- c. En los informes de la gestión de riesgos presentados no se evidencia el análisis a los riesgos materializados, ni la formulación de los planes de intervención. Para la vigencia 2025, se logró actualizar los mapas de riesgos de los procesos priorizados de: Contratación - Talento Humano - Sistemas - Gestión de la Red, estos se diligenciaron en el formato de Excel, pendiente el ingreso al SGI Almera - Modulo Riesgos.
- d. La primera línea de la ESE no ha asumido autónomamente el monitoreo y seguimiento de los riesgos asociados a sus procesos, ni la verificación de la aplicación de los controles, así como la gestión de planes de intervención.
- e. Se continúan evidenciando deficiencias en la formulación oportuna y efectiva de los planes de mejoramiento derivados de las evaluaciones, conforme al Modelo de Mejoramiento Institucional vigente, incluyendo las auditorías de los organismos de control externo.

3.3 Actividades de Control

ESTADO: **EN PROCESO**. Se ha avanzado en el fortalecimiento de las Actividades de Control. Con una variación del 4% comparativa entre los periodos evaluados 2025 - 1 (46%) y 2025 - 2 (50%), los avances se evidencian en la actualización de la estructura documental de los procesos en el SGI Almera y de los mapas de riesgos por proceso, con un cumplimiento del 80%.

Se recomienda, continuar fortaleciendo los mecanismos de protección de los sistemas de información, la infraestructura de red y de ciberseguridad.

Fortalezas:

- a. La ESE cuenta con el Acuerdo de la junta directiva 410 de 2022. Por medio de la cual se aprueba la modificación de la planta de personal y de la estructura orgánica - funcional de la ESE Metrosalud, incluye el mapa de procesos y el organigrama vigente, los manuales de funciones

y competencias laborales se encuentran actualizados como respuesta al proyecto de modernización de la planta de empleos del año 2022.

b. El Proceso institucional Desarrollo del Sistema de Gestión PE02, establece el objetivo de: Desarrollar de forma integrada los sistemas de gestión aplicables a Metrosalud, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales de forma eficiente y lograr el mejoramiento continuo. Se reporta en el plan de acción institucional un cumplimiento del proyecto Sistema Integrado de Gestión de 100%.

c. De conformidad con el Plan de Evaluaciones aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno para la vigencia 2025, se programaron la realización de los informes de ley, auditorías con enfoque en riesgos, seguimientos a planes de mejoramiento, la formulación del Plan de Evaluaciones 2026 y la autoevaluación del proceso de gestión de la evaluación. Al cierre de la vigencia, se alcanzó un nivel de cumplimiento del 98,2 % en la ejecución del Plan de Evaluaciones para el año 2025.

d. La Oficina de Control Interno y Evaluación durante las auditorías verifica la aplicación de los procedimientos, la gestión de los riesgos y la efectividad de los controles de las unidades auditadas de acuerdo al instrumento definido.

e. En el seguimiento trimestral del plan de acción institucional se presenta el avance del cumplimiento de la gestión de los proyectos asociados a los procesos, la Oficina Asesora de Planeación lidera el seguimiento, además de consolidar las presentaciones y los informes de las dependencias, la Oficina de Control Interno participa del seguimiento realizado de manera trimestral. En estos espacios se generan las alertas para la gestión de los recursos para garantizar la operación de la entidad.

f. La estructura documental de los procesos institucionales, se encuentra disponible en el SGI Almera, se cuenta con un profesional especializado de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional como responsables del control documental. Se reporta en el plan de acción con corte a diciembre de 2025, avances en la actualización de los procesos institucionales: caracterización de procesos 81% - indicadores 90% - normograma 71%.

g. La ESE ha articulado el Plan de Desarrollo con el plan de acción institucional, avanzando en la consolidación de las actividades de control documentadas y alineadas con los objetivos estratégicos, para el plan de desarrollo 2026- 2030, se relacionaron los aspectos relevantes del diagnóstico institucional de acuerdo a la metodología liderada por la Oficina de Planeación, establecieron 3 líneas estratégicas: Sostenibilidad financiera - Gestión y Desarrollo del Talento Humano - Transformación digital.

Debilidades:

a. La metodología para la gestión de riesgos establece las responsabilidades según. El esquema de líneas del MIPG no se encuentra plenamente implementado, las responsabilidades de la primera línea no se ejecutan mientras no se tenga el acompañamiento de la oficina de planeación.

- b. Los controles asociados a los riesgos institucionales no han sido evaluados y verificados por la segunda línea, de manera que se mitigue la materialización de los riesgos, esto incluye la verificación de que los servicios tercerizados cumplan con la calidad de los productos y servicios en los cuales participan.
- c. El mapa de riesgos del proceso gestión de la información actualizado, no tiene documentados riesgos relacionados con la seguridad de la información.
- d. Se establecen los procesos de evaluación de los sistemas de gestión institucional mediante: Las autoevaluaciones y la formulación de los planes de mejoramiento. No se evidencia en las actas del comité coordinador la presentación de los resultados de las autoevaluaciones de los sistemas de gestión ambiental, salud y seguridad en el trabajo como primera línea.
- e. Se evidencia solo una sesión en el año 2025 del Comité de Gestión y Desempeño institucional

3.4 Información y Comunicación

ESTADO: **EN PROCESO**. Se continúa avanzando en el componente de Información y Comunicación. Con una variación del 7 % comparativa entre los periodos evaluados 2025 - 1 (54%) y 2025 - 2 (61%), los avances más representativos se evidencian en la implementación de mecanismos orientados a mejorar la calidad, oportunidad y acceso a la información requerida para la toma de decisiones, así como en la consolidación de los canales de comunicación institucionales y la actualización normativa asociada al proceso de Gestión Documental.

Fortalezas:

- a. El proceso Gestión de Sistemas de Información, se ha consolidado en el año 2025 a nivel institucional con un equipo de trabajo que ha contribuido a garantizar sistemas de información para capturar datos, procesarlos y entregar información oportuna y confiables para la planeación y operación de los procesos, además de formular proyectos para la modernización, automatización y suficiencia de la tecnología.
- b. El desarrollo del cubo de información Power BI - Población Contratada, se actualiza mensualmente con la información suministrada por el asegurador y la Secretaria de Salud, condición que permite tener la información de la población asignada para la atención, con la ubicación geográfica para la distribución en cada punto de atención, caracterización por edad, tipo de afiliación. Se complementa con el cubo de detalle de atención para efectos de facturación y demás del proceso asistencial.
- c. En 2025 se alcanzó una tendencia positiva con respecto a los resultados de satisfacción de los clientes internos por la provisión de herramientas y el soporte de la información para el desarrollo de los procesos asistenciales, administrativos y financieros de la ESE.
- d. Se formuló el Programa de Gestión Documental con código PE02. FR 117 -2025 y su respectivo programa PGD 2025 - 2029, disponibles en el SGI Almera. El programa define los lineamientos para la regulación del proceso de gestión documental en la ESE y garantiza el cumplimiento normativo.
- e. El Plan de Comunicaciones vigencia 2025, Gestión de la Comunicación Pública, Organizacional e Informativa, desarrolla acciones de comunicación que permitan satisfacer las

necesidades de información de la institución, mediante herramientas y canales que mejoren el proceso informativo y la apropiación del conocimiento institucional, considera dos componentes: Comunicación interna - Externa, fortaleciendo en las redes sociales de ESE la divulgación de información sobre la gestión institucional y temas de salud de interés general.

f. Se tienen establecidos los mecanismos de integración en el SGI Almera y las resoluciones que los operativizan, como comités directivos y grupos primarios institucionales tanto a nivel central como en la UPSS.

Debilidades:

a. La página Web institucional requiere mejorar en su capacidad buscando se cumpla con todos los requerimientos de la ley 1712 de 2017 de transparencia y acceso a la información, además de la información relevante mínima exigida por los lineamientos de gobierno digital. Se presentan novedades con la actualización como lo establece la Resolución 1519 de 2020 y sus anexos.

b. En la ESE el área de comunicaciones no se encuentra definida como un proceso, ni asociada a uno de los procesos institucionales, ni cuenta con una política operativa según los lineamientos de los sistemas de gestión. Tampoco se encuentra identificada dentro de la estructura organizacional, además no cuenta con indicadores definidos que permitan evidenciar la efectividad de las estrategias comunicaciones implementadas.

c. Se evidencia deficiencias en los mecanismos y su efectividad para garantizar la oportunidad en la respuesta a los derechos de petición que se radican en las ESE y el incumplimiento en la respuesta oportuna se constituye en falta disciplinaria según la Ley 1755 de 2015.

d. De acuerdo a los informes de seguimiento realizados por la Oficina de Control Interno a la gestión de manifestaciones y resultados de la satisfacción del usuario en la ESE, el mayor número de manifestaciones (medidas en quejas y reclamos) se relaciona con el trato recibido (33,67%) y la accesibilidad (23,04%). El menor porcentaje de satisfacción continúa presentándose en el servicio de urgencias, situaciones que ya habían sido expuestas en informes anteriores. No se evidencia la implementación de acciones efectivas para mejorar esta problemática, lo cual exige un compromiso por parte del equipo directivo y de los servidores públicos de la ESE para brindar un trato que refleje los valores institucionales y garantice a los ciudadanos un servicio oportuno y de calidad.

e. El uso de la herramienta - software de correspondencia SEVENET, se encuentra a cargo de las auxiliares administrativas de las dependencias, su manejo y gestión no es aplicado por los directivos como responsables de la comunicación de forma tal que permita un flujo de correspondencia, condición evidenciada en la gestión de los derechos de petición.

f. El indicador de Proporción de cumplimiento del proyecto de Gestión de la tecnología y la información - Transformación digital estratégico para el año 2025, obtuvo un resultado del 48% año, sin lograr la meta del 90%.

3.5 Monitoreo

ESTADO: **EN PROCESO.** Se lograron avances significativos para asegurar las actividades de monitoreo en la ESE. Con una variación del 7 % comparativa entre los periodos evaluados 2025 -

1 (54%) y 2025 - 2 (61%), se ha logrado la aprobación y seguimiento del plan de evaluaciones por parte del Comité Coordinador de Control Interno, así como la presentación de los aspectos críticos evidenciados durante las auditorías realizadas de acuerdo al esquema de líneas de defensa.

Se recomienda fortalecer la toma de decisiones para garantizar el mejoramiento institucional frente a los resultados presentados y las estrategias para el fortalecimiento del sistema de control interno en la ESE.

Fortalezas:

- a. Frente a los lineamientos del componente, la ESE Metrosalud garantiza que los procesos, manuales, políticas y procedimientos asociados se encuentran diseñados y documentados en el SGI Almera.
- b. El proceso de actualización de los procedimientos de Gestión de la Evaluación, en concordancia con las Normas Globales de Auditoría Interna (NOGAI), garantiza el cumplimiento normativo y fortalece la calidad, efectividad y consistencia de las funciones de auditoría interna.
- c. El plan general de evaluaciones de la vigencia 2025, fue aprobado por el Comité Coordinador de control interno Acta N° 06, diciembre 11 de 2024. Incluye las auditorías de: 1. Oficina de Control interno y evaluación (enfoque en riesgos - informes de ley - seguimiento a planes de mejoramiento - actividades de asesoría y acompañamiento, autoevaluación de proceso), 2. Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, 3. Subgerencia red de servicios.
- d. El seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al avance de las acciones del plan único de mejoramiento de la Contraloría Distrital de Medellín y las estrategias para garantizar el cierre efectivo de las acciones, con corte a 31 de diciembre de 2025, logró que solo 14 acciones permanecieran abiertas y 5 quedaran pendientes para evaluar en la visita del ente para el año 2026. El porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora del plan único, fue del: 77,6%.
- e. El cumplimiento de la meta del indicador de Proporción de cumplimiento del plan de evaluaciones año 2025, alcanzó un resultado de 98.2%, cumpliendo la meta.
- f. La ejecución del programa de Gestión Preventiva liderado por la Oficina de Control Interno en el año 2025, fortaleció el rol con enfoque en la prevención y los principios de Autocontrol - Autogestión - Autorregulación con la participación de todos los servidores de la ESE.

Debilidades:

- a. El seguimiento al plan general de evaluaciones a la fecha no incluye análisis de factores de críticos presentados por las dependencias (Oficina de Control Interno - Oficina Asesora de Planeación - Subgerencia de Red de Servicios), ni a los riesgos relevantes que puedan afectar los objetivos institucionales. No se generan las recomendaciones o la toma de decisiones para garantizar el mejoramiento institucional frente a los resultados presentados, ni las estrategias para el fortalecimiento del sistema de control interno en la ESE.
- b. La formulación de los planes de mejoramiento no se realiza de manera oportuna, ni corresponden a un análisis causal de acuerdo a la actual Metodología de Mejoramiento



institucional, además que no se cuenta con líderes o equipos de mejoramiento por procesos que asuman la responsabilidad de garantizar el cierre de brechas, logrando así la eficacia y efectividad de las acciones formuladas y su impacto para la prestación de la atención en la ESE bajo estándares de calidad.

c. El mapa de aseguramiento realizado para la vigencia 2025, no se ha logrado implementar como una herramienta que permite desarrollar un ejercicio de identificación del modelo de las líneas de defensa con el propósito de que la entidad establezca e identifique las responsabilidades y roles que se distribuyen a través de sus servidores frente a la gestión del riesgo y el control.

d. Los resultados de la evaluación independiente al sistema de control interno, y la evaluación del índice de desempeño del sistema de control interno en el aplicativo FURAG, no se han presentado en el Comité Coordinador para que se generen las acciones de mejoramiento de acuerdo a los resultados.

e. No se evidencian en las actas del Comité Coordinador la presentación de los resultados de las auditorías de otros entes de vigilancia y control que realizan evaluaciones independientes en la ESE (Secretaría de Salud de Medellín - Savia Salud EPS), ni el avance en el cumplimiento de los planes de mejoramiento formulados, los cuales están siendo monitoreados por la Oficina Asesora de Planeación y la Subgerencia de Red de Servicios.

f. No se evidencia la formulación de los planes de mejoramiento, ni acciones para intervenir los hallazgos reportados en las auditorías realizadas por la Revisoría Fiscal año 2024 - 2025.

g. De acuerdo a la evaluación a la gestión de Comités año 2025, realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, el Comité de Coordinación de Control Interno alcanza una proporción de cumplimiento de la gestión del 52.2%.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

De acuerdo con el formato establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), como instrumento orientado a verificar la efectividad, madurez y evolución del Sistema de Control Interno en la entidad, se presentan a continuación las conclusiones generales de la evaluación correspondiente al periodo comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2025 en la ESE Metrosalud, elaborado por el equipo auditor.

Fuente de información: Formato evaluación informe independientes al Sistema de Control Interno 2025-2. Disponible en la página web <https://www.metrosalud.gov.co/transparencia/informes-MECI>.

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? EN PROCESO

El nivel de desarrollo del sistema en sus cinco componentes en la ESE Metrosalud se encuentra **EN PROCESO**, con un resultado de **55%**. Durante el periodo evaluado, y según los resultados del instrumento aplicado, se evidencian avances en la implementación de los componentes del sistema; sin embargo, persisten limitaciones en la integración y el funcionamiento articulado de estos, así como en su alineación con el esquema de líneas de defensa.

Al comparar los resultados del primer semestre de 2025 (48%) con los del segundo semestre del mismo año (55%), se observa una variación positiva del 7%. Esto permite concluir que el Sistema de Control Interno cuenta con un diseño y una estructura documental adecuados, soportados en el SGI Almera, lo que facilita su implementación, seguimiento y evaluación. No obstante, se requieren mejoras continuas para lograr una integración total y efectiva del sistema en la ESE.

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda formular acciones de mejoramiento orientadas a: **1)** A la implementación y el fortalecimiento del esquema de líneas del MIPG y su integración con el Modelo Estándar de Control Interno (MECI); **2)** A garantizar la eficacia y efectividad de los controles en cada uno de los procesos institucionales; **3)** A fortalecer el Comité Coordinador como instancia responsable de evaluar la efectividad del Sistema de Control Interno y la operatividad de las líneas de defensa; **4)** A fomentar una cultura de mejoramiento continuo que contribuya al logro de los objetivos institucionales, garantizando la atención en salud bajo estándares de calidad y el cumplimiento del propósito superior de procurar bienestar para las personas, sus familias y la comunidad; y **5)** A fortalecer el despliegue y la adherencia a la documentación disponible en el SGI Almera, así como a los mecanismos de monitoreo y la formulación de acciones por parte de los líderes de proceso y sus equipos de trabajo.

¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados?: SI

De acuerdo con los resultados del nivel de cumplimiento de cada componente, el estado del Sistema de Control Interno en la ESE alcanza un **55%**, conforme al instrumento aplicado. Si bien se evidencia una mejora en todos los componentes durante el periodo evaluado, se identifican oportunidades de mejoramiento para fortalecer las responsabilidades asignadas a las diferentes líneas de defensa, en coherencia con el esquema del MIPG.

Frente a los lineamientos de cada componente, en la ESE Metrosalud se garantiza, en su mayoría, que los procesos, manuales, políticas y procedimientos asociados se encuentran diseñados,



documentados y en proceso de socialización, lo que evidencia que se está dando respuesta al requerimiento (se encuentran presentes). No obstante, se recomienda fortalecer las actividades de seguimiento y evaluación de la efectividad, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la adecuada integración del Sistema de Control Interno.

Asimismo, se recomienda reforzar, en las reuniones del Comité Coordinador de Control Interno, la evaluación del impacto de los resultados de las auditorías en la gestión organizacional y en el cumplimiento de metas y objetivos estratégicos, así como la toma de decisiones basada en dichos resultados y el seguimiento a la efectividad del monitoreo de los controles existentes y de las acciones de mejora.

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: NO

El diseño del esquema de líneas establecido en el Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG, se encuentra estructurado en los soportes documentales de la ESE Metrosalud para la gestión de riesgos; sin embargo, no se ha definido de manera integral para otros componentes de la gestión y del mejoramiento continuo de la entidad.

La implementación de las líneas definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, presenta deficiencias en los diferentes niveles de la estructura organizacional de la ESE, con excepción de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional y la Oficina de Control Interno y Evaluación. Los niveles más operativos son los que presentan mayores debilidades, situación evidenciada en las evaluaciones realizadas por la segunda y tercera línea, a pesar de la existencia de mecanismos establecidos para su difusión.

Finalmente, La Oficina de Control Interno alcanzó el objetivo propuesto de realizar la evaluación independiente correspondiente al segundo semestre de 2025 del estado del Sistema de la ESE Metrosalud, con base en los cinco componentes que estructuran el Modelo Estándar de Control Interno (MECI). Con ello, se dio cumplimiento a la normatividad vigente y a las responsabilidades propias de la tercera línea de defensa. Esta evaluación permitió generar recomendaciones dirigidas a la Alta Dirección y al Comité Coordinador, orientadas a fortalecer la efectividad y sostenibilidad del Sistema de Control Interno en la entidad, en coherencia con nuestra promesa de valor de “propender por un servicio de salud de primer y segundo nivel, centrado en el usuario, idóneo, confiable y con calidad humana”.

En línea con el objetivo del proceso de gestión de la evaluación, orientado a contribuir al mejoramiento continuo institucional, a la eficacia del sistema de gestión y a la generación de valor, se invita a las dependencias responsables evaluadas a implementar las recomendaciones formuladas en el presente informe.

**Aprobación:**

Informe Elaborado por	Natalia Sanchez Saenz – Adolfo Marulanda Calle
Informe Aprobado por	Henry Muñoz Montoya - Jefe Oficina Control Interno y Evaluación
Fecha de aprobación del informe	02/02/2026

