



INFORME DE SEGUIMIENTO FINAL A LA POLÍTICA DE CONTROL INTERNO

Hospital San Juan de Dios de Yarumal

Vigencia evaluada: 2024 (Seguimiento realizado en 2025).

Dimensión MIPG: Control Interno

Política evaluada: Control Interno

Puntaje FURAG: 85,6%

Introducción

La Política de Control Interno del Hospital San Juan de Dios de Yarumal constituye un pilar fundamental del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, orientado a garantizar el adecuado seguimiento, evaluación y mejora continua de los procesos institucionales. Este informe presenta el estado actual, los indicadores, hallazgos, riesgos identificados y recomendaciones derivadas del seguimiento realizado, con el fin de fortalecer la transparencia, la eficiencia y el autocontrol en la gestión hospitalaria.

Alcance del seguimiento

El presente seguimiento abarca la verificación del cumplimiento de las recomendaciones emitidas durante el ciclo anterior del MIPG, la revisión del avance en la implementación de los controles del sistema, la evaluación de su articulación con el Sistema Integrado de Gestión (SIG), el análisis de los instrumentos de planeación asociados y la efectividad de los mecanismos de seguimiento, auditoría y mejora continua.

Estado actual de la Política

El avance de la Política de Control Interno muestra un cumplimiento significativo, pero evidencia la necesidad de fortalecer varios de sus componentes estratégicos, operativos y de seguimiento. Entre los principales hallazgos se identifican:

- Implementación parcial y heterogénea de los controles establecidos en los diferentes procesos institucionales.
- Persistencia de brechas en la formalización y actualización de documentos, formatos e instrumentos asociados al Sistema de Control Interno.
- Necesidad de consolidar un equipo dinamizador o referentes institucionales que articulen las acciones de control interno y cultura de autocontrol.
- Falta de trazabilidad sistemática en los planes de mejoramiento, lo que dificulta evaluar avances reales y la efectividad de las acciones implementadas.
- Evidencias documentales disponibles, pero con bajo nivel de organización, sistematización y uso estratégico para la toma de decisiones.
- Ejecución de auditorías internas y espacios de seguimiento, pero con oportunidades de mejora en la articulación con la gestión del riesgo y el Sistema Integrado de Gestión.
- Controles existentes orientados a riesgos críticos, aunque algunos requieren actualización, refuerzo y verificación más estricta.
- Participación activa en comités, autoevaluaciones, auditorías y actividades



institucionales, lo cual representa un avance clave en materia de compromiso y corresponsabilidad.

- Necesidad de fortalecer la alineación entre el control interno, la gestión del riesgo, el SAC, el SIG y los procesos misionales, para asegurar una operación más integrada.

En términos generales, la política refleja un nivel de avance robusto, pero requiere esfuerzos más estructurados en la formalización de instrumentos, la sistematización de evidencias, la cultura de autocontrol y el seguimiento oportuno de los controles críticos para alcanzar niveles óptimos de madurez institucional.

Indicadores de la Política

A continuación, se presentan los indicadores estándar recomendados para el seguimiento de esta política en las categorías de gestión, resultado, producto e impacto:

Indicadores de Gestión

Indicador	Fórmula	Frecuencia	Meta	Fuente de verificación
Cumplimiento del plan de auditorías internas	$(\text{Auditorías ejecutadas} / \text{Auditorías programadas}) \times 100$	Semestral	$\geq 90\%$	Plan de auditorías – Informes
Ejecución del plan de mejoramiento	$(\text{Acciones ejecutadas} / \text{Acciones programadas}) \times 100$	Trimestral	$\geq 85\%$	Plan de mejoramiento – Evidencias
Actualización de controles críticos	$(\text{Controles actualizados} / \text{Controles requeridos}) \times 100$	Semestral	$\geq 80\%$	Matriz de riesgos y controles

Indicadores de Resultado

Indicador	Fórmula	Frecuencia	Meta	Fuente de verificación
Efectividad de los controles evaluados	$(\text{Controles efectivos} / \text{Controles evaluados}) \times 100$	Semestral	$\geq 85\%$	Informes de auditoría
Nivel de cumplimiento del MECI	$(\text{Requisitos cumplidos} / \text{Total requisitos MECI}) \times 100$	Anual	$\geq 90\%$	Autoevaluación MECI

Indicadores de Producto

Indicador	Fórmula	Frecuencia	Meta	Fuente de verificación
-----------	---------	------------	------	------------------------





Informes de auditoría elaborados	Nº de informes emitidos	Semestral	100%	Archivo SIG – Control Interno
Controles formalizados	Nº de controles formalizados	Anual	≥ 90%	Matriz de riesgos – Documentos soporte

Indicadores de Impacto

Indicador	Fórmula	Frecuencia	Meta	Fuente de verificación
Reducción de hallazgos repetidos	$(\text{Hallazgos repetidos} / \text{Hallazgos ciclo anterior}) \times 100$	Anual	≤ 10%	Informes auditoría
Incidencia de riesgos materializados	$(\text{Riesgos materializados} / \text{Riesgos evaluados}) \times 100$	Anual	Tendencia a la baja	Matriz de riesgos – Reportes

Hallazgos del Seguimiento

Fortalezas

- Existencia de mecanismos formales de auditoría interna.
- Participación activa de Control Interno en comités misionales y de apoyo.
- Disposición institucional para fortalecer la cultura de autocontrol.

Debilidades

- Falta de trazabilidad robusta en los planes de mejoramiento.
- Instrumentos y controles documentales con bajo nivel de actualización.
- Procesos de seguimiento sin estandarización plena.

Oportunidades

- Integración con procesos del SIG y Gestión del Riesgo.
- Fortalecimiento del monitoreo a través de herramientas digitales.
- Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del hospital.

Amenazas

- Riesgos institucionales críticos sin controles ajustados.
- Posibles reprocesos administrativos por falta de sistematicidad.
- Escasa cultura institucional de reporte temprano de alertas.

Riesgos Identificados





Riesgo	Causas	Consecuencias	Controles existentes	Controles propuestos
Falta de actualización de controles críticos	Desactualización del MPP y matrices	Materialización de riesgos operativos	Auditorías internas	Actualización periódica de matrices; estandarización del proceso de revisión
Baja trazabilidad del plan de mejoramiento	Falta de herramientas y responsables definidos	Repetición de hallazgos	Planes parciales reportados	Creación de tablero de control institucional
Debilidad en cultura de autocontrol	Capacitación insuficiente	Errores no detectados oportunamente	Socialización básica	Programa institucional de autocontrol

Conclusiones

La Política de Control Interno presenta avances relevantes que demuestran compromiso institucional, especialmente en auditorías, seguimiento y participación en comités. Sin embargo, persisten debilidades asociadas a la falta de actualización, trazabilidad y formalización de instrumentos clave. El fortalecimiento de la articulación entre los sistemas institucionales y la consolidación de equipos dinamizadores serán esenciales para lograr un nivel de madurez superior.

Recomendaciones

1. Actualizar y estandarizar la matriz de riesgos y controles institucionales.
2. Implementar un tablero digital para el seguimiento del plan de mejoramiento.
3. Crear o designar un equipo dinamizador de Control Interno.
4. Realizar auditorías enfocadas en controles críticos y riesgos recurrentes.
5. Fortalecer la cultura de autocontrol mediante capacitaciones continuas.
6. Articular Control Interno con el SIG y SIAU para optimizar análisis de datos.
7. Documentar y organizar sistemáticamente todas las evidencias del sistema.

Anexos

- Evidencias de seguimiento internas.
- Matriz de riesgos y controles.
- Planes de mejoramiento vigentes.
- Informes de auditoría – último ciclo.

Diego Fernando Hernández
Asesor MIPG

