



Garzón, febrero 6 de 2026

1. OBJETIVO GENERAL

El presente informe tiene como finalidad poner en conocimiento de la Contraloría Departamental del Huila y de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl, el balance integral sobre el desarrollo, avance y evolución del Sistema de Control Interno durante la vigencia 2025.

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017, y demás normas que regulan la función de control interno en las entidades públicas, este documento expone un diagnóstico técnico del estado actual del Control Interno en la E.S.E., con el propósito de:

- Evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas, procesos y procedimientos implementados, en relación con la gestión institucional y la administración de los recursos públicos.
- Identificar fortalezas, debilidades y áreas de riesgo que requieren atención prioritaria, con el fin de proponer acciones de mejoramiento continuo orientadas a la prevención del daño antijurídico y la garantía de la transparencia.
- Evidenciar los avances alcanzados en la consolidación de una cultura de autocontrol, autorregulación y mejora continua, como pilares del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.
- Informar sobre las actividades más relevantes ejecutadas por las diferentes unidades funcionales de la E.S.E., resaltando aquellas que contribuyen al manejo responsable, íntegro y transparente de los recursos públicos y al cumplimiento de los fines esenciales del Estado en materia de salud.

De esta manera, el informe no solo constituye un instrumento de rendición de cuentas, sino también un mecanismo de retroalimentación para la alta dirección y los órganos de control, que permita fortalecer la planeación estratégica, garantizar la eficacia del servicio público de salud y consolidar la confianza ciudadana en la gestión institucional.

2. PERIODO

El presente Informe Ejecutivo Anual de Control Interno corresponde al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, lapso durante el cual la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón desarrolló las actividades de evaluación, seguimiento, asesoría y advertencia previstas en la normatividad vigente.

Durante este periodo se efectuó la verificación del grado de implementación, funcionamiento y fortalecimiento del Sistema de Control Interno, con base en las auditorías internas, seguimientos, evaluaciones periódicas, reportes normativos y demás actuaciones adelantadas por la Oficina de Control Interno, así como en la información suministrada por las diferentes unidades funcionales de la entidad.



INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

El análisis contenido en este informe refleja, de manera integral, el comportamiento institucional del Sistema de Control Interno durante la vigencia 2025, constituyéndose en un insumo técnico y estratégico para la toma de decisiones por parte de la alta dirección y los órganos de control.

3. NORMATIVIDAD O CRITERIOS

El Sistema de Control Interno en la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl se encuentra regulado por un marco jurídico integral que orienta su organización, implementación y evaluación, en aras de garantizar la transparencia, la eficiencia administrativa y el adecuado uso de los recursos públicos. Dentro de las disposiciones más relevantes se destacamos para el presente informe:

- Ley 87 de 1993: Constituye la norma marco para el ejercicio del control interno, define los objetivos, características y principios del Control Interno, estableciendo que su finalidad esencial es asegurar la eficiencia de las operaciones, la protección de los recursos, el cumplimiento normativo, la confiabilidad de la información y la promoción de la cultura del autocontrol. Esta ley es de obligatorio cumplimiento para las E.S.E., las cuales deben organizar su sistema bajo dichos parámetros.
- Decreto 1876 de 1994 – Artículo 21: Norma especial del sector salud que reitera la obligatoriedad para que las Empresas Sociales del Estado implementen y fortalezcan su Control Interno de conformidad con la Ley 87 de 1993. Este decreto resalta la necesidad de articular el control interno a la gestión hospitalaria, de manera que garantice la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.
- Decreto 1499 de 2017: Adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que unifica en un solo marco los sistemas de gestión de calidad, desarrollo administrativo y control interno. A través del MIPG se promueve la gestión articulada de las entidades públicas, fortaleciendo la planeación estratégica, el seguimiento a la gestión institucional, la transparencia y la rendición de cuentas.

Otras disposiciones complementarias:

- Decreto 648 de 2017, que reglamenta los jefes de control interno y precisa sus funciones en materia de evaluación, asesoría y advertencia.
- Constitución Política de 1991, artículos 209 y 269, que consagran los principios de la función administrativa y la obligatoriedad del control interno en las entidades del Estado.
- Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), que refuerza el deber de las entidades públicas de implementar mecanismos de control, prevención y sanción frente a riesgos de corrupción.

En este sentido, el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl se concibe como un instrumento de carácter legal, técnico y administrativo, que permite garantizar la adecuada gestión hospitalaria, la optimización de los recursos y el cumplimiento de los fines esenciales del Estado en materia de salud.



4. INTRODUCCIÓN

La E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley 87 de 1993, el Decreto 2145 de 1999 y demás normas concordantes, presenta a consideración de la Contraloría Departamental del Huila y de la Junta Directiva de la entidad el Informe Ejecutivo Anual de Control Interno, correspondiente a la vigencia 2025.

Dicho informe constituye el resultado integral de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, en ejercicio de sus funciones de asesoría, evaluación y advertencia, sobre el desarrollo y consolidación del Sistema de Control Interno (SCI) de la E.S.E. durante el periodo informado. Su finalidad es suministrar un panorama objetivo y técnico acerca de la gestión institucional, la eficacia de los procesos y la eficiencia en la administración de los recursos públicos.

El documento busca no solo dar cumplimiento a la obligación legal de rendición de cuentas ante los organismos de control, sino también:

- Garantizar la existencia de mecanismos efectivos de seguimiento a la ejecución de la misión institucional, los planes y programas adoptados por la E.S.E.
- Asegurar la promoción de la transparencia, la eficiencia administrativa y la cultura del autocontrol como principios orientadores de la gestión pública en el sector salud.
- Fortalecer la construcción de una visión compartida de gestión hospitalaria, mediante la integración y articulación de los diferentes procesos misionales, estratégicos y de apoyo.
- Consolidar la confianza de los grupos de interés internos y externos, al brindar información clara y verificable sobre los avances y resultados obtenidos en materia de control interno.

De esta manera, el Informe Ejecutivo Anual de Control Interno se erige como un instrumento esencial para la toma de decisiones estratégicas, la mejora continua de la gestión institucional y el cumplimiento de los fines esenciales del Estado, en especial la garantía del derecho fundamental a la salud de los usuarios del hospital.

5. METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente Informe Ejecutivo Anual de Control Interno – Vigencia 2025, la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón adoptó una metodología integral, sustentada en criterios técnicos, normativos y de gestión pública, que permitió evaluar el grado de desarrollo, efectividad y consolidación del Sistema de Control Interno (SCI) durante la vigencia reportada.

La metodología implementada comprendió las siguientes fases y mecanismos:

- 1) Evaluación del Control Interno Contable: En cumplimiento de lo dispuesto por la Contaduría General de la Nación, se desarrolló la evaluación del Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2025, analizando la razonabilidad de la información financiera y contable, así como la aplicación de

los principios de transparencia y responsabilidad en el manejo de los recursos públicos.

- 2) Aplicación de la encuesta MECI – DAFP: Se diligenció el instrumento de autoevaluación diseñado por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), que mide el nivel de implementación de las políticas de gestión y desempeño institucional incluidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Dicho análisis comprendió la valoración de los siguientes ejes: Política General, Planeación Institucional, Gestión Estratégica de Talento Humano, Integridad, Fortalecimiento Institucional, Gobierno Digital, Seguridad Digital, Servicio al Ciudadano, Racionalización de Trámites, Participación Ciudadana, Gestión de la Información y Comunicación, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, Gestión Documental, Gestión del Conocimiento e Innovación, Control Interno, Equidad de la Mujer, entre otros.
- 3) Revisión del cumplimiento de funciones y responsabilidades: Se verificó el estado de cada sujeto del SCI y la disposición de los servidores públicos para atender las tareas asignadas, de acuerdo con el Manual de Funciones y Competencias Laborales, el Modelo de Operación por Procesos y los Manuales de Procedimientos de las diferentes unidades funcionales y servicios asistenciales y administrativos de la entidad.
- 4) Cumplimiento de reportes normativos obligatorios: Se dio estricto cumplimiento a los reportes periódicos exigidos por la normatividad vigente respecto a la labor de las Oficinas de Control Interno, teniendo en cuenta la naturaleza jurídica de la E.S.E. y su clasificación como hospital de nivel II de complejidad.
- 5) Publicación y verificación de la información: En aplicación de los principios de publicidad y transparencia, y conforme a la política institucional de acceso a la información, todos los informes emitidos por la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2025 fueron publicados en el portal web institucional, a disposición de los grupos de interés y órganos de control.

Link de consulta reportes de la Oficina de Control Interno:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

6. AUDITORIAS

Para la vigencia 2025 la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl a través de la Oficina de Control Interno realizó 2 auditorías y 4 seguimientos internos de procesos de acuerdo al plan anual de auditoría, sumo a lo anterior, llevó a cabo seguimiento del plan de mejora resultante de la Auditoria Financiera y de Gestión 2022 realizada por parte de la Contraloría Departamental del Huila, así como la aclaración respuesta IP-037, IP-038 de 2024, apertura de PRF 003-2025 y PRF 019-2025, archivo IP 037-2024 y 050-2024, seguimiento a la cuota de auditaje y unidad de gestión pensional y parafiscal.

6.1 Programa Anual de Auditoría Interna 2025

El Programa Anual de Auditoría Interna de procesos fue adoptado y aprobado mediante la Resolución No 0191 del 03 de abril del 2025, por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cual proyectó un total de 2 auditorías y 4 seguimientos que fueron realizadas por el equipo auditor conformado por un total de 5 funcionarios:

AUDITORIAS INTERNA DE PROCESOS – 2025	N°
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	1
TESORERÍA	2
FARMACIA	3
FACTURACIÓN	4
URGENCIAS - REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	5

EQUIPO AUDITOR – 2025	N°
ANA INÉS PRENT LOSADA	1
EDSON ARMANDO ALVAREZ CAVIEDES	2
CARLOS ALBERTO CEDIEL MUÑOZ	3
ORLEYDA VICTORIA BORJA MACHADO	4
JAIME ORLANDO GÓMEZ GONZÁLEZ	5
(COORDINADOR)	

AUDITORIAS PROGRAMADAS	AUDITORIAS REALIZADAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
5	5	100%

Conforme a los hallazgos, recomendaciones y conclusiones llevadas a cabo en cada una de las auditorías y seguimientos plasmados en los diferentes informes finales de auditoría, podemos concretar por cada una:

Auditoría Interna de Procesos 01 de 2025 – Sistemas de Información: La auditoría se desarrolló entre el 6 y el 9 de mayo de 2025, y su seguimiento el 11 de noviembre del mismo año. Durante la auditoría se identificaron seis hallazgos, todos clasificados como de carácter administrativo y de control. La Unidad Funcional de Sistemas de Información estructuró y ejecutó el correspondiente plan de mejoramiento, el cual fue verificado y plenamente subsanado durante el seguimiento, evidenciándose mejoras en control de accesos, gestión documental técnica, administración de soportes, trazabilidad de incidentes y fortalecimiento del sistema de registro.



Auditoría Interna de Procesos 02 de 2025 – Tesorería: Ejecutada entre el 1 y el 5 de septiembre de 2025, esta auditoría arrojó ocho hallazgos relacionados con control interno contable, manuales operativos, verificación de soportes, conciliaciones y manejo documental. El término para entrega de evidencias conforme al plan de mejoramiento venció el 15 de diciembre de 2025 sin obtener respuesta. A la fecha del

corte del informe, los hallazgos se encuentran en proceso de implementación y cierre progresivo, por ello, se programará el seguimiento para la vigencia 2026



Seguimiento 01 – Farmacia: El seguimiento se efectuó entre el 9 y el 11 de abril de 2025, sobre los seis hallazgos derivados de la auditoría de la vigencia anterior. La verificación en campo y documental permitió establecer que la unidad cumplió en su totalidad los hallazgos, dando cierre definitivo al plan de mejoramiento. Se reafirmó la actualización de procedimientos, control de inventarios, adherencia farmacológica y fortalecimiento de mecanismos de trazabilidad.



Seguimiento 02 – Facturación: Ejecutado del 28 de julio al 1.º de agosto de 2025, el seguimiento derivó en un nuevo plan de mejoramiento, integrado por cinco hallazgos, de los cuales tres fueron subsanados plenamente dentro del periodo evaluado. Los dos restantes corresponden a acciones de responsabilidad compartida entre Facturación, Sistemas de Información, Atención al Usuario y otras unidades funcionales, por lo que requieren mayor articulación y seguimiento interdependencial.



Seguimiento 03 – Referencia y Contrarreferencia: Realizado entre el 15 y el 16 de septiembre de 2025, no se generaron nuevos hallazgos. La Oficina verificó que los compromisos derivados de la Auditoría Interna 03 de 2024 se ejecutaron acorde con lo programado, evidenciándose avances significativos en organización documental, tiempo de respuesta, oportunidad en remisiones, controles de seguimiento y articulación asistencial. Se constató un fortalecimiento en la apropiación del proceso por parte de los responsables.



Seguimiento 04 – Urgencias: Ejecutado en paralelo con el seguimiento anterior, 15 y 16 de septiembre de 2025. No se identificaron hallazgos nuevos; sin embargo, el informe evidenció aspectos críticos: Ausencia de un instrumento formal que permita verificar de manera sistemática el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el Manual Administrativo de Enfermería. Necesidad de reforzar la atención y orientación del usuario en la sala de espera por parte del SIAU, considerando la carga asistencial del servicio. Se registraron mejoras importantes en revaloración, aplicación de protocolos clínicos, oportunidad en la atención y continuidad asistencial.



6.2 Auditorías Especiales 01 y 02 de 2025

Auditoría Especial 01 – Reconocimiento y Pago de Vacaciones: Realizada entre el 5 y el 8 de mayo de 2025, con seguimiento del 12 al 13 de septiembre, generó ocho hallazgos, todos plenamente subsanados. La auditoría permitió verificar el cumplimiento normativo en materia prestacional, la trazabilidad en la programación de vacaciones y la adecuada gestión documental.



Auditoría Especial 02 – Verificación de Cuentas Bancarias y Operatividad: Adelantada del 6 al 9 de mayo de 2025, con seguimiento en igual fecha a la auditoría anterior. La auditoría y el seguimiento concluyeron sin hallazgos, confirmando la correcta gestión administrativa, financiera y operativa de las cuentas bancarias institucionales.



6.3 Seguimiento a Activos Fijos – Revisoría Fiscal

La visita se desarrolló el 30 de octubre de 2025, tomando como base el Informe Final de Activos Fijos emitido por la Revisoría Fiscal el 25 de agosto de 2025. Los resultados fueron los siguientes:

- Los hallazgos fueron plenamente subsanados, evidenciándose la existencia, ubicación y operatividad de los bienes.
- Las inconsistencias documentales iniciales (actas sin firma, registros no actualizados en Dinámica, placas deterioradas) fueron corregidas o se encuentran en proceso de formalización.
- Se fortaleció el control patrimonial institucional, garantizando coherencia entre lo físico, contable y administrativo.
- Se redujeron los riesgos de pérdida o desactualización del inventario.
- Se destacó el compromiso interdependencial en la actualización y custodia de bienes.



6.4 Seguimiento a Planes de Mejora Internos 2025

Mediante comunicación oficial, se solicitó a las unidades funcionales la entrega de planes de mejoras vigentes, obteniendo los siguientes

Calidad: Mantiene un ciclo constante auditoría–compromiso–seguimiento, con quince auditorías y sus respectivos seguimientos. No presenta planes de mejora formales, pero sí compromisos derivados del PAMEC y mejoras sostenidas en indicadores críticos.

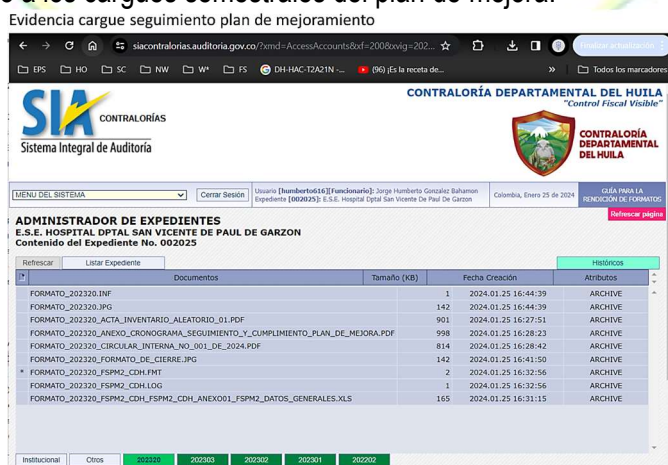
Consulta Externa: Presentó seis planes de mejora, con entre 3 y 17 hallazgos por plan, responsables definidos y acciones verificables. Se observan hallazgos recurrentes que requieren sostenibilidad operativa.

Ingeniería Ambiental: Reportó planes mensuales enero–junio con 1 a 2 hallazgos por mes, centrados en residuos hospitalarios, rutas, rotulación, inventarios y capacitación. El cumplimiento es del 100 % en la mayoría de actividades.

7. AUDITORÍAS EXTERNAS Y PROCESOS CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL HUILA

Auditoría Financiera y de Gestión 2022: Para la vigencia 2025 la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul dio respuesta a las actividades programas en el plan de mejora resultado de la Auditoría Financiera y de Gestión 2022 realizada por parte de la Contraloría Departamental del Huila, el 31 de enero de la vigencia 2025 se dio cumplimiento a los cargues semestrales del plan de mejora:

Evidencia cargue seguimiento plan de mejoramiento



Referencia	Documento	Tamaño (KB)	Fecha Carga	Historial
FORMATO_202320.INP		1	2024.01.25 16:44:39	ARCHIVE
FORMATO_202320.JPG		142	2024.01.25 16:44:39	ARCHIVE
FORMATO_202320_ACTA_INVENTARIO_ALEATORIO_01.PDF		901	2024.01.25 16:27:51	ARCHIVE
FORMATO_202320_ANEXO_CRONOGRAMA_SEGUIMIENTO_Y_CUMPLIMIENTO_PLAN_DE_MEJORA.PDF		998	2024.01.25 16:28:23	ARCHIVE
FORMATO_202320_CIRCULAR_INTERNA_NO_001_DE_2024.PDF		814	2024.01.25 16:28:42	ARCHIVE
FORMATO_202320_FORMATO_DE_CIERRE.JPG		142	2024.01.25 16:41:50	ARCHIVE
* FORMATO_202320_FSPM2_CDH.FMT		2	2024.01.25 16:32:56	ARCHIVE
FORMATO_202320_FSPM2_CDH.LOG		1	2024.01.25 16:32:56	ARCHIVE
FORMATO_202320_FSPM2_CDH_FSPM2_CDH_ANEXO01_FSPM2_DATOS_GENERALES.XLS		165	2024.01.25 16:31:15	ARCHIVE



INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

Aclaración respuesta IP-037, IP-038 de 2024: De acuerdo a lo solicitado por la Contraloría Auxiliar para la Responsabilidad Fiscal, respecto a la aclaración de la respuesta de la ESE sobre los requerimientos de indagación preliminar, la Oficina de Control Interno acudió al Profesional Universitario de Farmacia donde se indagó y remitió respuesta a la Contraloría:



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAUL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5

Garzón, 17 de febrero de 2025

Doctora:
LILIANA MARCELA PÉREZ BONILLA
Contraloría Auxiliar para la Responsabilidad Fiscal
Contraloría Departamental del Huila

Referencia: Aclaración respuesta IP-037, IP-038 de 2024

Cordial saludo.
De acuerdo a lo solicitado respecto a la aclaración de la respuesta de la ESE sobre los mencionados requerimientos de indagación preliminar, la Oficina de Control Interno acudió al Profesional Universitario de Farmacia donde se indagó lo siguiente:

IP-037-2024: 1.5 "Informe detallado de acciones y medidas tomadas por la ESE para ubicar los medicamentos e insumos faltantes en toma física de la Farmacia", 1.7 "Informe técnico por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE sobre la destinación, existencia y ubicación de los medicamentos e insumos faltantes en toma física de la Farmacia"

Aclaración: "Cada insumo faltante fue buscado en las diferentes Unidades Funcionales de la Institución después de realizada la visita de campo por parte del equipo auditor, encontrándose estos efectivamente allí. En cada ítem se anotó en donde fue encontrado"
(Profesional Universitario-Farmacia)

Apertura de PRF 003-2025 y PRF 019-2025: Una vez notificadas las aperturas de los respectivos procesos, se realizó el envío de la información y documentación, la cual es requerida para que obrara como material probatorio dentro de los respectivos Procesos Ordinarios de Responsabilidad Fiscal:

SOLICITUD INFORMACIÓN PROCESO PRF-003-2025 1.1

CONTRALORIA x



Control interno H. Garzón <controlinterno@hospitalsvpgarzon.gov.co>
para administración ▼

25 mar 2025, 5:05 p.m. ★ ↶ ⋮

Cordial saludo.

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones como facilitador entre la ESE y los entes de control solicita la siguiente información en el marco del proceso de responsabilidad fiscal PRF-003-2025 por parte de la contraloría auxiliar para la responsabilidad fiscal:

"1.1. Copia integral de las PÓLIZAS SEGURO MANEJO GLOBAL DEL SECTOR OFICIAL de la E.S.E. o de aquellas pólizas en las cuales se ampare a los funcionarios de planta de la entidad, y a la entidad misma, respecto a los fallos de responsabilidad fiscal vigentes para los años 2020, 2021, 2022 y 2023."

En el evento de NO existir alguno de los documentos solicitados, por favor expedir certificación en ese sentido, por favor enviar la información a más tardar el viernes 28 de marzo con el objeto de condensar la información y dar respuesta oportuna.

Agradezco la celeridad que le otorgue a la presente solicitud.

Cordialmente,

JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ
Asesor - Oficina de Control Interno

Proyectado por, Jaime Eduardo Quiroz Cabrera



INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2025

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

GARZON – HUILA

PRF 019 2025 - TALENTO HUMANO Y CONTRATACION CONTRALORIA



Control interno H. Garzón <controlinterno@hospitalsvpgarzon.gov.co>
para talentohumano, contratacion

vie, 23 may, 1:25 p.m.

Doctor:

ERNETH POLANIA TAMAYO

Jefe - Oficina de Talento Humano

Doctor:

HECTOR ENRIQUE PEÑUELA ROJAS

Coordinador - Oficina de Contratación

Referencia: Solicitud de Información - PRF 019 2025

Cordial saludo,

La oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones de control y vigilancia para el cumplimiento a los requerimientos realizados por los entes de control a la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paul se permite requerir lo siguiente en el marco del asunto en mención:

- ANEXO, OFICIO SOLICITUD DE INFORMACIÓN CONTRATACION-TALENTO HUMANO.PDF
- ANEXO, PRF 019 2025 SOLICITUD DE INFORMACIÓN.PDF

En el evento de NO existir alguno de los documentos solicitados, por favor expedir certificación en ese sentido.

Archivo IP 037-2024 y 050-2024: Se recibió notificación sobre la orden resultante del análisis mediante el cual se abstiene de iniciar actuación administrativa, de las presuntas irregularidades presentadas por parte de la Contraloría Departamental del Huila.

	CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL HUILA	COMUNICACIONES OFICIALES	PROCEDIMIENTO: A05 CÓDIGO: A05-F07 VERSIÓN: 1 FECHA: 26/08/2024
--	--	-------------------------------------	--

Neiva, 24 de Febrero de 2025

Doctor
CARLOS DANIEL MAZABEL CORDOBA
GERENTE
E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
Calle 7 Sur # 14-69
Garzón

Asunto: COMUNICACIÓN ARCHIVO IP 037-2024

Cordial Saludo

Me permito informarle que la Contraloría Auxiliar para el Control Fiscal de esta Contraloría, mediante Auto de Archivo de fecha 20 de febrero de 2025, ordenó el análisis mediante el cual se abstiene de iniciar actuación administrativa, de las presuntas irregularidades presentadas en E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN – HUILA, según Hallazgo HF- 010-2024, remitido a esta Oficina mediante oficio 120 de fecha 02 de febrero de 2024. No obstante, en el evento de que con posterioridad aparezcan nuevas pruebas que desvirtúen los fundamentos que sirvieron de base para el archivo, se ordenará la reapertura de la actuación fiscal, de conformidad con el artículo 17 de la Ley 610 de 2000.

Atentamente,

LAURA MARÍA LOZANO TOVAR
Auxiliar Administrativo
SECRETARÍA GENERAL
Revisado por: Laura María Lozano Tovar

	CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL HUILA	COMUNICACIONES OFICIALES	PROCEDIMIENTO: A05 CÓDIGO: A05-F07 VERSIÓN: 1 FECHA: 26/08/2024
--	--	-------------------------------------	--

Neiva, 26 de Mayo de 2025

Señor
CARLOS DANIEL MAZABEL CORDOBA
GERENTE
E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA
Calle 7 Sur #14-69
Garzón

Asunto: COMUNICACIÓN AUTO DE ARCHIVO INDAGACIÓN PRELIMINAR IP-050-2024.

Cordial Saludo

Me permito informarle que la Contraloría Auxiliar para la Responsabilidad Fiscal de esta Contraloría, mediante Auto de Archivo de fecha 15 de mayo de 2025, ordenó el Archivo, en el cual se abstiene de iniciar actuación administrativa, de las presuntas irregularidades presentadas en la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA, según Indagación Preliminar IP-050-2024, resultado del análisis del Hallazgo Fiscal No. 014 de 2024 remitido a esta Oficina mediante oficio 120 de fecha 02 de febrero del 2024, por parte de la Contraloría Auxiliar de Control Fiscal.

No obstante, en el evento de que con posterioridad aparezcan nuevas pruebas que desvirtúen los fundamentos que sirvieron de base para el archivo, se ordenará la reapertura de la actuación fiscal, de conformidad con el artículo 17 de la Ley 610 de 2000.

Atentamente,

LILIANA MARCELA PÉREZ BONILLA
Profesional Universitario
CONTRALORÍA AUXILIAR PARA LA RESPONSABILIDAD FISCAL
Revisado por: Liliana Marcela Pérez Bonilla



INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

8. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO – COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL (CNSC)

En virtud del Oficio 2025RS061474 del 13 de mayo de 2025, la Oficina verificó requisitos normativos sobre carrera administrativa en las unidades de Presupuesto y Talento Humano, lográndose concretar:

Aspecto Evaluado	Respuesta / Evidencia	Valoración del Control Interno
Actualización de la OPEC	Confirmada actualización y envío oportuno a la CNSC dentro de los plazos establecidos.	Cumple
Concursos de mérito	No se han abierto concursos; no aplica apoyo logístico o de planeación.	Sin observación actual
Nombramientos en periodo de prueba	No existen funcionarios en periodo de prueba; no se han efectuado nombramientos recientes.	Sin observación actual
Transformación de empleos de carrera a libre nombramiento	No se ha realizado ninguna transformación. Planta de personal vigente conforme a la ley.	Cumple
Evaluaciones de desempeño	Se realizan en los plazos legales; evidencian cumplimiento oportuno.	Cumple
Derecho preferencial de encargo	Existen dos encargos vigentes realizados con observancia de la normatividad y transparencia.	Cumple
Registro Público de Carrera	Trámites de inscripción, actualización y cancelación se realizan dentro de los plazos.	Cumple
Comisión de Personal	Comisión de Personal constituida y en funcionamiento.	Cumple
Manual de funciones y competencias	Manual vigente de 2019; proceso de actualización en curso.	Cumple parcialmente / En mejora
Plan Anual de Vacantes	Alineado con la OPEC y publicado oportunamente.	Cumple
Actualización SIGEP	Todos los servidores tienen hojas de vida actualizadas en SIGEP II.	Cumple



INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN – HUILA

Declaraciones de bienes y rentas	No se especificó en la respuesta; se recomienda verificación adicional.	Requiere verificación
----------------------------------	---	------------------------------

9. SEGUIMIENTO TÉCNICO – CONSTRUCCIÓN NUEVA TORRE DE LA E.S.E.

Los frentes de obra desarrollados evidencian el cumplimiento progresivo del cronograma técnico, destacándose la ejecución de actividades críticas como descabece de pilotes, construcción de muros de contención, fundida de placas aligeradas en múltiples niveles, levantamiento de columnas, conformación de fosos de ascensores, ejecución de tanques técnicos y desarrollo de escaleras y rampas de circulación.

Tanto en el Edificio Asistencial como en el Edificio Técnico, se observa un avance continuo en cimentación, estructura, mampostería e instalaciones eléctricas e hidrosanitarias, lo que demuestra un proceso constructivo sólido y coordinado entre obra e interventoría. El acumulado ejecutado y validado por la interventoría para este periodo asciende a \$16.353.981.864, reflejando un nivel de avance coherente con el desarrollo físico evidenciado.

En síntesis, la obra se encuentra en una fase avanzada de estructuración y consolidación de niveles superiores, con un progreso integral que permite proyectar el cumplimiento del cronograma general, manteniendo un seguimiento técnico riguroso y una ejecución estable en cada uno de sus componentes.

1. El proyecto avanza de acuerdo con la programación general, logrando completar actividades críticas de cimentación, estructuras verticales (columnas y muros), placas aligeradas y parte significativa del proceso de mampostería en los primeros niveles del edificio asistencial. El avance acumulado demuestra un ritmo coherente con el cronograma del contrato de obra.
2. La interventoría mantiene control y seguimiento permanente, documentando actividades ejecutadas, cantidades de obra, valores acumulados y registros fotográficos. Este ejercicio ha permitido validar la correcta ejecución técnica de los procesos constructivos y el cumplimiento de especificaciones contractuales.
3. Los recursos financieros ejecutados corresponden a lo programado, con pagos parciales registrados mediante actas, amortización del anticipo y consolidación mensual de cantidades de obra. Hasta noviembre de 2025, la ejecución económica refleja consistencia con el avance físico reportado.
4. Las actividades estructurales principales del edificio asistencial se encuentran en proceso de consolidación, con avances significativos en:
 - Placas entre pisos.
 - Columnas y vigas principales.
 - Mampostería estructural y no estructural.
 - Instalaciones eléctricas e hidrosanitarias bajo placa.

Esto demuestra que el proyecto ha superado de manera adecuada la etapa más crítica en términos de ingeniería estructural.



INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

5. Se identifican cumplimientos ambientales y de seguridad industrial, evidenciados en el manejo adecuado de excavaciones, disposición de materiales, control de accesos y procedimientos de obra, elementos supervisados en conjunto con la interventoría y el personal contratista.
6. No se reportan suspensiones ni modificaciones contractuales durante el período, lo que confirma estabilidad administrativa y continuidad en la ejecución.
7. El proyecto con corte a 26 de noviembre presenta un avance físico, con un acumulado ejecutado del 29.86%, se recomienda mantener el seguimiento estricto a los frentes críticos y actividades con mayor peso porcentual, reforzando personal y equipos donde sea necesario para garantizar la alineación total con el cronograma base.

10. SEGUIMIENTO CIRCULAR INTERNA 005 DE 2022

Conforme a la Circular Interna No. 005 de 2022 la cual establece de manera clara los parámetros de autorización de descuentos para pago en efectivo (particulares): 20% y 30% de descuento a funcionarios de la E.S.E., familiares en 1er grado de consanguinidad y 1° de afinidad.

Realizado dicho seguimiento se encontró que para la vigencia 2024 el total facturado fue de \$ 324,343,539.00, con descuentos aplicados por \$ 67,821,646.00, equivalente a un 20,91 % del total facturado. Se mantiene la tendencia creciente en el monto total facturado respecto al año anterior, lo cual es coherente con el incremento de la demanda de servicios. Los valores de descuento también se incrementaron proporcionalmente, manteniendo el mismo porcentaje promedio.

11. SEGUIMIENTO A LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS 2024–2025

Durante la vigencia 2025 se realizó el seguimiento a los contratos liquidados al interior de la E.S.E., lográndose concluir que para la vigencia 2024, se evidencio que, aunque existe un volumen contractual considerable (571 contratos), solo el 21,19% se encuentra finalizado, mientras que un 46,23% permanece en estado pendiente y un 32,58% no presenta especificación de estado. Estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento, clasificación y actualización del estado contractual, con el fin de garantizar información oportuna, completa y sistematizada.

En la vigencia 2025, se observo una distribución más detallada y diversificada del estado de los 397 contratos reportados. Sin embargo, persisten aspectos que requieren mayor oportunidad y control, especialmente en lo relacionado con los procesos de liquidación (19,64%), la gestión de firmas (15,61%) y la claridad frente a contratos finalizados o publicados en SECOP (12,34%). Si bien un número importante de contratos permanece vigente (45,84%), se identifican categorías críticas como anulados, terminados anticipadamente o próximos a vencerse, que requieren monitoreo constante.

De manera transversal, los resultados permitieron identificar la importancia de fortalecer la trazabilidad documental y la gestión administrativa del ciclo contractual, garantizando que el estado real de cada contrato se encuentre debidamente registrado y soportado, lo cual facilita el cumplimiento de los tiempos establecidos en los lineamientos internos y en la normatividad que regula la liquidación contractual.



Finalmente, el análisis permitió concluir que la información consolidada constituye un insumo fundamental para la toma de decisiones, la mejora de los procesos internos y el fortalecimiento del control administrativo, razón por la cual resulta indispensable mantener actualizada la base de datos contractual y garantizar la comunicación oportuna entre las áreas responsables.

12. SEGUIMIENTO A CLIMA ORGANIZACIONAL 2025

La encuesta de clima organizacional 2025 evidenció que la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón cuenta con un ambiente laboral mayormente favorable, caracterizado por altos niveles de compromiso, satisfacción y claridad en las funciones del personal. No obstante, se identificarán áreas de mejora prioritarias relacionadas con la dotación de recursos, mantenimiento oportuno, condiciones físicas de trabajo, nivel de ruido, reconocimiento institucional y fortalecimiento de la comunicación interáreas. Estos hallazgos constituyen insumo fundamental para orientar acciones que fortalezcan la Política de Integridad y la gestión del talento humano durante la siguiente vigencia.

13. CONCEPTO DE AUSTERIDAD

Del análisis comparativo de los informes de austeridad del gasto correspondientes a los cuatro trimestres de la vigencia 2025, se evidencia que la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón (Huila) mantuvo un comportamiento del gasto mayoritariamente alineado con los principios de austeridad, racionalización y eficiencia, conforme a la normatividad vigente.

Durante el primer trimestre, se observó una ejecución del gasto orientada principalmente a garantizar la operación institucional y la continuidad en la prestación de los servicios de salud, con rubros de funcionamiento y contratación debidamente justificados, aunque con oportunidades de mejora en la planeación y control de algunos conceptos de gasto.

En el segundo trimestre, el comportamiento del gasto mostró una tendencia de ajuste y control, evidenciándose esfuerzos institucionales por racionalizar recursos, especialmente en servicios, contratación y consumo de bienes, sin afectar la misionalidad de la E.S.E.

Para el tercer trimestre, se identificó una estabilización en la ejecución presupuestal, manteniéndose niveles de gasto coherentes con las necesidades operativas, con mayor control en los rubros sujetos a medidas de austeridad, lo cual reflejó una mejora progresiva en la gestión administrativa y financiera.

Finalmente, en el cuarto trimestre, el análisis permitió evidenciar una mayor madurez en la aplicación de las medidas de austeridad, destacándose una disminución progresiva en algunos rubros de gasto y una ejecución más focalizada en necesidades estrictamente operativas, como el mantenimiento de bienes esenciales para la prestación del servicio de salud.

En términos generales, el comportamiento del gasto a lo largo de la vigencia 2025 muestra una evolución favorable y coherente, con avances graduales en la adopción de prácticas de austeridad, sin perjuicio de la



necesidad de continuar fortaleciendo la planeación, el seguimiento permanente y la cultura institucional de uso eficiente de los recursos públicos.

14. CONCEPTO JEFE DE CONTROL INTERNO

De acuerdo al plan de acción de la Oficina de Control Interno para la vigencia 2025 se logró un nivel de cumplimiento del 100%, y como evidencia, se encuentran las publicaciones en el portal web de la E.S.E.

En ejercicio de las funciones desarrolladas por la Oficina Asesora de Control Interno se puede resaltar que para la vigencia 2025 se reportaron los informes de ley a los diferentes entes de control y vigilancia, así como a la Alta Dirección de la ESE en cumplimiento de la normatividad legal vigente y de la Misión Institucional; los informes reportados fueron:

- **INFORME – EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS:**

Link de consulta: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Recomendaciones: Fomentar la participación de los líderes de las Unidades Funcionales en los diferentes comités institucionales para socializar los avances y novedades que se presenten durante el desarrollo a los planes de acción en especial para dar a conocer aquellas dificultades que influyan e impacten el desarrollo de las actividades y buscar alternativas adecuadas para lograr los objetivos propuestos sin afectar los indicadores de cumplimiento, contribuyendo a la cultura del autocontrol, autogestión, y autorregulación.

- **INFORME – SEGUIMIENTO POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD PPSS:**

Link de consulta:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Se cumplió con el 100% de las actividades programadas en el plan de la vigencia 2025 en el cual se desarrollaron 33 actividades.

Recomendaciones: • Sistematizar las evidencias de cumplimiento de cada una de las actividades del programa • Establecer criterios que permitan el logro de las actividades de los diferentes planes con el menor número de evidencias de manera que una evidencia soporte el cumplimiento de 2 o más actividades mejorando la eficiencia y eficacia del servicio y de la ESE.

- **INFORME – CONTROL INTERNO CONTABLE:**

Link de consulta:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Calificación general del sistema de control interno contable de la ESE: **5.00**, lo cual le da una clasificación de **EFICIENTE**, de acuerdo al resultado del aplicativo SCHIP LOCAL, y cuya información fue suministrada por la unidad funcional de contabilidad.

-Recomendaciones: Mantener actualizado el sistema contable de la ESE en la medida que se modifique o se emitan nuevos lineamientos del ejercicio contable por parte de gobierno nacional, en especial en el ámbito del sector salud.

- **INFORME – ESTADO DE CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2025:**

Link de consulta:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Calificación general estado del sistema de control interno de la ESE: **89%**

- Ambiente de control 67%, Evaluación de riesgos 74%, Actividades de control 88%, Información y comunicación 75%, Monitoreo 86%.

- **INFORME – ESTADO DE CONTROL INTERNO A 30 DE JUNIO DE 2024:**

Link de consulta: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Calificación general estado del sistema de control interno de la ESE: **86%**

- Ambiente de control 75%, Evaluación de riesgos 87%, Actividades de control 92%, Información y comunicación 96%, Monitoreo 93%.

Recomendaciones: Establecer el esquema de líneas de defensa, actualizar el sistema y subsistema de riesgos de la ESE, renovar el equipo de auditor debido a que el 100% de los funcionarios que lo conforman son asistenciales característica que dificulta la interpretación en áreas administrativas en especial las contables y financieras el equipo debe estar conformado por funcionarios tanto administrativos como asistenciales y así lograr un equilibrio y un equipo multidisciplinario.

- **INFORME – AUSTERIDAD DEL GASTO 2025:**

I, II, III, IV Trimestre: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Recomendaciones: Se recomienda fortalecer la planeación anual y el seguimiento trimestral del gasto institucional, estableciendo metas cuantificables de austeridad por rubro y dependencia, que permitan anticipar desviaciones, priorizar el gasto estrictamente necesario para la operación misional y consolidar de manera permanente una cultura organizacional orientada al uso eficiente, racional y responsable de los recursos públicos, sin afectar la continuidad ni la calidad en la prestación de los servicios de salud.

- **INFORME – SEGUIMIENTO AL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO- PQRS 2025:**

1º, y 2º Semestre: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Recomendaciones: Capacitar al personal que realiza el trámite o registro de las PQRS de la ESE para evitar errores en el consolidado y a su vez afecte el registro de indicadores de gestión y de respuestas a los usuarios. Sensibilizar al personal de la ESE en especial al personal asistencial en el buen trato y respeto durante la prestación de los servicios a los usuarios. Reconocer y resaltar la gestión, el compromiso, y la buena labor en el cumplimiento de su deber a los funcionarios que han logrado un reconocimiento a través de la atención prestada a los usuarios independientemente de su tipo de vinculación, área, servicio, o cargo.

- **INFORME – SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2025 – HOY PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA**

Observación: Teniendo en cuenta las actividades del Plan de Transición del Programa de Transparencia y Ética Pública y la guía PTEP – DAFP (2023), la Oficina de Control Interno realizó el correspondiente seguimiento y evaluación encontrando que:

De las actividades programadas se ha dado cumplimiento parcial al 60%, de las actividades, teniendo en cuenta las 4 primeras fases del plan de transición.

Se hace un llamado respecto al cumplimiento de las actividades pendientes y de igual manera un compromiso total para cumplir satisfactoriamente las últimas 2 fases del plan de transición.

Consecuentemente se recomendó socializar el plan de transición con las áreas o unidades involucradas para que tengan conocimiento y se comprometan a culminar de manera satisfactoria el plan de acuerdo a los tiempos previstos de acuerdo a cada una de las fases o actividades en las que estén involucrados y cargar los soportes de las actividades y demás documentación en la unidad compartida T:\DEPENDENCIAS\TODOS\CONTROL INTERNO\PTPEP Programa de Transparencia y Ética Pública: lo anterior para hacer seguimiento y evaluar el cumplimiento al nuevo programa y posteriormente su implementación en la E.S.E. para dar cumplimiento a lo establecido por la función pública.

- **INFORME – LEY DE CUOTAS Y PROGRAMA JÓVENES EN EL ESTADO 2025:**

Link de consulta:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/INFORME-DE-SEGUIMIENTO-LEY-DE-CUOTAS-ESTRATEGIA-MAS-JOVENES-EN-EL-ESTADO-2024.pdf>

Recomendaciones: Se recomienda a la Oficina de Gestión Humana notificar a la Oficina de Control Interno cualquier novedad respecto al reporte de la información relacionada al formulario cumplimiento de la Ley 581 de 2000.

15. ENCUESTA FURAG

La Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul de Garzón, en lo concerniente al Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión, realizado durante la vigencia 2025, midió el desempeño de la vigencia 2024:

CERTIFICADO – DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO FURAG PARA LA VIGENCIA 2024:

Link de consulta:

https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/wp-content/uploads/2025/04/CERTIFICADO_FURAG_2024-2025_CONTROL_INTERNO.pdf

El resultado de la Medición de Desempeño Institucional (MDI) para la vigencia 2024 realizado en la vigencia 2025 fue de **78,1** puntos, donde la dimensión 7 que corresponde a Control Interno obtuvo un resultado de **79,6** puntos.

16. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG

Con base al resultado y análisis del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) 2024 el índice de Desempeño Institucional (MDI): Para la vigencia 2024, la E.S.E. obtuvo un MDI de 78,1, evidenciando una recuperación y fortalecimiento del desempeño institucional.

Resultados por Dimensiones del MIPG (7)

- Talento Humano (D1): 65,0
- Direccionamiento Estratégico y Planeación (D2): 88,3
- Gestión para Resultados con Valores (D3): 75,8
- Evaluación de Resultados (D4): 81,7
- Información y Comunicación (D5): 80,9
- Gestión del Conocimiento y la Innovación (D6): 85,7
- Control Interno (D7): 79,6

Resultados por Políticas de Gestión y Desempeño (19)

- Gestión Estratégica de Talento Humano: 81,4
- Integridad: 48,9
- Planeación Institucional: 91,5
- Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público: No medida
- Compras y Contratación Pública: 78,3
- Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos: 86,3
- Gobierno Digital: 79,2
- Seguridad Digital: 68,2
- Defensa Jurídica: No medida
- Mejora Normativa: No medida
- Servicio al Ciudadano: 78,3
- Racionalización de Trámites: 72,7
- Participación Ciudadana en la Gestión Pública: 74,7
- Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional: 81,7
- Gestión Documental: 61,2
- Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción: 87,6
- Gestión de la Información Estadística: No medida
- Gestión del Conocimiento y la Innovación: 85,7
- Control Interno: 79,6

17. COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

En la vigencia 2025 el Comité sesionó en dos oportunidades. En la primera sesión se socializaron los resultados del Plan Anual de Auditoría Interna 2024, los requerimientos formulados por la Contraloría Departamental, la propuesta del Plan Anual de Auditoría Interna de Procesos 2025, la formación del nuevo equipo auditor y los resultados del FURAG vigencia 2024, con análisis de fortalezas y debilidades institucionales.

En la sesión de cierre de la vigencia, el Comité concluyó que la E.S.E. presenta avances significativos en la consolidación de su Sistema de Control Interno, evidenciando cumplimiento del Programa Anual de Auditoría 2025, fortalecimiento de procesos misionales y administrativos, y una adecuada articulación interinstitucional. Se adoptaron compromisos concretos orientados al seguimiento de planes de mejora, inventarios, procesos contractuales, manuales de procedimientos y la obra de la nueva infraestructura hospitalaria, los cuales quedaron definidos como insumos prioritarios para el ejercicio de control interno de la vigencia 2026.

18. PARTICIPACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO EN COMITÉS INSTITUCIONALES Y EXTERNOS

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón participó de manera activa, permanente y responsable en los diferentes comités institucionales y externos, en cumplimiento de su rol estratégico de asesoría, evaluación, seguimiento y advertencia, conforme a la normatividad vigente.

En calidad de miembro permanente, la Oficina de Control Interno hizo parte de los siguientes comités institucionales:

- Comité de Conciliación Jurídica, aportando análisis preventivo del daño antijurídico y seguimiento a las decisiones adoptadas.
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño, contribuyendo al fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y al seguimiento de la gestión institucional.

Así mismo, participó como miembro del Comité Externo Departamental de Control Interno, espacio de articulación interinstitucional que permite el intercambio de buenas prácticas, lineamientos técnicos y fortalecimiento del control interno a nivel territorial.

Adicionalmente, la Oficina de Control Interno asistió en calidad de invitado a los Comités institucionales de, Bienestar Social, Personal e Inventarios, realizando aportes orientados al fortalecimiento de los controles administrativos, la gestión del talento humano y la adecuada administración de los bienes de la entidad.

Durante la vigencia evaluada, la participación de la Oficina de Control Interno asistió durante toda la vigencia en múltiples sesiones de Comités, lo cual evidencia un alto nivel de compromiso, responsabilidad institucional y disposición permanente para acompañar a la alta dirección y a las diferentes dependencias en la toma de decisiones, la mitigación de riesgos y el fortalecimiento de la cultura de autocontrol, transparencia y mejora continua.

19. CONCLUSIONES

1. Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón contó con un Sistema de Control Interno formalmente constituido y en funcionamiento, conforme a los lineamientos de la Ley 87 de 1993, el Decreto 1499 de 2017 y el Modelo Integrado de Planeación y

Gestión – MIPG, evidenciándose avances significativos en la cultura del autocontrol, la gestión del riesgo y la articulación institucional.

2. Las auditorías internas, seguimientos y evaluaciones efectuadas por la Oficina de Control Interno permitieron identificar fortalezas en el cumplimiento de planes de mejora, especialmente en dependencias como Farmacia, así como debilidades relevantes en áreas críticas como Sistemas de Información y Facturación, principalmente relacionadas con inventarios, seguridad de la información, licenciamiento de software, manejo de recursos en efectivo y trazabilidad documental.
3. La participación permanente y activa de la Oficina de Control Interno en diversos Comités institucionales y externos durante la vigencia 2025 evidencia su compromiso con el acompañamiento a la alta dirección, la prevención del daño antijurídico, el fortalecimiento del MIPG y la mejora continua de la gestión institucional.
4. En términos generales, el estado del Sistema de Control Interno permite concluir que la E.S.E. avanza hacia un modelo de gestión más articulado, transparente y orientado a resultados, sin perjuicio de que persistan retos estructurales que deben ser abordados de manera prioritaria para mitigar riesgos y garantizar el cumplimiento de los fines institucionales y del servicio público de salud.
5. El presente Informe Ejecutivo Anual se constituye en un insumo técnico y estratégico para la toma de decisiones por parte de la Gerencia y la Junta Directiva, así como para los organismos de control, orientado al fortalecimiento institucional, la mejora continua y la sostenibilidad del Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón.

Elaborado por



JAIME ORLANDO GÓMEZ GONZÁLEZ
Asesor Oficina de Control Interno

Proyectó, 
Laura Melissa Jara Cardozo
Profesional de apoyo – Oficina de Control Interno