


HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 1 de 21

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del informe	Evaluación del Sistema de Control Interno II Semestre del 2025- Corte 31 de diciembre de 2025 Fecha: 29 de enero de 2026
Dependencia (s)	Todos los procesos
Auditor:	María Elcy Hernández Gaitán Nancy Beatriz Montañez Gómez Giovanny Alfonso Rodríguez Muñoz Cristhian Javier Castañeda Vanegas Derly Johana Carrillo Burgos

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones señaladas en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se indica que la evaluación y el seguimiento, independiente y objetivo es uno de los roles más relevantes de la responsabilidad que le corresponde a la Oficina de Control Interno - OCIN, por lo cual es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización de la gestión.

El ejercicio de evaluación y seguimiento es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones del Hospital Militar Central; fortaleciendo el cumplimiento de sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.


En el marco de lo anterior, la Oficina de Control Interno elaboró el Informe de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno (SCI) correspondiente al segundo semestre del año 2025, en el cual se verificó la integración y articulación de los cinco (5) componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), conforme a los lineamientos establecidos en el Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

2. OBJETIVO

Evaluar, de manera independiente, objetiva y oportuna, el grado de efectividad y cumplimiento del Sistema de Control Interno del Hospital Militar Central (HOMIL). Este seguimiento se fundamenta en los criterios establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el propósito de contribuir de manera sistemática a la mejora continua de los procesos institucionales, fortaleciendo así el cumplimiento de la misión organizacional

3. ALCANCE

La evaluación comprende el período del 1 de julio al 31 de diciembre de 2025, correspondiente al segundo semestre del año. Su alcance incluye todos los procesos que conforman el Sistema de Control Interno del Hospital Militar Central (HOMIL).

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 2 de 21


4. CRITERIOS DE SEGUIMIENTO

- Constitución Política de Colombia, artículos 209 y 269.
- 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".
- Ley 1474 de 2011. "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública", artículo 9. Reporte del responsable de Control Interno.
- Decreto 1083 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.". Título 21.
- Decreto 648 de 2017 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.". artículo 4, Capítulo 3.
- Decreto 2106 de 2019 "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública" (artículo 156), donde señala que 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.
- "Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno" dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP

5. METODOLOGIA

Con el propósito de evaluar el grado de cumplimiento y la efectividad del Sistema de Control Interno del Hospital Militar Central (HOMIL), la Oficina de Control Interno llevó a cabo las siguientes actividades:

- Inicialmente, se realizó una revisión de la normatividad vigente y aplicable al proceso de verificación, con el propósito de identificar los parámetros que permitan establecer el cumplimiento de los lineamientos legales y administrativos correspondientes. Seguidamente, se diseñó un plan de trabajo en el que se detallaron las actividades y los plazos necesarios para la ejecución efectiva del proceso de verificación.
- El 5 de enero de 2026, se remitieron solicitudes de información mediante correo electrónico a las áreas responsables, requiriendo los soportes de la aplicación de los criterios establecidos en el Formato de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno, proporcionado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- El día 14 de enero de 2026, se reiteró la solicitud de información a las áreas responsables, mediante comunicación enviada por correo electrónico y a través de gestiones verbales, con el fin de asegurar la entrega oportuna y completa de los soportes requeridos para el proceso de evaluación.
- Entre el 13 y el 22 de enero de 2026, las áreas responsables remitieron por correo electrónico los soportes requeridos, en el desarrollo del presente seguimiento para realizar la evaluación del Sistema de Control Interno.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 3 de 21

- Entre el 19 y el 26 de enero de 2026, se verificaron los soportes suministrados por las áreas responsables.
- Posteriormente, se inició la evaluación del Sistema de Control Interno, asegurando que esta se realizara de manera independiente, objetiva y oportuna, conforme a los criterios establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- La calificación se otorgó de acuerdo con lo establecido en el instructivo del "Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno", aplicando los criterios definidos para la categoría "Presente y Funcionando", según lo ilustrado en la Imagen N° 1.


Imagen No 1: Calificaciones aplicables por componente

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 de Información: Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno

De acuerdo con lo anterior, se establece la manera de clasificar el estado de los controles del Sistema de Control Interno, permitiendo identificar su nivel de madurez y funcionamiento con base en los criterios del MECI, determinando cuatro categorías, así: controles en mantenimiento, que están presentes y operan correctamente; controles con oportunidad de mejora, que requieren ajustes en su diseño pese a estar funcionando; controles con deficiencias en diseño o ejecución, que muestran debilidades en su implementación; y controles con deficiencia mayor, que no existen o no funcionan, lo que exige acciones de fortalecimiento. Esta clasificación permite orientar decisiones para la mejora continua y sostenibilidad del Sistema de Control Interno.

Esta metodología, fundamentada en una planificación estructurada, comunicación clara y análisis riguroso de la información, facilitó una evaluación transparente e integral del estado de los controles. Su aplicación permitió alinear el proceso con las mejores prácticas de control interno, asegurar el cumplimiento de los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, aportando al fortalecimiento y mejora continua de la gestión institucional.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 4 de 21

Entre el 19 y el 27 de enero de 2026, se procedió con la elaboración del Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno.

Socialización del informe con la Oficina Asesora de Planeación el día 29 de enero de 2026.

6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Luego del análisis detallado de los criterios definidos para este proceso, a continuación, se presentan los principales resultados obtenidos por la Oficina de Control Interno durante el segundo semestre de 2025, en coherencia con el alcance previamente establecido en este informe.

Para el desarrollo de esta evaluación, se empleó la herramienta dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública, compuesta por ochenta y una (81) preguntas enfocadas en valorar, de manera detallada, los aspectos fundamentales de los cinco (05) componentes que conforman el Modelo Estándar de Control Interno- SCI.

En ese sentido, la Imagen N°2 presenta la distribución de las preguntas entre los distintos componentes del MECI, especificando los objetivos particulares de cada uno, así como la cantidad de preguntas asignadas, conforme a los criterios definidos para su análisis.


Imagen No 2: Estructura y Objetivos de los Componentes MECI

No. Componente MECI	Componente MECI	Objetivo del componente MECI	Cantidad de preguntas por componente
1	Ambiente de Control	Asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno	24
2	Evaluación de Riesgos	Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización	17
3	Actividades de Control	Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos	12
4	Información y comunicación	Verificar que la información y la comunicación sean efectivas para adecuada operación en la entidad	14
5	Actividades de Monitoreo	Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente	14
TOTAL			81

Fuente: Propia a partir del "Instructivo General Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno.

Ahora bien, de acuerdo con lo señalado en la metodología, el desarrollo de esta evaluación se sustentó en las evidencias entregadas por los responsables de cada proceso, las cuales fueron analizadas, considerando los criterios definidos en el instrumento oficial dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Como resultado de este análisis, se determinó lo siguiente:

De los ochenta y uno (81) lineamientos, setenta y ocho (78) se encuentran presentes y funcionando, lo que equivale al 99%, de acuerdo a los resultados y parámetros establecidos en la Matriz de Función

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 5 de 21
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Pública, lo que indica que el control se encuentra presente y funcionando, aportando al cumplimiento de los objetivos y la gestión de los riesgos institucionales.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación de la Matriz definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, en comparación con el período anterior, se presenta una disminución del 1%, lo cual indica que se han presentado novedades en el cumplimiento de la Evaluación del Sistema de Control Interno, dado que se identificaron debilidades en la ejecución del control en: tres (3) de los criterios del Componente Ambiente de Control; por lo tanto, se recomienda implementar las acciones de mejora respectivas y continuar con la implementación de acciones dirigidas a garantizar el fortalecimiento del Sistema, así como, asegurar su mantenimiento.

Las novedades de los tres (3) lineamientos que limitaron un mayor nivel de cumplimiento, obtuvieron una calificación de nivel 2 en la variable “funcionando”, lo cual, según la clasificación establecida en el Formato de Evaluación Independiente del SCI, corresponden a una “Oportunidad de Mejora”, dado que el control opera de forma efectiva, pero requiere ajustes en su diseño.

En este sentido, resulta importante continuar implementando acciones orientadas al fortalecimiento del sistema, así como garantizar su mantenimiento constante y sostenido en el tiempo. Con relación a lo anterior, la Tabla No. 1 presenta los resultados obtenidos en el análisis del Sistema de Control Interno correspondientes a los resultados del segundo semestre de 2025 en comparación con el primer semestre de 2025, proporcionando una descripción detallada del desempeño por componente durante ambos períodos, así:


Tabla No 1: Resultados por componente – II semestre de 2025 y I semestre de 2025

COMPONENTES	¿EL COMPONENTES ESTÁ PRESENTE Y FUNCIONANDO?	NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR COMPONENTE - II SEMESTRE DE 2025	NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR COMPONENTE - I SEMESTRE DE 2025 (INFORME ANTERIOR)	DIFERENCIA ENTRE PERÍODO ACTUAL Y ANTERIOR
AMBIENTE DE CONTROL	SI	94%	96%	-2%
EVALUACIÓN DE RIESGOS	SI	100%	100%	0%
ACTIVIDADES DE CONTROL	SI	100%	96%	4%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	SI	100%	96%	4%
ACTIVIDADES DE MONITOREO	SI	100%	100%	0%
RESULTADO GENERAL DE CUMPLIMIENTO		99%	98%	1%

Fuente: Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno

6.1 Componentes del Sistema de Control Interno

Con base en la evaluación del Sistema de Control Interno, se presentan a continuación los resultados obtenidos para cada uno de los componentes evaluados. En cada caso, se expone la calificación de “presente y funcionando” correspondiente al segundo semestre de 2025, en comparación con la

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 6 de 21

obtenida durante el primer semestre de 2025.


Es importante señalar que el proceso de evaluación se fundamentó en la documentación suministrada por los líderes de los procesos, la cual fue complementada con los análisis y reportes emitidos por las instancias responsables del seguimiento y evaluación, correspondientes a la segunda y tercera línea de defensa. A partir de esta información, se consolidó el resultado arrojado para el segundo semestre de 2025.

6.1.1. Componente Ambiente de Control.


El componente "Ambiente de Control" busca garantizar las condiciones necesarias para que el Sistema de Control Interno funcione de manera adecuada. Abarca aspectos importantes como la integridad, los valores éticos, la responsabilidad institucional, la organización interna, la competencia del personal y la existencia de políticas y procedimientos. Su evaluación se realiza con base en veinticuatro (24) lineamientos establecidos, los cuales se presentan en la siguiente tabla.

Tabla No 2: Resultados de Evaluación del Componente Ambiente de Control.

AMBIENTE DE CONTROL			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
Lineamiento 1. La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público						
1	1.1	Aplicación del Código de Integridad. (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados)	3	3	3	3
2	1.2	Mecanismos para el manejo de conflictos de interés	3	2	3	2
3	1.3	Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad	3	3	3	3
4	1.4	La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.	3	2	3	3
5	1.5	Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. NOTA: Si la entidad ya cuenta con esta línea en funcionamiento, establezca si ha aportado para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales	3	3	3	3
Lineamiento 2. Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno						
6	2.1	Creación o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye ajustes en periodicidad para reunión, articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño)	3	3	3	3
7	2.2	Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa	3	3	3	3

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 7 de 21

AMBIENTE DE CONTROL			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
8	2.3	Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa	3	3	3	3
Lineamiento 3. Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección.						
9	3.1	Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo	3	3	3	3
10	3.2	La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos	3	3	3	3
11	3.3	Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento	3	3	3	3
Lineamiento 4. Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, permanencia y retiro.						
12	4.1	Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano	3	3	3	3
13	4.2	Evaluación de las actividades relacionadas con el ingreso de personal	3	2	3	3
14	4.3	Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal	3	3	3	3
15	4.4	Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa)	3	3	3	3
16	4.5	Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal	3	3	3	3
17	4.6	Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación – PIC	3	3	3	3
18	4.7	Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo.	3	3	3	2

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 8 de 21

AMBIENTE DE CONTROL			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
Lineamiento 5. Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, permanencia y retiro.						
19	5.1	Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad.	3	3	3	3
20	5.2	La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros	3	3	3	3
21	5.3	Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos	3	3	3	3
22	5.4	Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo	3	3	3	3
23	5.5	La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno	3	3	3	3
24	5.6	La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional.	3	3	3	3

Fuente: Matriz DAFP – Análisis de Resultados - Evaluación II Semestre 2025

Análisis:

Según los resultados presentados en la tabla anterior, de los veinticuatro (24) lineamientos evaluados, veintiuno (21) obtuvieron una calificación de tres (3), lo cual indica que los controles están presentes y funcionando de manera adecuada. No obstante, tres (3) lineamientos fueron calificados con dos (2), lo que refleja que, si bien los controles están presentes y en operación, requieren ajustes en su diseño para mejorar su efectividad.


En términos generales, el componente evaluado alcanzó un nivel de cumplimiento del 94%, lo que representa una disminución de dos (2) puntos porcentuales frente al resultado obtenido en el primer semestre del año 2025, según los datos registrados en la matriz dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

6.1.1.1 Observaciones

A continuación se describen, las debilidades en la ejecución de los Lineamientos del Ambiente de Control 1.2, 1.4 y 4.2:

Observación 1: Lineamiento 1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.

La Oficina de Control Interno, a la fecha de verificación (noviembre 2025) del sistema SIGEP II, evidenció que 4 de los 17 funcionarios directivos de HOMIL presentaron desactualización e

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 9 de 21

inconsistencias en la información declarada por la entidad en la Publicación Proactiva de la Declaración de Bienes y Rentas y el Registro de Conflictos de Interés

Conforme a lo anterior, la Oficina de Control Interno, presenta la Recomendación N° 1 en el Capítulo 8. Recomendaciones.

Observación 2: Lineamiento 1.4 La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.

La Oficina de Control Interno, con base en la revisión de las Actas de reuniones de la Caja Menor, de julio de 2025, evidencio que: El acta del 1 de julio de 2025 presenta una inconsistencia, pues señala como objeto de revisión los requerimientos tramitados del 16 al 30 de julio de 2025, pese a que la fecha corresponde al inicio del mes. A su vez, el acta del 31 de julio de 2025 abarca el período (15 al 31 de julio de 2025), generando duplicidad y falta de precisión en el registro. Adicionalmente, el formato de conciliación del 1 de julio de 2025 presenta tachones en el apartado del mes y la fecha se encuentra inscrita en un espacio que no corresponde.

En consecuencia de lo anterior, se evidencian debilidades en el seguimiento y documentación de la Caja Menor No. 1, ya que la documentación revisada no permite evidenciar el cumplimiento estricto de los controles 1 y 2 establecidos para mitigar el riesgo “Riesgo GDA_07, Control 1 y 2. Debilidades en el seguimiento y documentación de la Caja Menor No. 1.”, las novedades expuestas en el párrafo anterior afectan la confiabilidad de la información, debilitando el control sobre la Caja Menor.



Conforme a lo anterior, la Oficina de Control Interno, presenta la Recomendación N° 2 en el Capítulo 8. Recomendaciones.

Observación 3: Lineamiento 4.2. Evaluación de las actividades relacionadas con el ingreso de personal

Con base en la respuesta de la Unidad de Talento Humano al “Hallazgo 2. Diferencias en la información de las Declaraciones de Renta de Ingreso y retiro registrada en el SIGEP II frente a lo reportado en la base oficial del personal de planta” emitido por la Oficina de Control Interno en el informe de seguimiento al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP II - Primer Semestre de 2025, del 26 de diciembre de 2025, se observó que 6 funcionarios para el segundo semestre de 2025, continuaban con el proceso de actualización de la información en el SIGEP II, pendiente.

Adicionalmente, se evidenció que durante el segundo semestre de 2025 en los meses de julio, agosto y septiembre de 2025, se presentaron de manera extemporánea en el SIGEP II, las declaraciones de bienes y rentas las cuales tenían como plazo de presentación 31 de mayo de 2025.

Conforme a lo anterior, la Oficina de Control Interno, presenta la Recomendación N° 3 en el Capítulo 8. Recomendaciones.


HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
  <p>Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por nuestro futuro Armado, por Colombia eterna</p>	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 10 de 21

6.1.2 Componente Evaluación de Riesgos

El componente Evaluación de Riesgos busca gestionar los riesgos institucionales, orientando sus esfuerzos a prevenir que estos se materialicen. Para ello, abarca aspectos esenciales como la identificación, el análisis y la valoración de riesgos. Está conformado por diecisiete (17) lineamientos establecidos para su evaluación dentro del Sistema de Control Interno.


Tabla No 3: Resultados de Evaluación del Componente Evaluación de Riesgos

EVALUACIÓN DE RIESGOS			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
Lineamiento 6: Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i) Estratégicos; ii) Operativos; iii) Legales y Presupuestales; iv) De Información Financiera y no Financiera.						
1	6.1	La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos	3	3	3	3
2	6.2	Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo	3	3	3	3
3	6.3	La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad	3	3	3	3
Lineamiento 7: Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).						
4	7.1	Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio	3	3	3	3
5	7.2	La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo	3	3	3	3
6	7.3	A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo	3	3	3	3
7	7.4	Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente	3	3	3	3
8	7.5	Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas	3	3	3	3

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 11 de 21

EVALUACIÓN DE RIESGOS			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
Lineamiento 8: Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.						
9	8.1	La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción	3	3	3	3
10	8.2	La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo	3	3	3	3
11	8.3	Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.	3	3	3	3
12	8.4	La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora	3	3	3	3
Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos						
13	9.1	Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes	3	3	3	3
14	9.2	La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa para sostenerlos o ajustarlos	3	3	3	3
15	9.3	La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia	3	3	3	3
16	9.4	La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa	3	3	3	3
17	9.5	La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales	3	3	3	3

Fuente: Matriz DAFP – Análisis de Resultados - Evaluación II Semestre 2025

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 12 de 21
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Análisis:

De acuerdo con la tabla presentada, se evidencia el cumplimiento de los diecisiete (17) lineamientos evaluados, todos con calificación de tres (3) en las dos variables analizadas (“presente” y “funcionando”). Este desempeño representa un cumplimiento total del componente, alcanzando el 100% y manteniendo la calificación obtenida en el primer semestre de 2025, conforme a los resultados registrados en la matriz del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Según la clasificación establecida en el Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, este resultado corresponde a un estado de Mantenimiento del Control, lo que indica que el componente funciona y solo requiere de acciones orientadas a asegurar su conservación dentro del marco de las líneas de defensa.

Adicionalmente, y según la clasificación establecida en el Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, este resultado corresponde a un estado de Mantenimiento del Control, lo que indica que el componente funciona y requiere de acciones orientadas a asegurar su conservación dentro del marco de las líneas de defensa. No obstante, se han relacionado observaciones frente a los controles de los riesgos, toda vez que requiere un análisis y unas acciones eficaces en aquellos riesgos que se materializaron durante el segundo semestre de 2025.

No obstante, se observa que aunque la Entidad cuenta con una estructura definida para la administración del riesgo y con herramientas tecnológicas que facilitan su gestión, persisten debilidades en la ejecución oportuna y consistente de los controles definidos en el mapa de riesgos. En particular, se identifican falencias en la adherencia a procedimientos, guías y protocolos, así como en la suficiencia y oportunidad de los controles diseñados, lo que contribuyó a la materialización de 2 riesgos durante el III Trimestre de 2025, de los cuales, los riesgos IDAAM_02 e IDGLO_15, presentan recurrencia en su materialización. En este sentido, si bien los riesgos materializados se encuentran abordados mediante planes de manejo y mitigación, resulta necesario fortalecer el seguimiento a la ejecución efectiva de las acciones, garantizando que los controles definidos sean revisados, ajustados y documentados de manera oportuna, con el fin de asegurar su eficacia y prevenir recurrencias.

6.1.3 Componente Actividades de Control

El componente Actividades de Control tiene como finalidad establecer mecanismos que permitan gestionar eficazmente los riesgos institucionales. Para ello, contempla elementos primordiales como el diseño y aplicación de actividades de control, la definición de políticas y procedimientos, así como la implementación de controles generales sobre tecnologías de la información. En total, este componente comprende doce (12) lineamientos establecidos para su evaluación dentro del Sistema de Control Interno, los cuales se detallan a continuación.




HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
  <p>Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por nuestro Futuro Avanzado, por Colombia Avanza</p>	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 13 de 21

Tabla No 3: Resultados de Evaluación del Componente Actividades de Control

ACTIVIDADES DE CONTROL			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
Lineamiento 10: Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).						
1	10.1	Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación	3	3	3	3
2	10.2	Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.	3	3	3	3
3	10.3	El diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se integran de forma adecuada a la estructura de control de la entidad	3	3	3	3
Lineamiento 11: Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos.						
4	11.1	La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías	3	3	3	3
5	11.2	Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios	3	3	3	3
6	11.3	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	3	3	3	3
7	11.4	Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan.	3	3	3	3
Lineamiento 12: Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).						
8	12.1	Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivas, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.	3	3	3	3
9	12.2	El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo	3	3	3	3
10	12.3	Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.	3	3	3	3
11	12.4	Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados	3	3	3	2
12	12.5	Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño	3	3	3	3

Fuente: Matriz DAFP – Análisis de Resultados - Evaluación II Semestre 2025

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 14 de 21

Análisis:

De acuerdo con la tabla presentada, se evidencia el cumplimiento de los doce (12) lineamientos evaluados, todos con calificación de tres (3) en las dos variables analizadas (“presente” y “funcionando”). Este desempeño representa un cumplimiento total del componente, alcanzando el 100% y aumentando la calificación obtenida en el primer semestre de 2025 en cuatro (4) puntos.

Según la clasificación establecida en el Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, este resultado corresponde a un estado de Mantenimiento del Control, lo que indica que el componente funciona y solo requiere de acciones orientadas a asegurar su conservación dentro del marco de las líneas de defensa.

Es importante mencionar, que se identifican mejoras en la definición de controles, toda vez que, durante el período evaluado si bien se materializaron dos (2) riesgos de gestión, los cuales corresponden a los siguientes procesos: Atención Ambulatoria (1) y Gestión Logística (1), las situaciones identificadas que dieron lugar a la materialización del riesgo disminuyeron en su cantidad, frente al periodo anterior, no obstante se considera necesario que la entidad continúe fortaleciendo los controles de los riesgos materializados.


6.1.4 Componente Información y Comunicación

El componente de Información y Comunicación tiene como propósito garantizar que la información se transmita de manera clara, precisa y oportuna, asegurando una comunicación eficaz que respalde el adecuado funcionamiento de la entidad. Incluye aspectos fundamentales como la disponibilidad y confidencialidad de la información, la existencia de canales efectivos, el flujo bidireccional, la seguridad en el tratamiento de los datos, la capacitación para su gestión, así como el monitoreo y la retroalimentación continua. Este componente comprende catorce (14) lineamientos definidos para su evaluación dentro del Sistema de Control Interno.

Resulta fundamental precisar que esta evaluación fue estructurada a partir de la documentación suministrada por los líderes de proceso, complementada con los análisis y reportes generados por las instancias responsables del seguimiento en la segunda y tercera línea de defensa. Estos elementos permitieron sustentar de manera integral los resultados que se presentan a continuación.


Tabla No 5: Resultados de Evaluación del Componente Información y Comunicación

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
Lineamiento 13: Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internas y externas; Procesa datos relevantes y los transforma en información).						
1	13.1	La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos	3	3	3	3
2	13.2	La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización	3	3	3	3

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 15 de 21

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
Lineamiento 13: Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internas y externas; Procesa datos relevantes y los transforma en información).						
3	13.3	La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos	3	3	3	3
4	13.4	La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como Relevantes.	3	3	3	3
Lineamiento 14: Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; Facilita líneas de comunicación en todos los niveles; Selecciona el método de comunicación pertinente).						
5	14.1	Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entiende su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).	3	3	3	3
6	14.2	La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad)	3	3	3	3
7	14.3	La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos.	3	3	3	3
8	14.4	La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva	3	3	3	3
Lineamiento 15: Comunicación con el exterior (Se comunica con los grupos de valor y con terceros externos interesados; Facilita líneas de comunicación).						
9	15.1	La entidad desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos. Incluye contratistas y proveedores de servicios tercerizados (cuando aplique).	3	3	3	3
10	15.2	La entidad cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos son reconocidos a todo nivel de la organización.	3	3	3	3
11	15.3	La entidad cuenta con procesos o procedimiento para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde).	3	3	3	2
12	15.4	La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.	3	3	3	3
13	15.5	La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente	3	3	3	3
14	15.6	La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.	3	3	3	3

Fuente: Matriz DAFP – Análisis de Resultados - Evaluación II Semestre 2025

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 16 de 21

Análisis:

De acuerdo con la tabla presentada, se evidencia el cumplimiento de los catorce (14) lineamientos evaluados, todos con calificación de tres (3) en las dos variables analizadas (“presente” y “funcionando”). Este desempeño representa un cumplimiento total del componente, alcanzando el 100% y aumentando la calificación obtenida en el primer semestre de 2025 en cuatro (4) puntos, conforme a los resultados registrados en la matriz del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Según la clasificación establecida en el Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, este resultado corresponde a un estado de Mantenimiento del Control, lo que indica que el componente funciona y solo requiere de acciones orientadas a asegurar su conservación dentro del marco de las líneas de defensa.


6.1.5 Componente Actividades de Monitoreo

El componente de actividades de monitoreo tiene como objetivo monitorear y evaluar la gestión institucional mediante la autoevaluación y la evaluación independiente. Además, abarca aspectos importantes como las evaluaciones continuas y la comunicación oportuna de deficiencias.

Este componente contiene un total de catorce (14) lineamientos definidos para su evaluación dentro del Sistema de Control Interno. Los resultados obtenidos se consignan en la Tabla N° 6 que se presenta a continuación.


Tabla No 6: Resultados de Evaluación del Componente Actividades de Monitoreo

ACTIVIDADES DE MONITOREO			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
Lineamiento 16. Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.						
1	16.1	El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hace el correspondiente seguimiento a su ejecución	3	3	3	3
2	16.2	La Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones (continuas e independientes) para concluir acerca de la efectividad del Sistema de Control Interno	3	3	3	3
3	16.3	La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces realiza evaluaciones independientes periódicas (con una frecuencia definida con base en el análisis de riesgo), que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su	3	3	3	3

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 17 de 21

ACTIVIDADES DE MONITOREO			CONTROLES PRESENTE Y FUNCIONANDO			
N°	LINEAMIENTO	PREGUNTA	II SEMESTRE DEL 2025		I SEMESTRE DEL 2025	
			P	F	P	F
Lineamiento 16. Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.						
4	16.4	Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2ª línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones	3	3	3	3
5	16.5	Frente a las evaluaciones independientes la entidad considera evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG's u otros que permitan tener una mirada independiente de las operaciones	3	3	3	3
Lineamiento 17. Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).						
6	17.1	A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora.	3	3	3	3
7	17.2	Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan y se concluye sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción	3	3	3	3
8	17.3	La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo	3	3	3	3
9	17.4	La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido	3	3	3	3
10	17.5	Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos	3	3	3	3
11	17.6	Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad	3	3	3	3
12	17.7	Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las Autoevaluaciones. (2ª Línea).	3	3	3	2
13	17.8	Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea).	3	3	3	3
14	17.9	Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes.	3	3	3	3

Fuente: Matriz DAFP – Análisis de Resultados - Evaluación II Semestre 2025

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 18 de 21

Análisis:

De acuerdo con la tabla presentada, se evidencia el cumplimiento de los catorce (14) lineamientos evaluados, todos con calificación de tres (3) en las dos variables analizadas (“presente” y “funcionando”). Este desempeño representa un cumplimiento total del componente, alcanzando el 100% y manteniendo la calificación obtenida en el primer semestre de 2025, conforme a los resultados registrados en la matriz del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Según la clasificación establecida en el Formato de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, este resultado corresponde a un estado de Mantenimiento del Control, lo que indica que el componente funciona y solo requiere de acciones orientadas a asegurar su conservación dentro del marco de las líneas de defensa.

7. CONCLUSIONES

Conclusión 1: Resultados de Cumplimiento

Durante el segundo semestre de 2025, el Sistema de Control Interno (SCI) del Hospital Militar Central alcanzó un nivel de cumplimiento del 99%, lo que representa un aumento de un (1) punto porcentual en comparación con el primer semestre de 2025, que registró un 98%. Este resultado refleja un avance sostenido en el fortalecimiento del sistema, así como una consolidación progresiva de los cinco componentes que integran el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).



De acuerdo con la clasificación establecida en el Formato de Evaluación Independiente del SCI, dos (2) de los lineamientos evaluados se encuentran en condición de “Mantenimiento del Control”, lo que indica que están presentes, funcionan adecuadamente y requieren de acciones orientadas a conservar su desempeño.

Ambiente de Control: Con un cumplimiento del 94%, este componente evidencia oportunidades de mejora en la consolidación organizacional, la supervisión del Sistema de Control Interno y el desarrollo de políticas para la gestión de riesgos.

Evaluación de riesgos: El componente alcanzó un cumplimiento del 100% durante el segundo semestre de 2025, evidenciando la existencia de un sistema estructurado para la identificación, análisis y gestión de riesgos a nivel institucional. Se contemplan riesgos estratégicos, operativos y asociados a actos de corrupción, con seguimiento en los distintos niveles organizacionales.

De acuerdo con la clasificación del modelo de evaluación, este resultado corresponde al estado de “Mantenimiento del Control”, lo cual indica que el componente funciona adecuadamente y requiere únicamente acciones orientadas a su sostenimiento.

Actividades de control: Con un nivel de cumplimiento del 100%, este componente evidencia la existencia de mecanismos definidos para la implementación de controles, incluyendo aquellos

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 19 de 21

relacionados con tecnologías de la información. Se identificaron avances en el diseño y ejecución de actividades orientadas al tratamiento de riesgos institucionales, así como oportunidades de mejora.

Información y Comunicación: Este componente registró un cumplimiento del 100%, con evidencia de sistemas orientados a la gestión de información relevante y canales internos que permiten una comunicación institucional más efectiva. La disponibilidad oportuna de la información ha contribuido al respaldo de los procesos de toma de decisiones.

Actividades de Monitoreo: Este componente alcanzó un cumplimiento del 100%, sustentado en la realización de evaluaciones independientes, así como en el seguimiento a los planes de mejoramiento y la ejecución de auditorías. Además, los informes de seguimiento, los informes de ley, selectivas aplicadas y las alertas, en conjunto, sirvieron como insumo para orientar acciones correctivas y apoyar la toma de decisiones.

Según la clasificación del modelo de evaluación, este resultado corresponde al estado de “Mantenimiento del Control”, lo que indica que el componente funciona adecuadamente y debe conservarse en condiciones óptimas.

Conclusión 2: Aspectos a mejorar


La evaluación del Sistema de Control Interno (SCI) del Hospital Militar Central reflejó, en términos generales, un nivel de cumplimiento positivo. Sin embargo, se identificaron ciertos lineamientos dentro de algunos componentes que presentan necesidad de mejora, al evidenciar diferencias en las calificaciones obtenidas en las variables “Presente” y “Funcionando”.

A continuación, se relacionan los criterios en los que se observaron estas oportunidades de fortalecimiento.

Tabla No 10: Criterios con Variación en la Evaluación del SCI

NOVEDADES EN LA EVALUACIÓN POR COMPONENTE Y CRITERIO – SCI					
COMPONENTE	RESPONSABLES	LINEAMIENTO	PREGUNTA	CONTROL	
				PRESENTE	FUNCIONANDO
Ambiente de Control	Ética y buen gobierno Talento Humano	1.2	Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.	3	2
	Oficina de Planeación	1.4	La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.	3	2
	Talento Humano	4.2	Evaluación de las actividades relacionadas con el ingreso de personal	3	2

Fuente: Matriz DAFP – Análisis de Resultados - Evaluación II Semestre 2025

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 20 de 21

Identificación de Criterios con Oportunidades de Mejora.

Ambiente de Control: Este componente evidenció debilidades en la ejecución de los lineamientos relacionados con el manejo de la evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante mecanismos para el manejo de conflictos de interés (1.2), La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción. (1.4), Evaluación de las actividades relacionadas con el ingreso de personal (4.2), los cuales fueron clasificados como oportunidades de mejora. Estas situaciones reflejan la necesidad de fortalecer los controles establecidos y asegurar su aplicación efectiva dentro de los procesos institucionales.

8. RECOMENDACIONES

Recomendación 1 a la Observación 1: Lineamiento 1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés

La Oficina de Control Interno recomienda a la Unidad de Talento Humano, en coordinación con los responsables del nivel directivo, implementar un proceso formal de seguimiento y control para verificar el cumplimiento oportuno de la publicación proactiva de la Declaración de Bienes y Rentas, el Registro de Conflictos de Interés y la Declaración de Renta, conforme a lo establecido en la Ley 2013 de 2019.


Recomendación 2 a la Observación 2: Lineamiento 1.4 La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción

Se recomienda verificar e implementar actualizaciones a las evidencias de los controles 1 y 2, que mitigan el riesgo GDA_07, con el fin de que se pueda evidenciar su cumplimiento de manera clara. Adicionalmente, aunque los resultados de Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión se realizaron con corte Junio del 2025, se recomienda prestar especial atención al seguimiento del período de julio, en el cual también se identificaron inconsistencias.

Recomendación 3 Observación 3: Lineamiento 4.2. Evaluación de las actividades relacionadas con el ingreso de personal

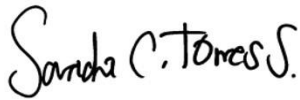
Con base en los resultados obtenidos por la Oficina de control Interno en el Seguimiento Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP II - Primer Semestre de 2025, emitido el 26 de diciembre de 2025, se recomienda:

- Actualizar adecuadamente y en los tiempos correspondientes la información de bienes y rentas de los funcionarios en el SIGEP II para dar cumplimiento a lo establecido en el control, ya que del análisis efectuado a la información se evidenciaron diferencias entre la información registrada en el módulo de "Monitoreo de Bienes y Rentas" del SIGEP II y la base oficial de la planta de personal.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 21 de 21

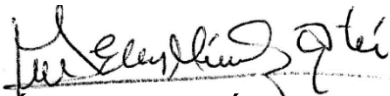
- Actualizar adecuadamente y en los tiempos correspondientes la información de bienes y rentas de los funcionarios en el SIGEP II para dar cumplimiento a lo establecido en el control, ya que del análisis de la información registrada en el módulo de Declaración de Bienes y Rentas del SIGEP II, se evidenciaron debilidades en el cumplimiento de los plazos y requisitos para la actualización de la Declaración de Bienes y Rentas, por parte de servidores del Hospital Militar Central.

Revisó:

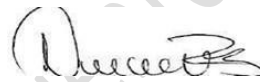


SANDRA CAROLINA TORRES SAEZ
Jefe de Oficina de Control interno

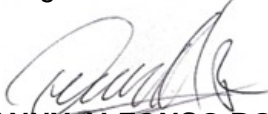
Elaboraron:



MARÍA ELCY HERNÁNDEZ GAITÁN
Auditor Ingeniera de sistemas - OPS.



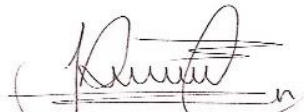
NANCY BEATRIZ MONTAÑEZ GÓMEZ
Auditor Administradora Pública- OPS.



GIOVANNY ALFONSO RODRÍGUEZ MUÑOZ
Auditor Abogado - OPS.



CRISTHIAN JAVIER CASTAÑEDA VANEGAS
Auditor Ingeniero Industrial - OPS.



DERLY JOHANA CARRILLO BURGOS
Profesional de defensa – Auditor

Informe final de Seguimiento +0 29012020

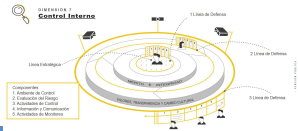
Anexo

Conclusiones Informe final

**Evaluación Sistema de Control Interno
Segundo semestre 2025**

Hospital Militar Central

Nombre de la Entidad:	Hospital Militar Central
Periodo Evaluado:	Segundo semestre de 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	99%
---	-----

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (SI / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	Se evidenció que, de los ochenta y uno (81) requerimientos, setenta y ocho (78) se encuentran presentes y funcionando, lo que equivale al 99%, de acuerdo a los resultados y parámetros establecidos en la Matriz de Función Pública, lo que indica que el control se encuentra presente y funcionando, aportando al cumplimiento de los objetivos y la gestión de los riesgos institucionales. De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación de la Matriz definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, en comparación con el periodo anterior, se presenta un aumento del 1%, lo cual indica que se continúan presentando novedades en el cumplimiento de la Evaluación del Sistema de Control Interno, dado que se identificaron debilidades en la ejecución del control en tres (3) de los criterios del Componente Ambiente de Control, por lo tanto, se recomienda implementar las acciones de mejora respectivas y continuar con la implementación de acciones dirigidas a garantizar el fortalecimiento del Sistema, así como, asegurar su mantenimiento.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno en la Secretaría Distrital de Integración Social alcanzó un grado de cumplimiento avanzado, el mismo, se refleja en el 99%. De acuerdo con lo anterior, se evidenció que la entidad cuenta con una estructura de procesos, políticas, procedimientos, manuales y otras herramientas diseñadas para proporcionar una seguridad razonable para que los objetivos y metas se alcancen de manera adecuada, no obstante, tal como lo establece el DAFP en las instrucciones del diligenciamiento de la matriz "se requiere que cada uno de los cinco (5) componentes del MECI y sus lineamientos, estén presentes, funcionando y operando de manera articulada con el MIPG". De acuerdo con lo anterior, es conveniente diseñar acciones de fortalecimiento y sostenibilidad del Sistema de Control Interno. De igual forma, es conveniente implementar estrategias de fortalecimiento que garanticen la aplicación de la documentación asociada a cada uno de los procesos institucionales de forma permanente.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad que le permita la toma de decisiones frente al control (SI/No) (Justifique su respuesta):	Si	En el marco de la Política de operación para la administración del riesgo en el Hospital Militar Central (Código: PL-OAPL-PO-01_V5, Fecha: 30 de noviembre de 2023), vigente para el presente informe, establece en el numeral 8 "Roles y responsabilidades" el esquema de asignación de responsabilidades y roles por cada una de las líneas de defensa, de la siguiente manera: • Línea estratégica: Esta línea, al ser una instancia decisoria dentro del sistema de Control Interno, está bajo la responsabilidad de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno; su rol principal es analizar los riesgos y amenazas institucionales, que puedan afectar el cumplimiento de los planes estratégicos, así como definir el marco general para la gestión del riesgo (política de administración del riesgo) y el cumplimiento de los planes de la entidad. Por su parte, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño analiza la gestión del riesgo y aplica las mejoras. • 1ª línea de defensa: Desarrolla e implementa procesos de control y gestión de riesgos a través de su identificación, análisis, valoración, monitoreo y acciones de mejora. Está conformada por los gerentes públicos y líderes de los procesos, programas y proyectos de la entidad. Le corresponde asegurarse de implementar la metodología para mitigar los riesgos en la operación, reportando a la segunda línea sus avances y dificultades. • 2ª línea de defensa: Soporta y guía la línea estratégica y la primera línea en la gestión adecuada de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y sus procesos, incluyendo los riesgos de corrupción, a través del establecimiento de directrices y apoyo en el proceso de identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos, y lleva a cabo una revisión independiente al cumplimiento de las etapas de la gestión de riesgos. Está conformada por los responsables de la revisión y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, responsables de sistemas de gestión, etc.). Corresponde al área encargada de la gestión del riesgo (segunda línea) la difusión y asesoría de la presente metodología, así como la verificación del cumplimiento de los planes de tratamiento de riesgo identificados en todos los niveles de la entidad, de tal forma que se asegure su implementación. El equipo SARLAFT, de la Subsecretaría de Gestión Institucional, acompañará metodológicamente la identificación de los riesgos de esta tipología, y a su vez complementará el desarrollo de las actividades requeridas en cumplimiento de las directrices vigentes en la materia que se definen para la prevención del riesgo de LA/FT/FP. • 3ª línea de defensa: Provee aseguramiento (evaluación) independiente y objetivo sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos, validando que la línea estratégica, la primera y segunda línea, cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos institucionales y de proceso, así como los riesgos de corrupción. La tercera línea está conformada por la Oficina de Control Interno o auditoría interna. Corresponde a las unidades de control interno, realizar evaluación independiente sobre la gestión del riesgo en la entidad, catalogándola como una unidad auditable más dentro de su universo de auditoría y, por lo tanto, debe dar a conocer a toda la entidad el Plan Anual de Auditorías basado en riesgos y los resultados de la evaluación de la gestión del riesgo. La Oficina de Control Interno acompañará técnica y metodológicamente el desarrollo de las acciones derivadas de la gestión del riesgo.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	94%	<p>De los veinticuatro (24) criterios evaluados se da cumplimiento a veintinueve (21) y en tres (3) lineamientos se encontraron debilidades, lo cual representa el 94% de cumplimiento. A continuación, se describen las fortalezas y debilidades evidenciadas durante el segundo semestre 2025.</p> <p>Recomendación 1 a la Observación 1: Lineamiento 1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés</p> <p>La Oficina de Control Interno recomienda a la Unidad de Talento Humano, en coordinación con los responsables del nivel directivo, implementar un proceso formal de seguimiento y control para verificar el cumplimiento oportuno de la publicación proactiva de la Declaración de Bienes y Rentas, el Registro de Conflictos de Interés y la Declaración de Renta, conforme a lo establecido en la Ley 2013 de 2019.</p> <p>Recomendación 2 a la Observación 2: Lineamiento 1.4 La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción</p> <p>Se recomienda verificar e implementar actualizaciones a las evidencias de los controles 1 y 2, que mitigan el riesgo GDA_07, con el fin de que se pueda evidenciar su cumplimiento de manera clara. Adicionalmente, aunque los resultados de Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión se realizaron con corte Junio del 2025, se recomienda prestar especial atención al seguimiento del periodo de julio, en el cual también se identificaron inconsistencias.</p> <p>Recomendación 3 Observación 3: Lineamiento 4.2. Evaluación de las actividades relacionadas con el ingreso de personal</p> <p>Con base en los resultados obtenidos por la Oficina de Control Interno en el Seguimiento Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP II - Primer Semestre de 2025, emitido el 26 de diciembre de 2025, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualizar adecuadamente y en los tiempos correspondientes la información de bienes y rentas de los funcionarios en el SIGEP II para dar cumplimiento a lo establecido en el control, ya que del análisis efectuado a la información se evidenciaron diferencias entre la información registrada en el módulo de "Monitoreo de Bienes y Rentas" del SIGEP II y la base oficial de la planta de personal. • Actualizar adecuadamente y en los tiempos correspondientes la información de bienes y rentas de los funcionarios en el SIGEP II para dar cumplimiento a lo establecido en el control, ya que del análisis de la información registrada en el módulo de Declaración de Bienes y Rentas del SIGEP II, se evidenciaron debilidades en el cumplimiento de los plazos y requisitos para la actualización de la Declaración de Bienes y Rentas, por parte de servidores del Hospital Militar Central. 	96%	<p>Fortalezas:</p> <p>De los 24 lineamientos evaluados, 20 recibieron una calificación de 3 en las variables "presente" y "funcionando", lo que indica que los controles están no solo implementados, sino también operando eficazmente. Este desempeño refleja un 96% de cumplimiento, lo cual evidencia una gestión institucional sólida en cuanto a estructura organizacional, control interno y políticas de riesgo.</p> <p>Se destacan los avances en la consolidación organizacional, así como la existencia de mecanismos de supervisión del Sistema de Control Interno, que contribuyen al fortalecimiento de la cultura de autocontrol.</p> <p>El resultado sugiere un compromiso institucional con la integridad, los valores éticos y la responsabilidad en la gestión pública.</p> <p>Debilidades:</p> <p>Cuatro lineamientos mostraron debilidades importantes:</p> <p>Lineamiento 1.1 (Integridad) y 1.2 (Conflicto de intereses) presentan deficiencias en el aseguramiento de valores éticos y transparencia, lo que compromete la confianza institucional.</p> <p>Lineamiento 4.1 (Evaluación del talento humano) indica debilidad en la implementación de procesos de evaluación del desempeño que permitan retroalimentar y mejorar la gestión del recurso humano.</p> <p>Lineamiento 4.7 (Supervisión de contratistas) presenta problemas de seguimiento y control sobre los terceros que ejecutan funciones institucionales.</p> <p>Uno de estos lineamientos obtuvo calificación de nivel 1 en la variable "funcionando", lo que evidencia que el control está presente pero no se está aplicando de manera efectiva, representando una deficiencia.</p> <p>En general, estas debilidades se clasifican como oportunidades de mejora, lo que implica la necesidad de fortalecer políticas, mejorar la articulación interáreas y reforzar el seguimiento a responsabilidades asignadas.</p>	-2%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Evaluación de riesgos	Si	100%	<p>Fortalezas:</p> <p>El estado actual del componente de gestión del riesgo evidencia un nivel de madurez institucional, caracterizado por una estructura metodológica definida, la adopción de la Política de Operación para la Administración del Riesgo y una articulación entre las líneas de defensa. La Entidad cuenta con instrumentos formales que permiten la identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos, así como con espacios de seguimiento y toma de decisiones que fortalecen el enfoque preventivo y la gestión basada en riesgos.</p> <p>Entre las principales fortalezas se destaca la claridad en la definición de roles y responsabilidades bajo el modelo de Líneas de Defensa, lo que favorece la segregación de funciones y la independencia del control. Asimismo, se resalta el uso de herramientas institucionales estandarizadas, como los formatos de seguimiento al mapa de riesgos, la matriz de gestión de eventos y los informes periódicos de monitoreo, los cuales garantizan trazabilidad, consistencia de la información y soporte técnico para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección. La participación activa de los comités institucionales y el análisis periódico de los riesgos materializados fortalecen la capacidad de respuesta frente a eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos misionales.</p> <p>Recomendación</p> <p>No obstante, se observa que aunque la Entidad cuenta con una estructura definida para la administración del riesgo y con herramientas tecnológicas que facilitan su gestión, persisten debilidades en la ejecución oportuna y consistente de los controles definidos en el mapa de riesgos. En particular, se identifican falencias en la adherencia a procedimientos, guías y protocolos, así como en la suficiencia y oportunidad de los controles diseñados, lo que contribuyó a la materialización de 2 riesgos durante el III Trimestre de 2025, de los cuales, los riesgos IDAAM_02 e IDGLQ_15, presentan recurrencia en su materialización. En este sentido, si bien los riesgos materializados se encuentran abordados mediante planes de manejo y mitigación, resulta necesario fortalecer el seguimiento a la ejecución efectiva de las acciones, garantizando que los controles definidos sean revisados, ajustados y documentados de manera oportuna, con el fin de asegurar su eficacia y prevenir recurrencias.</p>	100%	<p>Fortalezas:</p> <p>Cumplimiento total de los lineamientos evaluados, lo que indica que los controles están tanto implementados como funcionando de forma adecuada en todas las áreas responsables.</p> <p>Se evidencia un seguimiento y actualización periódica de la matriz de riesgos, lo cual demuestra una cultura de gestión de riesgos madura y dinámica.</p> <p>Las acciones de mitigación están articuladas con los planes institucionales y operativos, lo que refleja alineación entre la planeación, el control interno y la toma de decisiones.</p> <p>El compromiso de las dependencias en la gestión de riesgos contribuye a fortalecer la autoevaluación, el autocontrol y la mejora continua.</p> <p>No se identificaron debilidades en la evaluación. No obstante, se recomienda continuar con la vigilancia y actualización constante del mapa de riesgos para anticipar escenarios cambiantes y evitar retrocesos en el desempeño de este componente.</p>	0%
Actividades de control	Si	100%	<p>Fortalezas</p> <p>El componente de Actividades de Control presenta un nivel de cumplimiento del 96 %, lo cual evidencia que la entidad ha implementado controles adecuados y eficaces para mitigar los riesgos y asegurar el logro de los objetivos institucionales. Entre las principales fortalezas se destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La entidad cuenta con controles definidos, documentados y formalizados en sus procesos y procedimientos, los cuales se encuentran alineados con la identificación y valoración de los riesgos institucionales. * Los procesos institucionales disponen de procedimientos actualizados, con puntos de control claramente establecidos, lo que facilita la estandarización de las actividades y el cumplimiento de la normatividad vigente. * Existe una adecuada segregación de funciones, que reduce la posibilidad de errores o irregularidades y fortalece la transparencia en la ejecución de los procesos. * La entidad realiza seguimiento periódico a la efectividad de los controles, incorporando acciones de mejora cuando se identifican desviaciones, lo que demuestra un enfoque hacia el mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno. * El uso de herramientas tecnológicas apoya la ejecución y trazabilidad de las actividades de control, fortaleciendo la oportunidad, integridad y seguridad de la información. <p>Recomendación</p> <p>Es importante mencionar, que se identifican mejoras en la definición de controles, toda vez que, durante el período evaluado si bien se materializaron dos (2) riesgos de gestión, los cuales corresponden a los siguientes procesos: Atención Ambulatoria (1) y Gestión Logística (1), las situaciones identificadas que dieron lugar a la materialización del riesgo disminuyeron en su cantidad, frente al periodo anterior, no obstante se considera necesario que la entidad continúe fortaleciendo los controles de los riesgos materializados.</p>	96%	<p>Fortalezas:</p> <p>El Hospital cuenta con controles establecidos y documentados en el Mapa de Riesgos Institucional, lo que evidencia un esfuerzo por estructurar mecanismos de gestión y mitigación de riesgos.</p> <p>Se realizan informes de monitoreo que permiten identificar la efectividad de los controles implementados, lo cual es un indicador positivo de seguimiento y vigilancia interna.</p> <p>La existencia de una calificación mayoritaria positiva en el componente sugiere que la mayoría de los lineamientos presentan un nivel adecuado de implementación y funcionamiento.</p> <p>Debilidades:</p> <p>Se presentaron fallos en la ejecución efectiva de los controles, especialmente en el lineamiento 12.4, donde se calificó con nivel 2 en la variable "funcionando", lo que indica que el control existe, pero su aplicación no es consistente ni suficiente.</p> <p>Los informes de monitoreo evidenciaron la materialización recurrente de riesgos tanto en procesos misionales como de apoyo, lo que afecta la eficacia en el tratamiento y respuesta frente a riesgos identificados.</p> <p>Las deficiencias señaladas reflejan una brecha entre el diseño del control y su aplicación práctica, clasificándose como una oportunidad de mejora prioritaria.</p> <p>Esto también señala la necesidad de reforzar la articulación entre las áreas responsables y fortalecer la implementación operativa de los instrumentos de gestión de riesgos.</p>	4%
Información y comunicación	Si	100%	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> * La entidad cuenta con sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información de acuerdo a los requerimientos de información. * La entidad dispone de inventario de información el cual es aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño * La entidad establece sus fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento de información para el logro de las metas y objetivos institucionales. * La entidad define actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información * La entidad cuenta con canales de comunicación para la atención a la ciudadanía * Se cuenta con lineamientos de comunicación, fortaleciendo la comunicación interna y externa del Hospital Militar Central HOMIL * Se tienen definidos indicadores para medir la efectividad de los canales de comunicación * Anualmente se realiza la caracterización de usuarios o grupos de valor de la Entidad 	96%	<p>Con base en el objetivo del componente Información y Comunicación, que es "verificar que la información y la comunicación sean efectivas para la adecuada operación en la entidad", la fortaleza general identificada es la siguiente:</p> <p>Fortalezas:</p> <p>La entidad cuenta con canales, herramientas y procedimientos formales que permiten la circulación de la información y la gestión de las comunicaciones internas y externas, incluyendo mecanismos para la atención de PQRSF. Esto evidencia que existen estructuras funcionales para facilitar el flujo de información y la interacción con los usuarios, contribuyendo al cumplimiento de los procesos institucionales y a la toma de decisiones informada.</p> <p>Debilidades:</p> <p>Se evidenciaron deficiencias en la gestión oportuna de solicitudes ciudadanas, especialmente en el cumplimiento de los plazos legales establecidos para la atención de peticiones, lo cual afecta la eficacia del canal de comunicación con los usuarios.</p> <p>Un lineamiento fue calificado con nivel 2 en la variable "funcionando", lo que indica que aunque existen mecanismos implementados, estos no están operando de forma adecuada en todos los casos.</p> <p>La falta de cumplimiento en los tiempos de respuesta a PQRSF sugiere debilidades en la articulación entre áreas responsables, en el seguimiento de los casos y en los controles internos para asegurar la trazabilidad y cumplimiento normativo.</p> <p>Estas fallas comprometen la efectividad de la comunicación institucional y pueden afectar la confianza de los usuarios en los canales oficiales de la entidad.</p>	4%
Monitoreo	Si	100%	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> * Existencia de mecanismos formales de seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno. * Cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MPG). * Realización periódica de procesos de autoevaluación que permiten identificar oportunamente desviaciones y oportunidades de mejora. * Seguimiento efectivo a los planes de mejoramiento institucional, con verificación de la implementación de acciones correctivas y preventivas. * Articulación adecuada entre las actividades de monitoreo, la gestión del riesgo y el logro de los objetivos institucionales. * Compromiso de la alta dirección y de los responsables de los procesos con el fortalecimiento del control interno. * Contribución del componente de monitoreo al mejoramiento continuo, la transparencia y la eficiencia en la gestión pública. 	100%	<p>Con base en el objetivo del componente Ambiente de Monitoreo, que es "monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente", y considerando que alcanzó un cumplimiento del 100 %, la fortaleza general es la siguiente:</p> <p>La entidad cuenta con un sistema de monitoreo robusto, respaldado por la realización de evaluaciones independientes, auditorías, seguimiento a planes de mejoramiento e informes de ley, lo cual permite una supervisión continua de la gestión institucional. Estas acciones han generado insumos efectivos para orientar decisiones, implementar acciones correctivas y fortalecer el control interno, lo que refleja una cultura organizacional orientada a la mejora continua y la rendición de cuentas.</p> <p>Debilidad:</p> <p>Dado que el componente Ambiente de Monitoreo obtuvo un cumplimiento del 100 % y no se reportaron calificaciones bajas ni observaciones negativas, no se identificaron debilidades en la evaluación realizada.</p> <p>Sin embargo, desde una perspectiva preventiva, se puede señalar como posible riesgo latente la necesidad de mantener la consistencia en la aplicación de los mecanismos de monitoreo, para evitar que el buen desempeño observado se convierta en un cumplimiento meramente formal. Es fundamental asegurar que las evaluaciones y auditorías continúen generando valor y se traduzcan en mejoras reales y sostenidas en la gestión institucional.</p>	0%