

# INFORME ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA

**vigencia 2025**

Equipo oficina de Control Interno de Gestión  
Jefe de oficina: Marta Ramos Paternina  
Contratista Apoyo: Alejandro Vargas  
Correo oficina: [Controlinterno@esesanjeronimo.gov.co](mailto:Controlinterno@esesanjeronimo.gov.co)

## HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA

Febrero 2026.

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION



E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería  
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

**Citas Médicas** Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454  
[esesanjeronimo.gov.co](http://esesanjeronimo.gov.co)

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co)

RESUMEN EJECUTIVO DEL INFORME DE AUDITORÍA 2025  
VIGENCIA 2025  
OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN  
E.S.E. HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA



## 1. PRESENTACIÓN DEL INFORME

La Oficina de Control Interno de Gestión de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería presenta el Informe Anual de Auditoría Interna de la vigencia 2025, en cumplimiento de la Ley 87 de 1993, la Ley 1474 de 2011, el Decreto 648 de 2017, el Decreto 1499 de 2017, el Modelo Estándar de Control Interno y la Guía de Auditoría Basada en Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Este informe tiene como finalidad consolidar y comunicar el resultado del ejercicio de evaluación independiente efectuado durante la vigencia, como insumo para la Alta Dirección, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, los organismos de control y la ciudadanía.

El documento integra el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, los resultados de las auditorías realizadas, la evaluación del Sistema de Control Interno, el seguimiento a la gestión institucional del riesgo, los informes de ley desarrollados por la Oficina y el análisis de los

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería  
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba 📍  
**Citas Médicas** Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454 📞  
[esesanjeronimo.gov.co](mailto:esesanjeronimo.gov.co) 🌐

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co) ✉️

elementos del formulario FURAG que guardan relación con auditoría interna, evaluación independiente, seguimiento a planes de mejoramiento y gestión del riesgo.

## 2. Propósito, alcance y enfoque del informe

El propósito del presente informe es dar cuenta del desarrollo del ejercicio auditor de la vigencia 2025, mostrar el grado de cumplimiento del plan aprobado, exponer los principales resultados de cada auditoría ejecutada y evidenciar cómo la Oficina de Control Interno desarrolló sus roles de evaluación independiente, seguimiento, asesoría y fomento del autocontrol, dentro de los límites de la tercera línea de defensa.

El alcance del informe comprende la totalidad de las auditorías internas programadas y ejecutadas en 2025, los seguimientos institucionales relacionados, los informes de ley y la evaluación del Sistema de Control Interno del primero y segundo semestre.

El enfoque aplicado durante la vigencia fue de auditoría basada en riesgos, considerando el universo auditable, la criticidad de los procesos, la materialidad económica, la continuidad operativa, la exposición al riesgo y la relevancia institucional de cada proceso evaluado. Esto se evidencia, por ejemplo, en la auditoría al proceso de supervisión contractual, en la que la muestra fue seleccionada con base en riesgo inherente, materialidad económica, continuidad operativa y criticidad del servicio, y en la auditoría SIAU, en la que la selección de casos auditados se realizó con criterio de riesgo y materialidad.

## 3. Marco institucional del Sistema de Control Interno

El Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Jerónimo se implementa en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno – MECI como estructura para fortalecer la gestión pública, la administración del riesgo, la transparencia, la eficiencia y la mejora continua.

En la evaluación independiente realizada por la Oficina de Control Interno, el sistema presentó un nivel de implementación del 90 % en el primer semestre y del 84 % en el segundo semestre de 2025, lo que evidencia que el sistema se encuentra implementado y operando, aunque con oportunidades de fortalecimiento en algunos componentes.

Los componentes evaluados fueron ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo. Los resultados del segundo semestre mostraron fortalezas en actividades de control y monitoreo, así como aspectos de mejora en evaluación del riesgo y ambiente de control.

#### 4. Roles desarrollados por la Oficina de Control Interno

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno desarrolló los roles propios de la tercera línea de defensa.

En el rol de evaluación independiente, ejecutó auditorías internas, evaluó el Sistema de Control Interno y emitió informes con hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

En el rol de seguimiento, efectuó monitoreo a planes de mejoramiento internos y externos, gestión del riesgo, ejecución presupuestal y compromisos derivados de informes y auditorías.

En el rol de asesoría y acompañamiento, participó en comités y espacios institucionales, brindando insumos técnicos para la toma de decisiones.

En el rol de fomento del autocontrol, promovió la cultura de control y la apropiación de responsabilidades por parte de los líderes de proceso. Todo ello fue expuesto en el acta de cierre del Comité de Coordinación de Control Interno de 26 de diciembre de 2025.

El mismo acta dejó expresamente consignado que la Oficina actuó en ejercicio de sus funciones de evaluación y seguimiento, sin interferir en la gestión operativa de las áreas auditadas, lo cual delimita adecuadamente el alcance funcional de la tercera línea de defensa.

#### 5. Plan Anual de Auditoría 2025: formulación, aprobación y ejecución

El Plan Anual de Auditoría 2025 fue formulado con enfoque basado en riesgos y, según consta en la auditoría al proceso de supervisión contractual, fue aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno en sesión del 26 de febrero de 2025. Posteriormente, en el acta de cierre del 26 de diciembre de 2025, la Jefe de Control Interno informó al Comité que el plan fue ejecutado en un 100 %, conforme a lo programado.

Durante la vigencia se realizó una modificación puntual al plan, consistente en sustituir la auditoría al proceso de cuentas médicas por una auditoría extraordinaria al proceso de Tesorería, motivada por el riesgo identificado por el líder del área, relacionado con pérdida de recursos y títulos valores. Esta modificación fue informada al Comité, autorizada verbalmente dada su urgencia y criticidad, y registrada formalmente en el acta final.

Adicionalmente, el acta final precisó que el POA 2025 de la dependencia integró el Plan Anual de Auditoría y comprendió, entre otras actividades, auditorías internas basadas en riesgos, seguimiento a planes de mejoramiento de Contraloría e internos, rendición de cuenta fiscal y de ciudadanía, acompañamiento a comités, seguimiento presupuestal, arqueos a caja menor, evaluación y elaboración de informes de ley, seguimiento SIGEP y seguimiento a planes estratégicos.

## 6. Tabla de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría

Auditoría / Actividad principal	Estado	Resultado
Auditoría al proceso de supervisión de contratos	Ejecutada	Cumplida
Auditoría al Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU	Ejecutada	Cumplida
Auditoría al área de Sistemas e Información	Ejecutada	Cumplida
Auditoría extraordinaria al proceso de Tesorería	Ejecutada	Cumplida
Seguimientos institucionales previstos en el POA	Ejecutados	Cumplidos
Informes de ley a cargo de la OCI	Elaborados y presentados	Cumplidos

En consecuencia, el cumplimiento global del Plan Anual de Auditoría 2025 fue del 100 %, conforme a lo informado al Comité de Coordinación de Control Interno.

## 7. Capacidad institucional de la Oficina de Control Interno y alcance del ejercicio auditor

El ejercicio auditor desarrollado durante la vigencia 2025 se ejecutó conforme al Plan Anual de Auditoría aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno. Dicho plan fue formulado teniendo en cuenta la capacidad operativa de la Oficina de Control Interno y el conjunto de responsabilidades asignadas por el marco normativo vigente.

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería cuenta con una estructura organizacional limitada, conformada por la Jefe de Oficina y un contratista de apoyo, lo cual condiciona el alcance del ejercicio auditor en términos de número de auditorías programadas durante la vigencia.

En este contexto, la planeación del ejercicio auditor consideró no solo la ejecución de auditorías internas basadas en riesgos, sino también el cumplimiento de las demás funciones asignadas a la Oficina de Control Interno, entre las cuales se destacan:

- elaboración de los informes de ley establecidos para la dependencia,
- seguimiento a planes de mejoramiento internos y externos,
- seguimiento a la gestión institucional del riesgo,

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION



E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

**Citas Médicas** Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454

esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co)



- evaluación del Sistema de Control Interno,
- acompañamiento a comités institucionales,
- seguimiento a la ejecución presupuestal y a otros compromisos institucionales.

Estas actividades fueron informadas y presentadas ante el Comité de Coordinación de Control Interno en el acta de cierre correspondiente a la vigencia 2025.

En consecuencia, el número de auditorías ejecutadas durante la vigencia responde a la capacidad institucional de la Oficina y a la priorización basada en riesgos definida en el Plan Anual de Auditoría aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno, sin que ello afecte el cumplimiento de las funciones de evaluación independiente asignadas a la dependencia.

## 8. Cumplimiento de criterios del proceso auditor

Desde la perspectiva de los criterios evaluados en FURAG para auditoría interna, la evidencia documental aportada permite concluir que durante 2025 la Oficina de Control Interno sí contó con plan anual de auditoría, sí lo ejecutó, sí aplicó fases metodológicas del proceso auditor y sí produjo informes de auditoría con hallazgos y recomendaciones, así como seguimiento al progreso de los planes de mejoramiento.

### 8.1 Planeación

Las auditorías evidencian actividades de planeación, delimitación del alcance, identificación del universo auditable, definición de muestra y aplicación de criterios de riesgo y materialidad. La auditoría de supervisión contractual describe expresamente la selección de muestra con base en riesgo inherente, materialidad económica, continuidad operativa y criticidad del servicio. La auditoría SIAU también documenta revisión documental, selección de muestra basada en riesgo y materialidad, y aplicación de criterios de oportunidad y cumplimiento legal.

### 8.2 Ejecución

La fase de ejecución incluyó revisión documental, verificación normativa, análisis técnico, entrevistas, observación y contraste de evidencias. En la auditoría de sistemas se aplicaron verificación documental, entrevistas, observación directa, revisión normativa y pruebas sobre controles implementados; en SIAU se revisó base de datos, actas de apertura de buzones, tipología de casos, trazabilidad de respuestas y cumplimiento de plazos.

### 8.3 Características de los informes de auditoría

Los informes producidos contienen objetivo, alcance, metodología, marco normativo, hallazgos, conclusiones y recomendaciones. El informe final de sistemas, por ejemplo, incluye ocho

hallazgos ratificados, conclusiones y solicitud formal de plan de mejoramiento. La auditoría SIAU documenta hallazgos con criterio, condición, causa, efecto y nivel de riesgo.

#### 8.4 Seguimiento a planes de mejoramiento

El acta final informó el seguimiento a planes de mejoramiento internos y externos, y dejó constancia de hallazgos abiertos en varias áreas. En SIAU, además, el informe preliminar requirió expresamente a la Coordinación del proceso la elaboración y remisión de su plan de mejoramiento frente a los hallazgos.

#### 9. Desarrollo institucional del ejercicio de auditoría interna

De manera complementaria a los criterios metodológicos descritos anteriormente, el ejercicio auditor desarrollado durante la vigencia 2025 permite identificar los siguientes elementos institucionales del ejercicio de auditoría interna durante la vigencia 2025

##### Universo auditable institucional

Durante la vigencia 2025 la Oficina de Control Interno definió el universo auditable institucional considerando los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación definidos en el mapa de procesos de la entidad.

Este universo auditable permitió identificar los procesos susceptibles de evaluación independiente, priorizando aquellos con mayor nivel de riesgo, impacto institucional, materialidad financiera o relevancia para la prestación de los servicios de salud.

##### Planificación del ejercicio auditor

El ejercicio auditor fue planificado mediante la formulación del Plan Anual de Auditoría 2025, aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno el 26 de febrero de 2025.

El plan fue estructurado bajo un enfoque basado en riesgos, priorizando procesos institucionales críticos y considerando criterios como:

- criticidad del proceso
- exposición al riesgo
- impacto institucional
- materialidad económica
- continuidad operativa

##### Independencia del ejercicio auditor

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION



E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería  
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

**Citas Médicas** Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454  
esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co)

La Oficina de Control Interno desarrolló su actividad bajo el principio de independencia funcional establecido en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017.

Durante la vigencia evaluada, la Oficina actuó como tercera línea de defensa, realizando evaluación independiente sin intervenir en la gestión operativa de los procesos auditados.

Esta condición fue ratificada en el Comité de Coordinación de Control Interno, donde se dejó constancia de que la Oficina ejerce funciones de evaluación, seguimiento y recomendación, sin asumir responsabilidades de gestión o ejecución de controles.

### **Ejecución del ejercicio auditor**

Durante la vigencia 2025 se ejecutaron auditorías internas a procesos institucionales priorizados en el Plan Anual de Auditoría, entre ellos:

- supervisión de contratos
- sistema de información y atención al usuario
- área de sistemas e información
- proceso de tesorería.

Las auditorías se desarrollaron aplicando las fases metodológicas definidas en la Guía de Auditoría Basada en Riesgos:

- planeación
- ejecución
- comunicación de resultados
- seguimiento a planes de mejoramiento.

### **Comunicación de resultados de auditoría**

Los resultados del ejercicio auditor fueron comunicados a los responsables de los procesos auditados y presentados ante el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante informes que contienen hallazgos, conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

### **Seguimiento a planes de mejoramiento**

Como parte del proceso auditor, la Oficina de Control Interno realiza seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas, con el propósito de verificar la implementación de acciones correctivas orientadas a subsanar los hallazgos identificados.

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION



E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería  
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba  
**Citas Médicas** Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454  
esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co)

Este seguimiento se realiza de manera periódica y sus resultados se comunican a la Alta Dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno.

### **Articulación del ejercicio auditor con la gestión del riesgo**

El ejercicio auditor desarrollado durante la vigencia 2025 se articuló con la gestión institucional del riesgo, mediante la evaluación de riesgos materializados reportados por las áreas y el análisis de controles existentes.

Esta articulación permite orientar las auditorías hacia procesos con mayor exposición al riesgo y fortalecer la capacidad institucional de prevención y control.

### **Evaluación del Sistema de Control Interno**

La Oficina de Control Interno realizó durante la vigencia 2025 la evaluación independiente del Sistema de Control Interno, cuyos resultados evidenciaron niveles de implementación del 90 % en el primer semestre y del 84 % en el segundo semestre.

Esta evaluación constituye un insumo fundamental para la toma de decisiones de la Alta Dirección y para el fortalecimiento de los mecanismos de control institucional.

### **Integración del ejercicio auditor con los informes de ley**

El ejercicio auditor se complementa con la elaboración y presentación de los informes de ley a cargo de la Oficina de Control Interno, los cuales permiten evaluar diferentes componentes del Sistema de Control Interno y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Entre estos informes se encuentran los relacionados con austeridad del gasto, transparencia, plan anticorrupción, evaluación del sistema de control interno, rendición de cuentas y seguimiento a planes de mejoramiento.

## **10. Auditorías realizadas en la vigencia 2025**

Durante la vigencia 2025 la Oficina de Control Interno ejecutó auditorías a los siguientes procesos institucionales:

- Supervisión de contratos de bienes y servicios.
- Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU.
- Área de Sistemas e Información.
- Tesorería, mediante auditoría extraordinaria

### **10.1 Auditoría al proceso de supervisión de contratos de bienes y servicios**



La auditoría permitió verificar el cumplimiento de la función de supervisión contractual en contratos de bienes y servicios suscritos durante la vigencia evaluada.

Fortalezas identificadas : Se evidenció la existencia de soportes presupuestales en los contratos revisados, cumplimiento de requisitos relacionados con garantías contractuales y aplicación de procedimientos contractuales conforme a la normatividad vigente.

Debilidades identificadas: Se identificaron debilidades relacionadas con la completitud de la publicación contractual en SECOP, la calidad y suficiencia de algunos informes de supervisión y la necesidad de fortalecer la segregación de funciones entre actividades precontractuales y de supervisión.

Hallazgos : La auditoría formuló hallazgos relacionados con transparencia documental, seguimiento contractual y control de la supervisión.

### 10.2 Auditoría al Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU

La auditoría evaluó la gestión de las PQRSD y la trazabilidad del proceso de atención al usuario.

Fortalezas identificadas : Se evidenció la existencia de canales institucionales para la recepción de solicitudes y mecanismos básicos de registro y atención.

Debilidades identificadas : Se identificaron debilidades asociadas al cumplimiento de plazos de respuesta, la trazabilidad documental de algunos casos, la actualización de indicadores del proceso y la formalización de espacios de seguimiento del SIAU.

Hallazgos : La auditoría generó hallazgos relacionados con oportunidad en las respuestas, trazabilidad del proceso, seguimiento institucional y gestión de mejora.

### 10.3 Auditoría al área de Sistemas e Información

La auditoría se orientó a evaluar la seguridad, integridad y disponibilidad de la información institucional, así como el cumplimiento de lineamientos aplicables al proceso tecnológico.

Fortalezas identificadas : Se evidenció disponibilidad de infraestructura tecnológica institucional y soporte operativo para el funcionamiento de los sistemas.

Debilidades identificadas : Se identificaron debilidades en la formalización de políticas de seguridad de la información, la gestión de accesos, la continuidad del negocio, la documentación de procedimientos y la trazabilidad de acciones relacionadas con protección de datos.

Hallazgos : La auditoría formuló hallazgos relacionados con seguridad de la información, gestión documental TIC, continuidad operativa y cumplimiento normativo.

### 10.4 Auditoría extraordinaria al proceso de Tesorería

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION



E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería  
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba  
**Citas Médicas** Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454  
esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co)

La auditoría extraordinaria se desarrolló a partir de la identificación de riesgos relacionados con el manejo de títulos valores y controles del proceso.

Fortalezas identificadas : Se evidenció reacción institucional frente al evento identificado y activación de actuaciones administrativas de control.

Debilidades identificadas : Se identificaron debilidades en mecanismos preventivos de custodia, control documental y manejo de instrumentos financieros.

Hallazgos : La auditoría generó hallazgos relacionados con control financiero, custodia documental y fortalecimiento de controles preventivos del proceso.

### 11. Fortalezas institucionales del ejercicio auditor

Durante la vigencia 2025 se destacan como fortalezas del ejercicio auditor:

- cumplimiento del Plan Anual de Auditoría en el 100 % de lo programado,
- desarrollo de auditorías internas con enfoque basado en riesgos,
- elaboración y presentación de los informes de ley a cargo de la Oficina de Control Interno,
- evaluación periódica del Sistema de Control Interno,
- seguimiento a la gestión institucional del riesgo y a los planes de mejoramiento.

### 12. Debilidades y aspectos a fortalecer

Como resultado del ejercicio auditor se identificaron aspectos institucionales que requieren fortalecimiento por parte de los responsables de los procesos, entre ellos:

- fortalecimiento de la trazabilidad documental en procesos críticos
- fortalecimiento del diseño y formalización de controles en procesos tecnológicos
- mejora en la oportunidad de algunos reportes institucionales
- fortalecimiento del seguimiento y cierre de acciones de mejora derivadas de auditorías

### 13. Conclusión

El resultado del ejercicio auditor de la vigencia 2025 evidencia que la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería contó con un proceso de auditoría interna ejecutado conforme a lo programado y articulado con la evaluación del Sistema de Control Interno.

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION



E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería  
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba



**Citas Médicas** Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454  
esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co)

Las auditorías realizadas permitieron identificar fortalezas institucionales, así como debilidades y hallazgos que constituyen insumo para el mejoramiento continuo de los procesos y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

La Oficina de Control Interno continuará desarrollando su rol de evaluación independiente, seguimiento y recomendación, en el marco de sus competencias y conforme a las disposiciones legales vigentes

El presente informe se elabora con base en la información disponible y en las evidencias documentales obtenidas durante el ejercicio auditor de la vigencia 2025.

<p>DOCUMENTO REVISADO POR</p>  <hr/> <p>OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN E.S.E. HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA MARTA RAMOS PATERNINA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN</p> <p>ELABORADO POR: ALEJANDRO VARGAS CONTRATISTA APOYO AL CONTROL INTERNO APROBO</p>  <p>MARTA RAMOS PATERNINA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN</p> <p>MONTERÍA, FEBRERO DEL 2026.</p>
--