

E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO-SANTANDER

INFORME DE LABORES DE GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO

01 de ENERO A 31 de DICIEMBRE DE 2025

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
ASESOR OFICINA DE CONTROL INTERNO
CONTRATISTA

Hospital Regional Manuela Beltrán
NIT 900.190.045-1
Carrera 16 N° 9 - 53 Conmutador (57) 7 68 52 880
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Socorro, Santander - Colombia

Es tiempo de la Sostenibilidad y Servir a Santander

INTRODUCCION

La Oficina de Control Interno de gestión, contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de Gestión de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán y sus nodos de Las Palmas y Hato; a través de un ejercicio independiente y objetivo de evaluación y asesoría enmarcada en las funciones establecidas en la ley 87 de 1993 para el cumplimiento de la misión institucional. Por otra parte el Decreto 648 de 2017 enmarca los roles de las Oficinas de Control Interno y bajo esa normatividad se da a conocer la gestión realizada en el año 2025, donde se resaltan las acciones dirigidas por la Oficina Asesora de Control Interno como líder del proceso de Gestión de control, con el propósito de medir la efectividad y economía de los controles establecidos para el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, bajo los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación.

Las funciones de la oficina de control interno se enmarca en cinco roles principales: valoración del riesgo, acompañamiento y asesoría, evaluación y seguimiento, fomento de la cultura del control y relación con los entes externos; así mismo la misión de la oficina de control interno debe estar centrada en asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

De esta manera, se incorpora el Control Interno como un soporte Administrativo esencial, orientado a garantizar el logro de los objetivos de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán y del estado en su conjunto, fundamentado en el cumplimiento de los principios que rigen la administración pública en especial los de eficiencia, eficacia, moralidad y transparencia; en la coordinación de las actuaciones entre las diferentes entidades que los conforman, preparándolo adicionalmente para responder a los controles de orden externo que le son inherentes y en especial al Control Ciudadano.

El control interno constituye un proceso aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de la institución, que proporciona seguridad razonable de la protección de los recursos públicos y se alcancen los objetivos institucionales.

Bajo esta normatividad se da a conocer la gestión para el periodo enero a diciembre de la vigencia 2025, relacionada con los cinco roles de liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, relación con entes externos de control, evaluación de la gestión del riesgo y evaluación y seguimiento.

1. ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se realizó y aprobó en el Comité Institucional de Coordinación de Control de Control Interno, mediante acta de fecha junio 11 de 2025, el Plan anual de Auditorías de Control Interno, para la vigencia 2025, basada en riesgos, explicando cuales fueron las técnicas tenidas en cuenta para realizar la programación, así:

- a. Ponderación de Riesgos: Se realizó un análisis del mapa de riesgos Institucional, se tuvieron en cuenta los riesgos en nivel algo y extremo.
- b. Requerimientos del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: Se socializó el proyecto de plan anual de auditorías y los miembros del comité aprobaron el plan de la vigencia 2025.
- c. Requerimientos de los entes reguladores: Se realizó análisis a los informes de auditoría emitidos por los entes de control y se priorizaron los procesos que estaban relacionados con los hallazgos del informe.

d. Fecha de la última auditoria: Se estableció plan de rotación de acuerdo con la ponderación del riesgo y el resultado de la última auditoría realizada.

Se definió tres (3) modalidades de Auditorias así:

Auditorías Internas: Las cuales son programadas en el Plan Anual de Auditorias y son realizadas en cada proceso.

Auditorias Especiales: las que se realizan por solicitud expresa del señor Gerente, de algún Subgerente, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y a un tema puntual que se considere crítico.

Auditorias combinadas: Corresponden a las auditorías realizadas en acompañamiento con la Oficina Asesora de Calidad.

1.1 Plan Anual de Auditorías Internas de Evaluación y Seguimiento

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprobó el 11 de junio de 2025, según acta No. 01, el Programa Anual de Auditorias para la vigencia, que correspondió a 7 auditorías, y 9 informes de ley.

Es importante anotar que además de lo anterior se desarrollaron actividades que no estaban inicialmente contempladas en el Programa Anual de Auditorias, que obedecen a cambios normativos, solicitudes especiales de la Gerencia y/o disposiciones de los diferentes entes de control.

Igualmente, la Oficina Asesora de Control Interno apoya a las demás oficinas y subgerencias cuando así lo requieran y participa en los comités según lo programado por la Entidad y los demás informes que sean requeridos por la Gerencia.

1.2 Ejecución Auditorias programadas

Conforme al Plan Anual de Auditorias vigencia 2025 se relacionan las auditorías realizadas:

AUDITORIA	PROG	EJEC	DES	PTES	% EJECUCIÓN
Auditoria Gestión de Talento Humano	1	1	0	0	100%
Auditoria Gestión apoyo proceso diagnóstico y terapéutico (Farmacia)	1	1	0	0	100%
Auditoria Gestión servicios de apoyo alimentación	1	1	0	0	100%
Auditoria gestión Documental	1	1	0	0	100%
Auditoria Gestión de Recursos Físicos(mantenimiento)	1	1	0	0	100%
Auditoria proceso de Facturación	1	1	0	0	100%
Auditoria proceso de Cartera	1	1	0	0	100%
TOTALES	7	7	0	0	100%

Se programaron 07 auditorías de las cuales hay 07 ejecutadas, para un 100% de cumplimiento.

A continuación, se relaciona las recomendaciones generales que surgieron de cada una de las auditorías realizadas:

AUDITORIA	CONCLUSIONES
AUDITORIA GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso de Talento Humano de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán cumple en gran medida con los lineamientos normativos y los objetivos institucionales, evidenciándose organización, compromiso y receptividad por parte del área auditada. • Se constató que la gestión documental, la verificación aleatoria en RETHUS, la actualización en SIGEP II y la medición de indicadores se encuentran implementadas y con seguimiento, lo que refleja un adecuado control interno y fortalece la transparencia institucional. • El proceso evidencia fortalezas en el cumplimiento normativo, el compromiso con la mejora continua y la disponibilidad de información confiable para la toma de decisiones. • Se resalta la importancia de continuar con prácticas de prevención, como la revisión periódica de hojas de vida, el cargue de certificados académicos y la conservación de evidencia de verificaciones, lo cual contribuye a evitar observaciones de entes de control externos. • No se identificaron hallazgos que generen la necesidad de planes de mejoramiento; sin embargo, se recomienda mantener la actualización permanente de documentos y soportes, así como el fortalecimiento de la trazabilidad de la información registrada. <p>Sin plan de mejoramiento</p>

<p>AUDITORIA GESTIÓN APOYO PROCESO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO (FARMACIA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso FARMACIA se encuentra ubicado dentro del mapa de procesos como un proceso misional de la Entidad, dicho proceso está bajo el Liderazgo de la Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico. • Se dio cumplimiento al Programa de Farmacovigilancia-Rondas de Seguridad, en los servicios que se estipularon en el cronograma de rondas de vigilancias del año 2025, se realizó la verificación de estos, aplicando la lista de chequeo con el objetivo de promover la cultura de uso racional de los medicamentos mitigando la ocurrencia de eventos adversos relacionados con medicamentos. • La presente Auditoria tuvo como objetivo una revisión selectiva y aleatoria de los principales anexos, formatos, folletos, instructivos, procedimientos, programas y protocolos que integran el proceso de FARMACIA y otros aspectos, una vez realizada la verificación. • En la auditoría realizada al proceso de Farmacia, No se determinaron observaciones por lo tanto no se solicita plan de mejoramiento. • Importante dar cumplimiento a la resolución N.007 del 21 de enero de 2025, por medio de la cual se establecen tarifas. • Se le hacen unas recomendaciones generales para que se continúe con el buen manejo de todos los procesos y procedimientos, se tengan actualizada y vigente la gestión documental. <p>Sin plan de mejoramiento</p>
<p>PROCESO DE APOYO ALIMENTACION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario implementar un plan de mejora integral que incluya los procesos de planeación de víveres, capacitación y entrenamiento del

	<p>personal operativo principalmente en dieta terapia, ensamble de dietas, y atención al usuario, así como supervisión continua y presencial por parte del profesional en nutrición o ingeniería de alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es fundamental abordar el incumplimiento del Plan de Mejoramiento del INVIMA y tomar las acciones correctivas necesarias para el cumplimiento de la normatividad vigente y aplicable al proceso de alimentación. Esto incluye la asignación adecuada de recursos, el establecimiento de responsabilidades claras y el seguimiento riguroso de las acciones propuestas. • Se recomienda presentar plan de mejoramiento a las observaciones realizadas en el presente informe. • El plazo para la entrega de este plan de mejoramiento es de 15 días calendario después del recibido y debe ser enviado en medio físico y magnético a la oficina de Control interno. <p>Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
<p>PROCESO DE APOYO GESTION DOCUMENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental se evidenció un compromiso significativo con el orden, la conservación documental y el cumplimiento de los lineamientos institucionales. • El Archivo Central presenta una adecuada organización, condiciones ambientales apropiadas y personal capacitado para el manejo de la documentación, lo cual refleja una gestión responsable y orientada a la mejora continua. • Si bien no se identifican hallazgos que generen la necesidad de un plan de mejoramiento formal, se formularon recomendaciones orientadas a fortalecer aspectos puntuales como la señalización interna, la reactivación del Comité de Archivo que, para el día 15 de

	<p>diciembre se debe encontrar nuevamente vigente, a este comité se le realizará un seguimiento para garantizar su funcionamiento. Como última recomendación queda la actualización de los indicadores del proceso en la plataforma institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> La implementación de estas recomendaciones permitirá continuar consolidando la eficiencia del proceso, garantizar la adecuada administración del ciclo vital de los documentos y mantener la calidad en la gestión archivística de la institución. <p>Sin plan de mejoramiento</p>
AUDITORIA GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS(MANTENIMIENTO)	<ul style="list-style-type: none"> Se lleva un adecuado manejo del proceso y se le da cumplimiento a todo lo requerido y mencionado anteriormente. Se verifico el cumplimiento del objeto de los contratos destinados para el mantenimiento y calibración de los equipos biomédicos. Se cumplieron los planes de mejora al 100% correspondientes a la visita realizada por la Supersalud en la vigencia 2025. Es importante cumplir con los protocolos de seguridad de las diferentes áreas (cuarto eléctrico, cuarto de gases medicinales, planta eléctrica,etc..) <p>Sin plan de mejoramiento</p>
PROCESO GESTION FINANCIERA CARTERA	<p>En la auditoría realizada al proceso de cartera, se determinaron 4 observaciones. Deben generarse planes de contingencia por parte del personal del proceso de cartera para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr la conciliación total de glosas con las diferentes ERP, utilizando los mecanismos legales existentes y de conocimiento del área de cartera. Realizar la radicación definitiva de las facturas en estado de devolución. Realizar las conciliaciones correspondientes al proceso de

	<p>cartera con (facturación, Tesorería, contabilidad).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar las diferentes actas de conciliación con las ERP. • Se pudo observar que el valor aceptado de la glosa en la vigencia 2025 correspondió a un 0.3% del valor inicial de la glosa, reflejando una excelente gestión en este proceso. <p>La Oficina de Control Interno realizara seguimiento a las recomendaciones en el mes de enero del 2026 para verificar los compromisos adquiridos en la socialización de la presente auditoria.</p> <p>Sin plan de mejoramiento</p>
PROCESO GESTION FINANCIERA FACTURACION	<p>Como resultado de la auditoría interna realizada al proceso de Facturación, se concluye que el proceso cuenta con una estructura operativa definida, herramientas de información y personal dispuesto a atender los requerimientos institucionales. No obstante, se identificaron observaciones relacionadas principalmente con la facturación pendiente por radicar, el volumen de facturas anuladas y la existencia de ingresos abiertos, las cuales requieren la implementación de acciones correctivas y preventivas que fortalezcan la eficiencia y el control del proceso.</p> <p>Sin plan de mejoramiento</p>

1.3 Ejecución Informes programados

El Programa Anual de Auditoria también incluye la programación de informes que, de acuerdo con la normativa, relacionada con la obligatoriedad de la Oficina Asesora de Control Interno al reporte de informes de ley y seguimiento que deben ser emitidos de acuerdo con las periodicidades y las fechas establecidas por los entes de control. La programación para el año 2025 fue:

TITULO DEL INFORME	PROGRAMADOS	REALIZADOS	% EJECUCIÓN
Informe de Control Interno Contable	1	1	100%
Formulación Plan de Mejoramiento - Contraloría Departamental	1	1	100%

Seguimiento Plan de Mejoramiento - Contraloría Departamental	4	4	100%
Informe referente al cumplimiento de las Normas de Derechos de Autor	1	1	100%
Informe Pormenorizado de Control Interno	2	2	100%
Informe sobre la gestión del SIAU	2	2	100%
Informe de Austeridad del Gasto Público	4	4	100%
Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional	2	2	100%
Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	3	3	100%
TOTALES	27	27	100%

2. ROL DE ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO

La Oficina de Control Interno realizo las siguientes actividades.

Acompañamientos a los comités institucionales
Seguimiento a planes de mejoramiento
Acompañamiento a inventarios de Almacén y Farmacia.
Asesoría en la elaboración del mapa de riesgos
Participación en los Comités de Gerencia.

En la vigencia 2025 se realizó un Comité Institucionales de Coordinación de Control Interno programado el día 11 de junio, en el cual se participó como Secretaría técnica, el segundo comité institucional de coordinación de control interno se deja programado para el mes de Enero de 2026 para revisar la ejecución del plan anual de auditoría. En el Comité se expusieron y discutieron todos los informes de Auditorías, informes de Seguimiento a la Gestión Integral del Riesgo, informes de ley, planes de mejora, seguimientos y demás en cumplimiento a las funciones del Comité y de la Oficina Asesora de Control Interno.

En el Comité Institucional de Coordinación de Control interno de fecha junio 11 se desarrolló el siguiente orden del día.

No	ORDEN DEL DIA
1.	Verificación del Quórum.
2.	Aprobación orden del día.
3.	Lectura y Aprobación del Acta Anterior
4.	Verificación de Compromisos
5.	Informe Actividades Oficina de Control Interno Vigencia 2024
6.	Presentación Resultados Evaluación control interno contable vigencia 2024, a cargo del Dr. Blas Enrique Araque (Contador HRMB)
7.	Presentación y aprobación Plan Anual de Auditorías vigencia 2025 de la oficina de control interno
8.	Informe Seguimiento Peticiones, Quejas, Reclamos, Felicitaciones, con corte a mayo del 2025, a cargo de la Oficina del SIAU.

9.	Proposiciones y varios.
----	-------------------------

El desarrollo del segundo Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se realizará en el mes de enero del año 2026 con el siguiente orden del día.

No	ORDEN DEL DIA
1.	Verificación del Quórum.
2.	Aprobación orden del día.
3.	Lectura y Aprobación del Acta Anterior
4.	Verificación de Compromisos
5.	Informe Actividades Oficina de Control Interno Vigencia 2025
6.	Presentación estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2025, a cargo del Dr. Blas Enrique Araque (Contador HRMB)
7.	Informe Seguimiento Peticiones, Quejas, Reclamos, Felicitaciones, con corte a noviembre del 2025, a cargo de la Oficina del SIAU.
8.	Proposiciones y varios.

3. VALORACION DEL RIESGO

SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y AL MAPA DE RIESGO

La ESE HRMB en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 actualizó el “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”, para la vigencia 2025, el cual contiene los componentes relacionados con el Mapa de riesgos de corrupción y las estrategias de Rendición de Cuentas y de Servicio al Ciudadano, el Componente relacionado con la Racionalización de Trámites para mejorar la Gestión institucional.

En el período comprendido entre el 15 al 29 de enero se apoyó a la Subdirección Administrativa y Financiera y la Oficina de Planeación en las actividades para la elaboración, formulación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos Anticorrupción vigencia 2025. (Documento que se encuentra publicado en la página web institucional)

El documento de Plan Anticorrupción y Mapa de Riesgos vigencia 2025, fue elaborado con los líderes de cada proceso de la entidad, socializado y aprobado en sesión de Comité de Gerencia llevado a cabo en el mes de enero del 2025.

En cumplimiento al Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Decreto 1083 de 2015 y Decreto 124 de 2016, la Oficina de Control Interno verifico que la ESE publicara en la página web institucional el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Vigencia 2025 y el Mapa de Riesgos de Corrupción.

Se realizó el seguimiento a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan y al Mapa de Riesgos.

Se realizó el seguimiento al Mapa de Riesgo de Anticorrupción verificando los avances de las acciones establecidas para ejercer control de estos, lo anterior con el fin de prevenir que estos se materialicen, de acuerdo con las directrices emitidas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, DNP el DAFP.

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Vigencia 2025

- Plan de Acción Anticorrupción 2025.

Primer Seguimiento

- Informe Primer Seguimiento Al Plan Anticorrupción Y De Atención Al Ciudadano 2025

Segundo Seguimiento

- Informe segundo Seguimiento al Plan Anticorrupción Y De Atención Al Ciudadano vigencia 2025

Tercer Seguimiento

- Informe Tercer Seguimiento al Plan Anticorrupción Y De Atención Al Ciudadano vigencia 2025

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Vigencia 2024

Mapa de Riesgo de Corrupción Vigencia 2024

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Vigencia 2023

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Vigencia 2022

Portal Web



Agenda Cita medicina
especializada, descarga de
resultados de laboratorio,
historia clínica de medicina
general o especializada.

Verificación Asignación De Cita

Datos de Ingreso :

Número de Cédula

Ingrese número de cédula

Enviar

Borrar

4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL

Se fomentó la formación de una cultura del **AUTOCONTROL**, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional, a través de:

Autodiagnósticos FURAG: En el proceso de autoevaluación de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión se aplicaron 15 cuestionarios a los líderes de la Políticas de MIPG para determinar el estado de implementación y aspectos por mejorar y trabajar en la vigencia 2025.

Aquí se presenta la certificación del Departamento Administrativo de la Función Pública respecto a la publicación del FURAG 2024.

Los resultados de la evaluación la entidad obtuvo un puntaje índice de desempeño institucional MECI de 82.1 ubicándose en el quintil 4, que esto representa que la ESE está ubicada dentro de los puntajes más altos con respecto al grupo par de entidades similares.

Estos resultados son muy satisfactorios para la entidad, ya que es el resultado del trabajo en equipo realizado por todos los líderes de procesos en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y la implementación del MIPG durante la vigencia 2024.

Hospital Regional Manuela Beltrán
NIT 900.190.045-1
Carrera 16 N° 9 - 53 Conmutador (57) 7 68 52 880
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Socorro, Santander - Colombia

Es tiempo de la Sostenibilidad y Servir a Santander

Es importante continuar trabajando por el mejoramiento continuo de los procesos al interior de la entidad, la cultura del autocontrol y el empoderamiento de los equipos de trabajo hacia la consecución de los objetivos institucionales.

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2024



El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO
SANTANDER

DEPARTAMENTO: Santander

MUNICIPIO: SOCORRO

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno

NOMBRE DILIGENCIADOR: Julio Hernan Villabona vargas con C.C No.91248457

HABILITADO DESDE – HASTA: 14/03/2025 - 25/04/2025

VIGENCIA REPORTADA: 2024

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,

LUZ DAIFENIS ARANGO RIVERA

Dirección de Gestión y Desempeño Institucional



Url: <http://furag.funcionpublica.gov.co/furag/#/reportes/verificar-certificado/4758133e-887f-47d6-8b94-f0fe73733ec4>

Fecha de impresión: 10/04/2025

Hora: 14:16

Página 1 / 1

Carrera 6 No. 12-62, Bogotá D.C., Colombia / Teléfono: 7395656 / Fax: 7395657 / Línea gratuita: 018000 917 770 / Código Postal: 111711
www.funcionpublica.gov.co / eva@funcionpublica.gov.co

Hospital Regional Manuela Beltrán
NIT 900.190.045-1
Carrera 16 N° 9 - 53 Conmutador (57) 7 68 52 880
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Socorro, Santander - Colombia

Es tiempo de la Sostenibilidad y Servir a Santander

MECI Resultados Desempeño institucional Territorio, vigencia 2024

Tenga en cuenta que los resultados de MECI los podrá consultar a partir de los siguientes filtros: 1) Entidad, 2) Municipio, 3) Departamento, 4) PDET, 5) Naturaleza Jurídica

Una vez seleccionado el filtro, los resultados se visualizarán en el tablero de la siguiente manera:

- I. Primera sección, muestra los resultados generales de desempeño del Control Interno.
- II. Segunda sección los resultados por cada uno de los cinco componentes del MECI.
- III. Tercera sección muestra los resultados de la evaluación independiente.

ENTIDAD
HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN II NIVEL - SOCORRO SAN

MUNICIPIO
SOCORRO

DEPARTAMENTO
SANTANDER

PDET
Todas

NATURALEZA JURÍDICA
EMPRESAS SOCIALES DEL E.

[Resetear todos los filtros](#)

55,2
Índice de Control Interno Entidades Territoriales

5766
Universo Aplicación MECI Entidades Territoriales

Lista de entidades que no diligenciaron

1 de 5766
Número de entidades según filtro

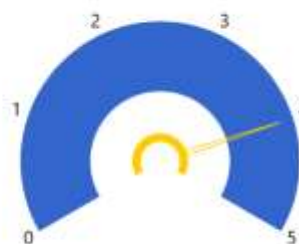
I. Resultados Generales

Índice de Control Interno



Nota: El promedio del grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo. Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

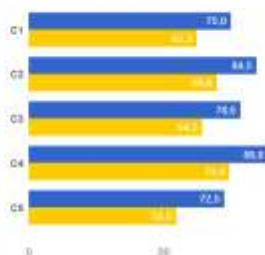
Quintil



Nota 1: La información de este gráfico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros.
Nota 2: Las entidades con puntajes más altos están ubicadas en el quintil 5, las entidades con menores puntajes están ubicadas en el quintil 1.
Nota 3: Los quintiles son los cuatro valores (cuantiles 0.2, 0.4, 0.6 y 0.8) que permiten dividir una distribución en cinco partes del mismo (o aproximadamente el mismo) tamaño. Así, cada quintil representa el 20% del total de individuos de una población.

II. Índices de desempeño de los componentes MECI

● Puntaje Consultado ● Valor medio de Referencia



Componente

- C1: Ambiente propicio para el ejercicio del control
- C2: Evaluación estratégica del riesgo
- C3: Actividades de control efectivas
- C4: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora
- C5: Información y comunicación relevante y oportuna para el control



Nota: Este índice solo se calcula para las entidades a las que les aplica el MPD, cuya medición el Sistema de Control Interno se hace en el marco de la gestión dimensionada, y corresponde exclusivamente a la evaluación llevada a cabo por los jefes de control interno.

IV. Evaluación independiente del Sistema de Control Interno

Carrera 16 N° 9 - 53 Conmutador (57) 7 68 52 880
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Socorro, Santander - Colombia

Es tiempo de la Sostenibilidad y Servir a Santander

5. RELACION CON LOS ENTES DE CONTROL

Teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno es un componente dinamizador del Sistema de Control Interno, debe ser quien facilite los requerimientos de los organismos de Control Externo y la coordinación de cumplimiento de los informes de la Entidad por parte de los diferentes responsables, así:

- a) Se coordinó la presentación de los informes a los entes de control externos durante la vigencia 2025, mediante los aplicativos electrónicos SIA Observa Contraloría General de Santander y SIA CONTRALORIA y demás instancias legales.

ENTIDAD	CANTIDAD	FORMA DE PRESENTACIÓN	RESPONSABLE
Contraloría General de Santander	4 seguimientos	Plataforma SIA Contraloría	Control Interno
Contraloría General de Santander	1 plan de mejoramiento	Plataforma SIA Contraloría	Control Interno
Contraloría General de la República	12 seguimientos	Plataforma SIA OBSERVA Contratos	Control Interno
Superintendencia Nacional de Salud	3 seguimientos	Correo institucional SUPERSALUD	Calidad/Control interno

Cabe aclarar que durante todo el año 2025, se presentaron informes de acuerdo con el cronograma establecido, por los entes de control. Los informes anteriormente relacionados fueron presentados de manera trimestral y algunos con corte anual.

5.1 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA

Teniendo en cuenta que las Oficinas de Control Interno son las responsables del seguimiento de los Planes de Mejoramiento, en virtud de su rol evaluador independiente, dio cumplimiento a lo contemplado en la Resolución 858 de 2016 y Resolución 942 de 2017, emitida por la Contraloría General de Santander.

En este sentido la oficina realizó el reporte de avance trimestral del Plan de Mejoramiento CGS 2023 y 2024, los cuales se efectuaron así:

Primer seguimiento con corte a 31 de marzo de 2025

Segundo seguimiento con corte a 30 de junio de 2025.

Tercer seguimiento con corte a 30 de septiembre de 2025.

Cuarto seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2025

A continuación, se describen los hallazgos y el estado actual de las acciones pactadas con el ente de Control:

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INFORME AUDITORÍA FINANCIERA Y DE GESTIÓN N°90 VIGENCIA 2024

Hospital Regional Manuela Beltrán
NIT 900.190.045-1
Carrera 16 N° 9 - 53 Conmutador (57) 7 68 52 880
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Socorro, Santander - Colombia

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
Falencia en gestión, control y saneamiento en las cuentas por cobrar.	1	5	4	1
Debilidad en el control a los registros de los saldos a favor de usuarios.	3	2	1	1
Falencias en seguimiento y conciliación de las operaciones recíprocas al cierre de la vigencia	5	1	0	1
Deficiente manejo del presupuesto destinado para la infraestructura y la dotación hospitalaria e igualmente no tienen en cuenta la norma.	6	1	0	1
Situación presupuestal	8	3	1	2
Deficiencias en la elaboración de informes del supervisor y del contratista	9	6	3	3
Incumplimiento e ineffectividad de las acciones de mejoras adoptadas en el plan de mejoramiento suscrito correspondiente a la vigencia 2023	11	1	0	1

**PLAN DE MEJORAMIENTO INFORME FINAL AUDITORÍA FINANCIERA Y DE GESTIÓN, No. 0056
JUNIO 27 DE 2025. VIGENCIA 2023**

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
gestión control y saneamiento en las cuentas por cobrar.	1	1	1	0
Implementación de procesos y control en la facturación y glosas reconocidas por la entidad	2	1	1	0
ejecución presupuestal con compromisos mas altos que los recursos recaudados	3	1	1	0
Insuficiencia de soportes publicados en SIA OBSERVA rendición de la contratación control de legalidad	5	1	1	0
No se publica información contractual clave que permita dar transparencia y publicidad a la gestión contractual en SECOP	7	1	1	0

5.2 RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA

La Rendición de cuentas está enmarcada en la Constitución Política de Colombia con el fin de controlar el ejercicio del poder ejecutivo por parte de los ciudadanos, es así que mediante la Ley 489 de 1998 se estableció que todas las entidades y organismos de la administración pública tienen la obligación de desarrollar su gestión acorde con los principios de la democracia participativa y democratización de la gestión pública, para lo cual dichas organizaciones deben realizar la rendición de cuentas a la ciudadanía.

La Oficina Asesora de control Interno debe Evaluar el cumplimiento de los lineamientos metodológicos definidos en el **Manual de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía**, de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), con el fin de que el proceso de Rendición de Cuentas sea un instrumento de participación ciudadana, control social, transparencia y lucha contra la corrupción, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

El día 14 de marzo de 2025 se llevó a cabo la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía **“Período comprendido entre el 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2024”** en el Auditorio E.S.E Hospital Manuela Beltrán, transmitiendo en vivo fan Page de paso T.V, la cual dio inicio desde las 9:00 a:m y se extendió hasta las 11:30 a:m. Dicho evento contó con la presencia del Señor Gerente Robinson Sarmiento García, además, se contó con la participación de diversas autoridades locales y regionales, así como a representantes de la junta directiva, usuarios, colaboradores del hospital, veedores, Agremiaciones, medios de comunicación, quedando evidenciada a través del registro de asistencia de las personas que se hicieron presentes a este evento.

Una vez instalada la audiencia, se presentó un informe exhaustivo de la gestión realizada durante el periodo mencionado. Este informe abarcó una amplia gama de aspectos, desde los logros y avances en proyectos específicos hasta el estado general de las operaciones y la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital. Se destacaron los hitos más significativos, así como los desafíos enfrentados y las estrategias implementadas para superarlos. Entre los temas abordados en el informe se incluyeron aspectos financieros, asistenciales, de salud pública, de contratación, Calidad entre otros. Se presentó una evaluación detallada de los indicadores de desempeño, comparando los resultados obtenidos con los objetivos establecidos previamente. Además, se proporcionó información sobre el impacto de las acciones del hospital en la comunidad y se destacaron las áreas de mejora identificadas para el futuro.

Realizada la evaluación de la audiencia, por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, se puede concluir que: La Audiencia Pública de Rendición de Cuentas se realizó bajo los parámetros definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en cuanto a metodología y contenidos. La audiencia de Rendición de cuentas cumplió con los objetivos trazados para la Administración. El informe fue presentado de manera dinámica y abarco la gestión a nivel Financiero, Asistencial y de Obras de la Entidad.

5.3 REPORTE A LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE

La Oficina Asesora de Control Interno, realizó el informe correspondiente a la Evaluación del Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2024, a través del Consolidador del Ministerio de Hacienda e Información Pública – CHIP, conforme a lo contemplado en la Resolución 193 del 05 de mayo de 2016, emitida por la Contaduría General de la Nación.

El procedimiento de Control Interno Contable y de Reporte del Informe Anual de Evaluación a la Contaduría General de la Nación (CGN), del 13 de febrero de 2024, establece la interpretación de los rangos de calificación de la Evaluación de Control Interno Contable de la siguiente forma.

RANGO DE CALIFICACIÓN	CALIFICACION
1.0 < CALIFICACION <3.0	DEFICIENTE
3.0 < CALIFICACION <4.0	ADECUADO
4.0 < CALIFICACION <5.0	EFICIENTE

Teniendo en cuenta la anterior escala, se transcribe la calificación obtenida en la Evaluación de Control Interno Contable, correspondiente a la vigencia 2024, así como cada etapa de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán.

Total, consolidación calificación de Evaluación del Control Interno Contable 2024: 4.88

823271216 - E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán III Nivel - Socorro Santander				
GENERAL				
01-01-2024 al 31-12-2024				
EVALUACION DE CONTROL INTERNO CONTABLE				
CGN2016 EVALUACION CONTROL INTERNO CONTABLE				
ENVIO NUMERO 4538125				
FECHA RECEPCION 2025-01-28 10:52:47				
	CALIFICACION	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR CRITERIO(Unidad)	CALIFICACION TOTAL(Unidad)
EL LIDER DEL PROCESO	SI	LA INSTITUCION CUENTA CON POLITICAS CONTABLES ACORDES A LA RESOLUCION 414 DE 2014. SE RECOMIENDA LA REVISION PERMANENTE DE LAS POLITICAS CONTABLES DE LA ENTIDAD Y SE REQUIEREN REALIZAR EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE. SU ACTUALIZACION TENIENDO EN CUENTA LA NORMATIVIDAD VIGENTE, SUS MODIFICACIONES Y LAS NECESIDADES CONTABLES DE LA ENTIDAD.	1.00	4.88
EL LIDER DEL PROCESO	SI	EL LIDER DEL PROCESO REALIZA PERMANENTE CAPACITACION AL EQUIPO DE TRABAJO DEL AREA DE CONTABILIDAD DE LA ENTIDAD.		
EL LIDER DEL PROCESO	SI	SE APLICAN DE ACUERDO A LOS SEÑALAMIENTOS CONTABLES Y FINANCIEROS DE LA ENTIDAD.		
EL LIDER DEL PROCESO	SI	SE REALIZAN CONFORME A LA ACTIVIDAD CONTABLE DE LA ENTIDAD.		
EL LIDER DEL PROCESO	SI	LAS POLITICAS CONTABLES SE ELABORAN EN FUNCION DE LA CONFIABILIDAD Y REPRESENTACION FIEL DE LA INFORMACION FINANCIERA Y CONTABLE.		
EL LIDER DEL PROCESO	PARCIALMENTE	LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN ACTUALIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ISO Y ADEMAS SE TIENEN EN CUENTA LAS OBSERVACIONES RESULTADOS DEL PROCESO DE AUDITORIA INTERNA VIGENCIA 2024 Y SE ATIENDEN LAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES DE LAS AUDITORIAS EXTERNAS.	0.88	
EL LIDER DEL PROCESO	SI	EL LIDER DEL PROCESO REALIZA LA SOCIALIZACION AL EQUIPO DE TRABAJO Y COLABORADORES DEL AREA DE CONTABILIDAD DE LA ENTIDAD.		
EL LIDER DEL PROCESO	SI	EL LIDER DEL PROCESO ENTREGA INFORME PERIODICOS DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA ESTABLECIDAS PARA REVISAR EL AVANCE DE CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS POR LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS. Y SE PRESENTA INFORME TRIMESTRAL POR PARTE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.		
EL LIDER DEL PROCESO	SI	EL PROCESO CUENTA CON MANUALES CLAVES PARA LA REALIZACION DE LOS HECHOS ECONOMICOS.	0.90	
EL LIDER DEL PROCESO	SI	EL LIDER DEL PROCESO SOCIALIZA LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADOS CORRESPONDIENTES AL BUEN MANEJO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS HECHOS ECONOMICOS Y FINANCIEROS DE LA ENTIDAD.		
EL LIDER DEL PROCESO	SI	EL PROCESO CUENTA CON DOCUMENTOS QUE CLARAMENTE IDENTIFICADOS PARA QUE EL AREA CONTABLE REALICE EL REGISTRO DE LOS HECHOS CONTABLES Y FINANCIEROS.		
EL LIDER DEL PROCESO	PARCIALMENTE	EL PROCESO DE GESTION CONTABLE CONTINUA CON LA ACTUALIZACION DE LOS MANUALES, PROCEDIMIENTOS, FORMATOS.		

5.4 CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE USO DE SOFTWARE

De conformidad con lo establecido en la Circular 17 de 2011, respecto a los derechos de autor y derechos conexos, en lo referente a la utilización de programas software, se realizó la verificación, recomendaciones, seguimiento y resultados sobre el cumplimiento de las normas en materia de derechos de autor sobre software el cual fue presentado dentro de los términos establecidos por la Unidad Administrativa Especial Dirección Nacional de Derechos de Autor en el mes de marzo de 2025 en la plataforma dispuesta para tal fin.

El informe contemplo el número de equipos de cómputo y su distribución, softwares instalados en los equipos y sus licencias, mecanismos de control establecidos y destino final que se tiene al software dado de baja, informe que fue apoyado por el Líder del Proceso de DATIC en la entidad.



CONFIRMACIÓN PRESENTACIÓN INFORME SOFTWARE LEGAL VIGENCIA 2024

Respetado(a) Usuario(a):
JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN
Socorro (Santander)

Le informamos que luego de verificar en nuestros archivos, se encontró que efectivamente el 20-02-2025 usted remitió ante la Dirección Nacional de Derecho de Autor, con éxito el informe de software legal, con los siguientes datos:

Orden	Territorial
Sector	Salud
Departamento	Santander
Municipio	Socorro
Entidad	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN
Nit	900190045
Nombre funcionario	JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Dependencia	OFICINA DE CONTROL INTERNO
Cargo	ASESOR OFICINA DE CONTROL INTERNO
1. Con cuantos equipos cuenta la entidad	291
2. El software se encuentra debidamente licenciado?	Si
3. ¿Qué mecanismos de control se han implementado para evitar que los usuarios instalen programas o aplicativos que no cuenten con la licencia respectiva?	• Uso de cuentas de administrador en el sistema operativo exclusiva DATIC • Manejo de software Freezer • Filtros en internet para reducir la descarga de archivos • Bloqueo de puertos USB • Revisión semestral por parte de la oficina DATIC • En el Reglamento de Seguridad Informática está prohibido la instalación de software sin autorización.
4. ¿Cuál es el destino final que se le da al software dado de baja en su entidad?	En la ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN, durante la vigencia 2024 se realiza la desinstalación de los computadores institucionales. Para el caso de medios físicos, deposito en la bodega de elementos dados de baja de la institución, custodiada por la oficina de inventarios.
Ingrese el Link de la publicación en su entidad del Informe de Software en los términos de la Circular 04 del 22 de diciembre de 2006 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno	https://www.hospitalmanuelabeltran.gov.co/newsite/assets/control/informe_certificacion_software_legal.pdf

5.5 INFORME DE AUSTERIDAD EN EL GASTO

En cumplimiento de los Decretos Nacionales 1737 de 1998 y 984 del 2012 la Oficina de Control Interno rindió los informes trimestrales al Representante Legal de Austeridad en el gasto, y fueron publicados en la página web institucional, con relación a los gastos de Materiales y Suministros, Mantenimiento y Reparación, Impresos y Publicaciones, Viáticos y Gastos de Viaje, Gastos de Movilización, Seguros, Servicios Públicos, Telecomunicaciones.

Se realizaron las recomendaciones que permitan alcanzar el grado de cumplimiento de las disposiciones contenidas en los Decretos reglamentarios, y los objetivos de la ESE.

Los informes fueron publicados en la página web institucional, el informe correspondiente al último trimestre de la vigencia 2025, quedando pendiente su reporte para el mes de enero

Hospital Regional Manuela Beltrán
NIT 900.190.045-1
Carrera 16 N° 9 - 53 Conmutador (57) 7 68 52 880
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Socorro, Santander - Colombia

Es tiempo de la Sostenibilidad y Servir a Santander

de la vigencia 2025 una vez sea entregada la información por el área de contabilidad, ya que esta se encuentra en el cierre de vigencia.

Informes de Austeridad del Gasto

Año 2025

- [Informe Austeridad del Gasto Primer Trimestre 2025.](#)
- [Informe Austeridad del Gasto Segundo Trimestre 2025.](#)
- [Informe Austeridad del Gasto Tercer Trimestre 2025.](#)

5.6 INFORMES DEL SISTEMA DEL CONTROL INTERNO PARAMETRIZADO– LEY 1474 DE 2011

La Oficina de Control Interno ha cumplido con este informe los cuales fueron publicados en la página web de la ESE y remitidos a la Gerencia con corte a junio 2025 y enero de 2026, en estos informes se detalla los avances y debilidades de los componentes contenidos en la

Dimensión 7. Sistema de Control Interno del Modelo Integral de Planeación y Gestión – MIPG, que actualizo el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Los informes fueron publicados en la página web institucional, el informe correspondiente al último semestre de la vigencia 2025, queda pendiente su reporte para el mes de enero de la vigencia 2026.

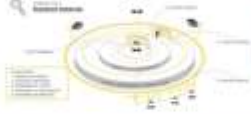
Informe SCI Parametrizado

Año 2025

- [Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno Enero a Junio 2025](#)

Año 2024

- [Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno Enero a Junio 2024](#)

Nombre de la Entidad:		E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN - SOCORRO - SANTANDER	
Período Evaluado:		ENERO A JUNIO DE 2025	
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad:	96%
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno			
¿Existen todos los componentes básicos (política y estructura organizacional, procedimientos, etc.) (Justifique en respuesta)?	Si	Los componentes están operando en la E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN, se cuenta con el compromiso de la Alta Dirección, la entidad ha avanzado en el fortalecimiento de los componentes de estructura de control e información y comunicación. El Sistema de Control Interno se encuentra articulado con el Sistema Integral de Planeación y de Gestión y el Sistema de Gestión de la Calidad.	
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos establecidos? (Justifique en respuesta)	Si	El Sistema de Control Interno de la E.S.E, es efectivo para los objetivos trazados por la Alta Dirección, los cuales son evaluados a través del Diagnóstico estratégico, con el apoyo y compromiso de los Líderes de Proceso, se reconocen el seguimiento periódico a los acciones de mejora establecidas en los Planes de Mejoramiento Interno y externos de los entes de vigilancia y control.	
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una independencia (línea de mando) que le permita la toma de decisiones desde el control (Justifique en respuesta)	Si	La E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN, tiene establecidos los Tres Límites de Confianza, las responsabilidades de procesos son conocidas de su rol y el papel que juegan en la implementación y mantenimiento del Sistema. Se reconocen a las responsabilidades en cada línea de confianza, la retroalimentación a cada uno de los equipos de trabajo que apoyan el desarrollo y mantenimiento de cada componente, y el seguimiento periódico a los controles y acciones de mejora establecidas.	
Componente	¿El componente está presente y funcional?	Nivel de cumplimiento alcanzado en el sistema control	Estado del componente
Política de Control	Si	100%	96%

5.7 SEGUIMIENTO AL PORTAL DE CONTRATACIÓN

Seguimiento a los contratos publicados en la plataforma de Colombia Compra Eficiente, se realizó seguimiento en el mes de junio de 2025, para verificar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de publicación.

La ESE HRMB a través del Líder de Proceso de Gestión Jurídica, ha venido realizando el cargue de la información contractual en el portal, evidenciándose el cargue de los procesos contractuales, sin embargo, se recomendó que esta tarea se lleve a cabo en los tiempos establecidos por la norma y en el manual de contratación de la Entidad.

El líder de proceso del área jurídica emitió certificación e informe de la publicación de los procesos contractuales en la plataforma de Colombia Compra Eficiente.

5.8 SEGUIMIENTO A COMITES

La Oficina de Control interno ha realizado acompañamiento a los diferentes Comités en su rol de miembro o de invitado.

En estas reuniones se realizan las recomendaciones pertinentes de acuerdo a los temas tratados, de igual se reiteró el compromiso de actualizar los actos administrativos de creación en los que aún no se ha realizado la actualización.

Esto con el fin de mejorar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa que rige cada comité, las responsabilidades que tienen los miembros del comité, y el ejercicio de acompañamiento y asesoría que brindan a la Gerencia.

5.9 RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

La Oficina de control interno, auditoría interna, o quien haga sus veces, sirve como puente entre los entes externos de control y la entidad, además, facilita el flujo de información con dichos organismos.

Para el desarrollo de este rol se debe identificar previamente la información referente a: fechas de visita, alcance de las auditorías, informes periódicos, requerimientos previos del órgano de control, entre otros aspectos, los cuales pueden ser previstos y comunicados oportunamente a la administración.

La Oficina de control interno facilita la comunicación al órgano de control y verifican aleatoriamente que la información suministrada por los responsables, de acuerdo con las políticas de operación de la entidad, sean entregadas bajo los siguientes criterios:

1. Oportunidad: entregar la información en los tiempos establecidos por el organismo de control.
2. Integralidad: dar respuesta a todos y cada uno de los requerimientos con la evidencia suficiente.
3. Pertinencia: información suministrada acorde con el tema solicitado o con el requerimiento específico.

La Oficina de Control Interno es un componente dinamizador del Sistema de Control Interno, debe ser quien facilite los requerimientos de los organismos de Control Externo y la coordinación en los informes de la Entidad, verificándose de esa manera el rol de facilitar, al interior y al exterior, en el flujo de información de la Administración Municipal.

6. RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar con la documentación e inscripción de trámites en el SUIT y la publicación de estos en la página web institucional.

Se recomienda fortalecer el proceso de Gestión documental al interior de cada área, dando cumplimiento a la Ley 594 de 2000, Ley General de archivo. Darle aplicabilidad a las Tablas de Retención Documental al interior de todos los procesos.

Se recomienda realizar la actualización de los Manuales de Procedimientos en cada proceso.

Fortalecer la formulación aplicación y análisis de los indicadores con el propósito de constituirse en instrumentos de evaluación y control de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.

Continuar ejerciendo controles "autocontrol" para el cumplimiento de todas las acciones de mejora.


JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
ASESOR OFICINA DE CONTROL INTERNO/CONTRATISTA

Hospital Regional Manuela Beltrán
NIT 900.190.045-1
Carrera 16 N° 9 - 53 Conmutador (57) 7 68 52 880
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Socorro, Santander - Colombia