	EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD	Código	OCI-210-OFI
		Descripción	Oficios
CONTROL INTERNO		Fecha	10-02-2017
		Página 1 de 2	

Aguachica (Cesar), 26 de diciembre de 2025

OFI – 048 – 2.025

Doctora:
ANYI PAOLA SALTARÍN GOMEZ
 Gerente
 E.S.E. Hospital Local de Aguachica

HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E.
 Al contestar cite este número de Radicado:
I-2025-000506
26/12/2025 16:49
 REMITENTE: MAIRA ALEJANDRA CLAVIJO LEMUS
 RESPONSABLE: ANYI PAOLA SALTARIN GOMEZ
 FOLIOS: 15 ANEXOS: 1

Asunto: Radicación Informe de gestión – entrega del cargo.


Saludos cordiales,

En cumplimiento de lo dispuesto en la **Circular Externa No. 100-004-2025** emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, y conforme a los principios de transparencia, continuidad administrativa y responsabilidad en la gestión pública, me permito realizar la **entrega formal del cargo de Jefe de la Oficina de Control Interno** de la entidad, el cual he venido desempeñando hasta la fecha.

La entrega del cargo se efectúa dejando constancia de la situación actual del Sistema de Control Interno, así como de los procesos, actividades y responsabilidades a mi cargo, incluyendo, entre otros, los siguientes aspectos:

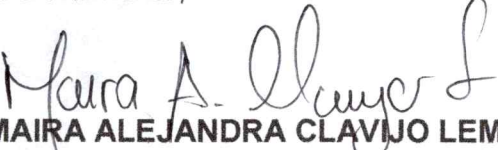
- Estado del Sistema de Control Interno y su alineación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Avances y resultados de los planes de auditoría, seguimientos y evaluaciones realizadas.
- Relación de informes emitidos a los organismos de control y a la alta dirección.
- Estado de los planes de mejoramiento vigentes y acciones en curso.
- Riesgos institucionales relevantes y principales alertas identificadas.
- Documentación, archivos físicos y digitales, claves de acceso y herramientas de trabajo asociadas al cargo.

La información detallada se encuentra consignada en el **Informe de Entrega del Cargo**, el cual se adjunta al presente oficio, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Función Pública para la transición ordenada del empleo y la preservación de la memoria institucional.

	EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD	Código	OCI-210-OFI
		Versión	01
	Descripción	Oficios	
	Fecha	10-02-2017	
CONTROL INTERNO		Página 2 de 2	

Con lo anterior, dejo constancia de la entrega del cargo y quedo atento(a) a cualquier aclaración o información adicional que se requiera.

Cordialmente,


MAIRA ALEJANDRA CLAVIJO LEMUS
 Asesora Control Interno

Adjunto:
Informe de Gestión (13 folios).



INFORME DE GESTIÓN

ENTREGA DEL CARGO

**JEFE DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E.
PERIODO 2022 – 2025**


1. DATOS GENERALES

- **Entidad:** Hospital Local de Aguachica E.S.E.
- **Dependencia:** Oficina de Control Interno
- **Cargo:** Jefe de Control Interno
- **Nombre del funcionario saliente:** Maira Alejandra Clavijo Lemus
- **Periodo de gestión:** 04 de abril de 2023 – 31 de diciembre de 2025
- **Acto administrativo de nombramiento:** Decreto 066 del 30 de marzo de 2023
- **Fecha de entrega del cargo:** 26 de diciembre de 2025

2. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA

El presente informe de gestión se elabora en cumplimiento de los lineamientos establecidos para el proceso de nombramiento y entrega del cargo de Jefe de Control Interno, conforme a:

- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno.
- Ley 489 de 1998.
- Decreto 648 de 2017.
- Decreto 1083 de 2015.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Circular Externa No. 100-004 de 2025 – Lineamientos generales para el proceso de nombramiento del Jefe de Control Interno.
- Normativa aplicable al sector salud y directrices de la Superintendencia Nacional de Salud.

	EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD	Código	OCI-210-OFI
		Versión	01
		Descripción	INFORMES
		Fecha	10-02-2017
CONTROL INTERNO		Página 2 de 13	

3. OBJETIVO DEL INFORME

Presentar de manera ordenada, clara y verificable el estado de la gestión adelantada por la Oficina de Control Interno del Hospital Local de Aguachica E.S.E. durante el periodo 2022–2025, con el fin de garantizar la adecuada entrega del cargo, la continuidad administrativa y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional.

4. UBICACIÓN DE LOS ARCHIVOS

4.1 Archivos Digitales:

Los documentos correspondientes a la oficina, se pueden observar a través de la siguiente ruta en el computador de la oficina:



Dentro de la carpeta de Control Interno, se relacionan las vigencias y el contenido de informes y demás archivos, como se observa a continuación:



Es importante que todos los archivos se archiven dentro de esta carpeta, toda vez que la copia de seguridad se realiza en esta.

4.2 Archivos en Web Institucional:

En página web de la entidad se encuentran los informes y demás documentos relacionados a la oficina, los cuales deben ser reportados de acuerdo a su periodicidad, según lo estipulado por la ley de transparencia y acceso a la información pública:

[Control - Hospital Local de Aguachica](http://www.hospitallocalaguachica.gov.co)



EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD

Código	OCI-210-OFI
Versión	01
Descripción	INFORMES
Fecha	10-02-2017

CONTROL INTERNO

Página 3 de 13

4.3 Cartelera Institucional Control Interno:

La cartelera institucional de Control Interno se encuentra ubicada en la entrada principal del área de consulta externa de la sede Barahoja, en donde se publican los boletines mensuales de OCI Autocontrol, Cronograma de auditorías basada en riesgos y demás documentos de interés general para los usuarios interno, externos y grupos de valor adscritos a la entidad.

5. ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

5.1 Evaluación General del SCI

Durante el periodo de gestión se adelantaron actividades permanentes de evaluación, seguimiento y fortalecimiento del Sistema de Control Interno, orientadas a:

- Promover el autocontrol, la autorregulación y la autogestión institucional.
- Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente.
- Contribuir al logro de los objetivos institucionales.

La evaluación se encuentra publicada en la página web institucional en el link: <https://www.hospitallocalaguachica.gov.co/transparencia/informe-pormenorizado/>

Y en la carpeta denominada CONTROL INTERNO, en las subcarpetas EVALUACION SCI, de cada vigencia.

5.2 Modelo Estándar de Control Interno – MECI

Estado de implementación del MECI: 75%

Principales avances alcanzados:

Se destaca que los resultados en las políticas aplicables al MECI-FURAG de la ESE Hospital Local de Aguachica, evidencian la consolidación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la entidad. Estas políticas, que constituyen las fuentes de origen para la calificación del MECI-FURAG, permitieron alcanzar en los resultados del 2025 con respecto a la vigencia 2024 un puntaje de 75%, frente al 67% registrado, reflejando una mejora sustancial. Este desempeño sobresaliente se basa en la evaluación de las siete (7) políticas que aplican a los entes de control territorial bajo los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).



EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD

Código	OCI-210-OFI
Versión	01
Descripción	INFORMES
Fecha	10-02-2017

CONTROL INTERNO

Página 4 de 13

Debilidades identificadas:

- Fortalecer la gestión documental de la entidad a través de políticas y procedimientos que permitan una ejecución efectiva.
- Implementación efectiva del Plan Institucional de Capacitación en busca de un mayor impacto.
- La entidad requiere robustecer y mejorar el manejo de la información entrante y saliente.
- Mayor articulación con los servicios tercerizados, con evaluación permanente acorde con su nivel de riesgos.

Acciones de mejora formuladas:

- Trabajo articulado con las líneas de defensa de la entidad.
- Fortalecimiento del seguimiento a los planes, programas y proyectos institucionales, como mecanismos de monitoreo y control.
- Divulgación y socialización de los resultados de las evaluaciones, con el fin de motivar al personal en transformar las debilidades en fortalezas.

6. PLAN ANUAL DE AUDITORÍA

6.1 Ejecución de Auditorías Internas

Durante el periodo 2022–2025 se ejecutaron auditorías internas a los siguientes procesos de acuerdo con las prioridades establecidas a través del Universo de Auditorías basada en Riesgos, entre otros:

- Gestión Administrativa y Financiera en toda su extensión.
- Área asistencial.

6.2 Principales Resultados

Aspectos positivos recurrentes:

- Buena disposición y actitud colaborativa del personal frente al ejercicio auditor en la mayoría de los procesos.
- Idoneidad del talento humano contratado para la prestación de los servicios asistenciales y de apoyo.
- Existencia de procesos y procedimientos documentados en áreas como SIAU, Laboratorio Clínico y Servicio Farmacéutico.
- Uso de elementos de protección personal en varios servicios asistenciales.



EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD

Código	OCI-210-OFI
Versión	01
Descripción	INFORMES
Fecha	10-02-2017

CONTROL INTERNO

Página 5 de 13

- Disponibilidad básica de insumos para la prestación de los servicios.
- Ejecución de auditorías in situ, lo que permitió verificar directamente la operación de los procesos.

No conformidades identificadas:

- Incumplimiento en la oportunidad y consistencia de informes (especialmente PQRS y participación social).
- Falta de actualización de manuales, resoluciones internas y documentos normativos.
- Deficiencias en infraestructura física, mantenimiento locativo y condiciones ambientales en varios servicios.
- Ausencia o insuficiencia de equipos biomédicos, de protección y de medición (dosímetros, chalecos plomados, cabinas de bioseguridad, equipos de laboratorio).
- Falencias en la documentación y aplicación de protocolos asistenciales y de seguridad del paciente.
- Debilidades en registros, trazabilidad, entrega de turnos y control de procesos críticos.
- Incumplimientos reiterados de requisitos de la Resolución 3100 de 2019 y demás normativa aplicable.

Riesgos críticos detectados:

- Riesgos altos asociados a la seguridad del paciente (IAAS, errores en la atención, retrasos en servicios críticos).
- Riesgo elevado por exposición a radiación ionizante en el servicio de radiología, debido a la ausencia de dosímetros y controles adecuados.
- Riesgo de sanciones, pérdida de habilitación y afectación reputacional por incumplimiento normativo.
- Riesgos en la gestión de medicamentos: desabastecimiento, fallas en cadena de frío y errores de dispensación.
- Riesgos operativos por infraestructura inadecuada y equipos obsoletos o deteriorados.
- Riesgos administrativos y de control interno por deficiencias en la gestión documental, informes y seguimiento a planes de mejora.

7. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Las auditorías internas permitieron gestionar riesgos con relación a las áreas auditadas, en donde la implementación de planes de mejora por los líderes, llevaron consigo a subsanar aspectos relevantes para una gestión eficiente y eficaz.



EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD

Código	OCI-210-OFI
Versión	01
Descripción	INFORMES
Fecha	10-02-2017

CONTROL INTERNO

Página 6 de 13

A continuación, se relacionan los enlaces asignados para cada plan de mejora implementado, en donde se encuentra la evidencia correspondiente y el nivel de ejecución de cada uno:

- Plan de Contingencia para Dengue:
<https://drive.google.com/drive/folders/1SP8fjfv9FSSwfEDFF4Z6D43ak1H-94ci?usp=sharing>
- Plan de Contingencia para Fiebre Amarilla:
<https://drive.google.com/drive/folders/1eDMXOoUNHi3q59N6XOeIE7SgaFb6J7Ky?usp=sharing>
- Plan de Mejora PAMEC:
<https://drive.google.com/drive/folders/1yiL9VkOgE42jmgylidRjZZsQlzhpla5?usp=sharing>
- Plan de Mejora del Laboratorio Clínico – Resolución 1619 de 2015:
https://drive.google.com/drive/folders/1K6Gm6zwmWw5eaqjl_MsxhEs7bMEIH8vJ?usp=sharing
- Plan de Mejora – Unidad de Análisis de Mortalidad Materna:
https://drive.google.com/drive/folders/1lz_z0hm97B2o_TY9w-rcytleY9ePMKBZ?usp=sharing
- POA 2025 – Plan Operativo Anual:
https://drive.google.com/drive/folders/1IGdTYkqtxDRztoevsphuCZesyNLEgVqM?usp=drive_link
- Plan de Acción PPSS:
https://drive.google.com/drive/folders/1gbtF_zajgaeZowz0kP7Qsjk6rnOcOzQp?usp=sharing
- Plan de Acción del Programa de Humanización:
https://drive.google.com/drive/folders/1CM_tXBoFlaEQznqjfA9hH3I7E45t_o08?usp=sharing



EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD

Código	OCI-210-OFI
Versión	01
Descripción	INFORMES
Fecha	10-02-2017

CONTROL INTERNO

Página 7 de 13

8. GESTIÓN DEL RIESGO

8.1 Administración del Riesgo

- Política y mapa de riesgos institucional actualizada y aprobada en comité.


El documento se encuentra publicado en la web institucional con sus respectivos informes de seguimiento en las auditorías internas basadas en riesgos y en Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano a través de sus informes de seguimiento.

9. INFORMES LEGALES Y REGULATORIOS

Durante el periodo se elaboraron y presentaron oportunamente los siguientes informes:

- Informe Evaluación del Sistema de Control Interno (semestral).
- Informe de Austeridad del Gasto (trimestral).
- Boletines OCI Autocontrol (mensual).
- Informe Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Transición a los Programas de Transparencia y Ética Pública (Cuatrimestral).
- Informe PQRSF (Semestral).
- Informe Control Interno Contable.
- Informe FURAG (Anual).
- Informe Derechos de Autor de Software.
- Informe seguimiento a Plan de Mejoramiento SIRECI Contraloría (Cuando aplique).
- Informe ITA Procuraduría (Anual).
- Informe Código de Buen Gobierno (Anual mes de octubre).
- Evaluación por dependencias (Anual).
- Otros de su competencia de acuerdo a la normatividad aplicable a la entidad.

Lo anterior, aplicado a la normativa vigente y los soportes de cada área previo requerimiento por parte de la oficina de control interno. Se recomienda solicitar la información correspondiente con la antelación necesaria, con el fin de gestionar los informes de manera oportuna.

	EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD	Código	OCI-210-OFI
		Versión	01
	Descripción	INFORMES	
	Fecha	10-02-2017	
CONTROL INTERNO		Página 8 de 13	

10. CLAVES DE ACCESO Y REPORTE DE LOS APLICATIVOS DE REPORTE

La oficina adelanta informes los cuales deben ser reportados en diferentes aplicativos:

El informe de control interno contable debe cargarse en el mes de febrero en el CHIP de la Contaduría General de la República (Revisar los lineamientos Resolución 193 de 2016).

El reporte FURAG se debe diligenciar en el aplicativo dispuesto para tal fin y de acuerdo a las disposiciones establecidos por la función pública durante el primer semestre de cada vigencia, en donde la oficina de control interno tiene un rol y la oficina de subgerencia otro rol.

El informe de Derechos de autor se diligencia a través del siguiente enlace: <https://www.derechodeautor.gov.co/es/informe-de-software-entidades-publicas>, este estará disponible a partir del 02 de enero de 2026. Se recomienda revisar previamente los lineamientos establecidos para el reporte.

Sistema de Información para el Registro, Seguimiento, Monitoreo y Generación del Índice de Cumplimiento (ITA) de los Sujetos Obligados en la Ley 1712 de 2014, se encuentra disponible en el siguiente link: <https://apps.procuraduria.gov.co/ita/login/>

NOTA: Cada informe debe ser articulado con las áreas correspondientes para el suministro de evidencia que permita realizar un informe pertinente y eficaz. A su vez, gestionar los roles con sus respectivas claves de acceso, ante las entidades correspondientes y, con el área de sistemas, toda vez que la actualización de los aplicativos se ejecuta a través de esta oficina (CHIP).

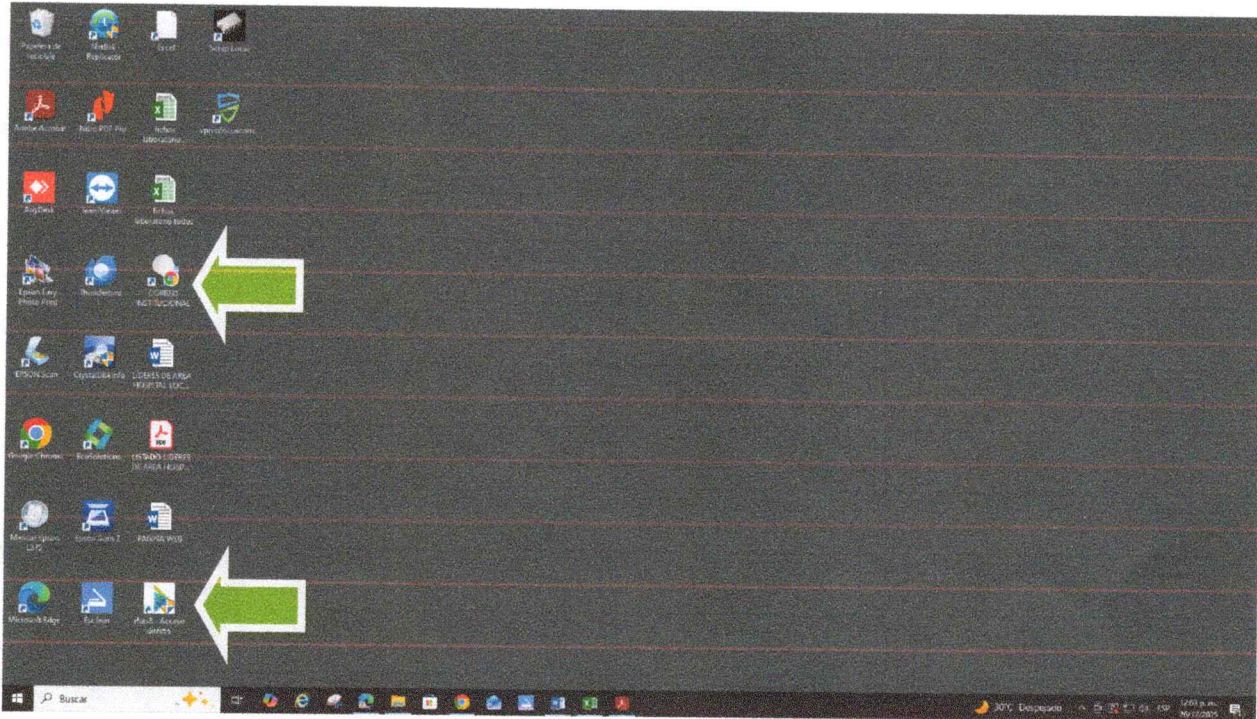
R-FAST: Sistema de información de la entidad, gestionar rol para revisión, monitoreo y evaluación permanente de indicadores.

Correo Institucional: en el escritorio del computador de la oficina, se encuentra el vínculo para acceso directo (coninterno@hospitallocalaguachica.gov.co).

Clave PC: HA220423*



Código	OCI-210-OFI
Versión	01
Descripción	INFORMES
Fecha	10-02-2017



11. ESTADO DE PROCESOS, ACTUACIONES Y RESPONSABILIDADES

Estado de requerimientos y hallazgos:

CONTRALORÍA:

Articular con la oficina asesora jurídica para revisar, monitorear y asesorar los requerimientos por parte del ente de control.

PROCURADURÍA:

Actualmente se está adelantando un Plan de acción con relación a la actualización de la web institucional, según los lineamientos impartidos por la Procuraduría General de la Nación:

Archivo: Reporte de Auditoría ITA 0998 para el Periodo 2025 ubicado en la carpeta CONTROL INTERNO 2025 – ITA 2024

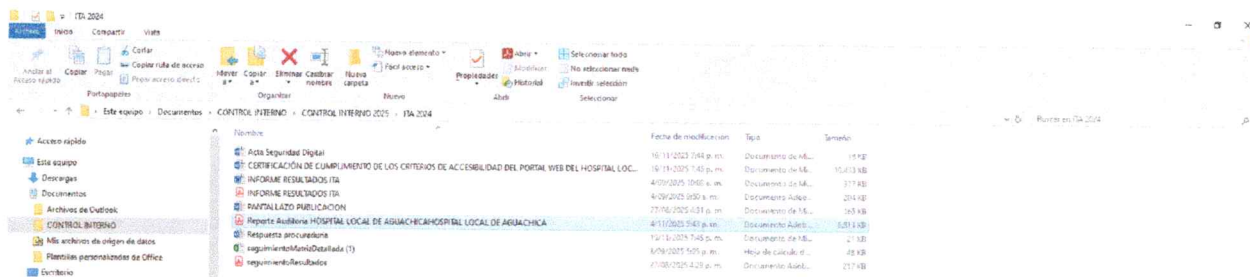


EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD

Código	OCI-210-OFI
Versión	01
Descripción	INFORMES
Fecha	10-02-2017

CONTROL INTERNO

Página 10 de 13



Se requiere que en articulación con la Oficina de Sistemas, se adelanten las acciones correspondientes para el envío oportuno de información por parte de las áreas, con el fin de publicar y cumplir con la Ley de transparencia y acceso a la información pública.

CNSC:

Actualmente la entidad se encuentra gestionando un proceso para adelantar un concurso de méritos, el cual se encuentra en etapa de planeación.

La CNSC designó a la asesora Jenny Marcela Alonso Bustos para adelantar lo correspondiente en concordancia por lo dispuesto en la Circular Externa N° 0010 de 2020 de la CNSC y la Directiva N°015 de 2022 de la Procuraduría General de la Nación.

Correo: jalonso@cns.gov.co


Contacto: 3108175592

12. ESTADO DE PROCESOS, ACTUACIONES Y RESPONSABILIDADES

• **Procesos en curso:**

1. Transición de PAAC al PTEP, de acuerdo a lo dispuesto por el Decreto 1122 de 2024, emitido por Presidencia de la República, ya se realizó el borrador del Programa de Transparencia y Ética Pública de la entidad, el cual fue publicado para observaciones de los grupos de valor y construir de manera armónica este documento. Se dispuso del correo institucional coninterno@hospitallocalaguachica.gov.co para la presentación de las respectivas, hasta el día 27 de diciembre de la presente anualidad.

En el primer Comité de Gestión y Desempeño de la Vigencia 2026, en donde se aprueban los planes institucionales, debe someterse a revision y posterior aprobación este programa. A su vez, la oficina de control interno debe establecer las evaluaciones correspondientes.

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E.</p> <p>NIT. 824.000.785-2</p>	<p>EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD</p>	Código	OCI-210-OFI
		Versión	01
<p>CONTROL INTERNO</p>		Descripción	INFORMES
		Fecha	10-02-2017
		<p>Página 11 de 13</p>	

GOV.CO

Hospital Local de Aguachica E.S.E

Inicio Transparencia y acceso a información pública Atención y Servicio a la Ciudadanía Participe Hospital Sala de prensa Buscar

Portada » Atención a la ciudadanía » Participación ciudadana


Participación ciudadana

Programa de Transparencia y Ética Pública

Ayúdanos a estructurar nuestro Programa de Transparencia y Ética Pública y prevenir posibles hechos de corrupción en la entidad

Como incentivo de participación ciudadana y de acuerdo con la ley 1474 de 2011 relacionada con la democratización de la Administración Pública respectivamente, el Hospital Local de Aguachica E.S.E. pone a disposición de la ciudadanía en general el proyecto de Programa de Transparencia y Ética Pública, para que se realicen los aportes que se consideren necesarios para fortalecimiento de esta estrategia. A continuación, se presenta la Propuesta de Programa de Transparencia y Ética Pública.

Podrá realizar sus aportes hasta el 27 de diciembre de 2025 a través del siguiente correo: coninterno@hospitallocalaguachica.gov.co

 PTEP 2025

Hospital Local de Aguachica E.S.E

Sede principal

- Dirección: Carrera 7 No.2-160 – Barrio Barahojá, Aguachica, Colombia
- Teléfono: 605 565 18 45, 565 18 54, 323 457 91 96.
- Línea de atención de emergencias y desastres: 310 4526871

Atención al usuario

Responsabilidades:

- Articular con la oficina de planeación de manera permanente la implementación del SIGR, dada la nueva clasificación de riesgos de la entidad. Por ende se debe garantizar la efectividad y cumplimiento de las acciones de los riesgos y los subsistemas aplicables:
 - Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo - (SARLAFT).
 - Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
 - Sistema de Administración del Riesgo Operativo (SARO).
 - Sistema de Administración del Riesgo de Liquidez (SARL).
 - Sistema de Administración del Riesgo de Crédito (SARC).
 - Sistema de Administración de Riesgos en Salud.
 - Sistema de Administración del Riesgo Actuarial.
- Acompañar en la ejecución de actividades relacionadas al código de integridad por parte del personal de la entidad, las cuales debe establecer el gestor de integridad (Jefe de recursos humanos).



EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD

Código	OCI-210-OFI
Versión	01
Descripción	INFORMES
Fecha	10-02-2017

CONTROL INTERNO

Página 12 de 13

13. DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Se deja constancia de la entrega de los siguientes documentos:

- Planes de auditoría.
- Informes de auditoría.
- Planes de mejoramiento.
- Política y Mapa de riesgos.
- Informes legales y regulatorios.
- Archivos físicos y digitales de la Oficina de Control Interno.

12. ACTAS DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

De acuerdo a las disposiciones establecidas, el Comité Institucional de Control Interno se debe llevar a cabo como mínimo 2 veces al año en donde el jefe de control interno es el encargado de la secretaría técnica del comité.

Actualmente, el comité se rige por lo dispuesto en la Resolución N°0249 de 2025 (Anexo en la carpeta denominada Comité de Control Interno, la cual se encuentra físicamente en la Oficina de Control Interno). De igual manera, se encuentran de manera física las actas de los comités establecidos durante el periodo.

Lo anterior, también se puede visualizar a través de la web institucional.

13. CONCLUSIONES

- La gestión desarrollada por la Jefatura de Control Interno durante el periodo evaluado permitió consolidar y fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional, evidenciando avances significativos en la implementación del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, al alcanzar un nivel de madurez del 75%, con una mejora sustancial frente a la vigencia anterior.
- Se garantizó el cumplimiento oportuno y sistemático de los informes legales y regulatorios, en concordancia con la normatividad vigente y los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, los entes de control y el Modelo



EVALUACIÓN, GESTIÓN, CONTROL Y CALIDAD

Código	OCI-210-OFI
Versión	01
Descripción	INFORMES
Fecha	10-02-2017

CONTROL INTERNO

Página 13 de 13

Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, fortaleciendo la transparencia y la rendición de cuentas de la entidad.

- La ejecución del Plan Anual de Auditoría basado en riesgos permitió identificar de manera objetiva fortalezas, no conformidades y riesgos críticos en los procesos administrativos, financieros y asistenciales, contribuyendo a la toma de decisiones informadas por parte de la alta dirección y al mejoramiento continuo de la gestión institucional.
- El seguimiento permanente a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas evidenció avances en la mitigación de riesgos y en la corrección de hallazgos relevantes, particularmente en procesos asistenciales, gestión de la calidad, seguridad del paciente y cumplimiento normativo.
- La gestión del riesgo institucional se fortaleció mediante la actualización, aprobación y seguimiento de la política y el mapa de riesgos, articulados con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y la transición al Programa de Transparencia y Ética Pública, conforme a lo dispuesto en el Decreto 1122 de 2024.
- Se promovió de manera permanente la cultura del autocontrol, la autorregulación y la autogestión, a través de actividades de evaluación, socialización de resultados, boletines OCI Autocontrol y acompañamiento a las dependencias, generando mayor apropiación del control interno en los diferentes niveles de la entidad.
- No obstante, los avances alcanzados, persisten retos institucionales relacionados con la gestión documental, la oportunidad y calidad de los reportes, el fortalecimiento del Plan Institucional de Capacitación, la mejora de la infraestructura física y la dotación de equipos biomédicos, aspectos que deberán ser priorizados en las siguientes vigencias.
- En términos generales, la gestión del jefe saliente de Control Interno se caracterizó por un ejercicio técnico, objetivo e independiente, orientado al cumplimiento de la misión institucional, al fortalecimiento del control interno y al aseguramiento razonable del logro de los objetivos del Hospital Local de Aguachica E.S.E., dejando una base estructurada para la continuidad y mejora del proceso.

14. FIRMA DE ENTREGA Y RECEPCIÓN

ENTREGA EL CARGO	RECIBE EL CARGO
Nombre: Maira Alejandra Clavijo Lemus	Nombre: Anyi Paola Saltarín Gomez
Cargo: Asesora Control Interno	Cargo: Gerente
Firma: <i>Maira A. Clavijo L.</i>	Firma: <i>Anyi Paola Saltarín Gomez</i>
Fecha: 26/12/2025	Fecha: 26/12/2025