

PERIODO	TRIMESTRE II - 2026
ÁREA O DEPENDENCIA	OFICINA DE CONTROL INTERNO
RESPONSABLE	CARLOS ALBERTO GARCIA OSPINA
DIRIGIDO A	LA GERENCIA Y EQUIPO DIRECTIVO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO
REFERENCIA	INFORME SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORIA MUNICIPAL DE RIONEGRO TRIMESTRE II (ABRIL – JUNIO 2026)

COMPROMISO	INDICADOR	RESULTADO

DETALLE DE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

INTRODUCCIÓN:

El Plan de Mejoramiento Institucional (PMI) constituye un instrumento de gestión orientado a la superación de debilidades identificadas y al fortalecimiento de los procesos organizacionales, con el propósito de mejorar la eficiencia, eficacia y transparencia en el cumplimiento de la misión institucional. Su formulación se deriva de los resultados obtenidos en procesos de autoevaluación, auditorías internas, evaluaciones externas y actuaciones de los entes de control, incorporando acciones, objetivos, indicadores y metas que permiten orientar la mejora continua durante un periodo determinado.

En este contexto, el presente informe consolida los resultados del seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno a los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos formulados por la Contraloría Municipal de Rionegro, en concordancia con los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Control Interno, correspondiente al trimestre II de la vigencia 2026.

Es de anotar que en el hospital está en la implementación del sistema de Gestión Integral (ALMERA) donde se harán los respectivos seguimientos y avances a este plan de mejora y es posible que se deban hacer ajustes algunas parametrizaciones en el sistema

OBJETIVO:

Presentar los resultados del seguimiento durante el trimestre II de la vigencia 2026 y evaluación realizados por la Oficina de Control Interno a los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos formulados por la Contraloría Municipal de Rionegro, con el fin de verificar el nivel de cumplimiento de las acciones definidas, la eficacia de las medidas implementadas y la gestión adelantada por las dependencias responsables.

ALCANCE:

Evaluar el grado de avance, el nivel de cumplimiento y la eficacia de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos de la Contraloría Municipal de Rionegro, en el marco del seguimiento correspondiente al trimestre II de la vigencia 2026, incluyendo la verificación de soportes, la trazabilidad de los compromisos adquiridos y la responsabilidad de las dependencias ejecutoras.

INFORME EJECUTIVO

El análisis consolidado permitió determinar el nivel de avance, el grado de cumplimiento y la eficacia en el cierre de las acciones definidas en los planes de mejoramiento, con base en la información reportada por las áreas responsables y en el seguimiento previo efectuado por el área de Planeación, en su rol de segunda línea de defensa dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

El seguimiento se desarrolló a partir del consolidado del Plan de Mejoramiento disponible en la plataforma SIA contraloría **formato 202606 f13 cmr planes mejora vigencia2025**, y la información que reposa en el sistema de información ALMERA herramienta dispuesta para la ejecución, monitoreo y evaluación de la eficacia de las acciones asociadas a los diferentes hallazgos de auditoría formulados por la Contraloría Municipal de Rionegro.

METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO

El proceso metodológico aplicado para la evaluación comprendió las siguientes etapas:

- Consolidación de la información: Se efectuó la revisión integral de las acciones reportadas por las diferentes dependencias y responsables de los planes de mejoramiento, a través del Sistema de Gestión integral ALMERA herramienta institucional dispuesta para la ejecución, avance, monitoreo y seguimiento a la eficacia de las acciones de los planes de mejoramiento en el hospital

<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sgieserionegro&enc=L3NnaS9zZWNjaW9uZXMvc2lnc3BhL21vZF9lc3RyYXRIZ2ljby9tZWpvcmFtaWVudG8vYXRlbnRlcl9yZWNVbWVuzGFjaW9uLnBocD9hdGVuY2lwbmlkPTEy>

- Seguimiento cualitativo: La Oficina de Control Interno realizó el seguimiento mediante observación directa, análisis técnico y evaluación cualitativa de cada una de las actividades reportadas por las dependencias responsables.
- Agrupación y análisis de resultados: Se calcularon los porcentajes de cumplimiento y participación por acción, dependencia y responsable, con el propósito de identificar niveles de avance, rezagos y oportunidades de mejora.
- Evaluación de evidencias:
Se verificaron los soportes documentales, observaciones y anexos cargados por las áreas responsables, con el fin de validar la suficiencia, pertinencia y coherencia de las evidencias aportadas para el cierre de cada acción.

PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA

VERSIÓN 01

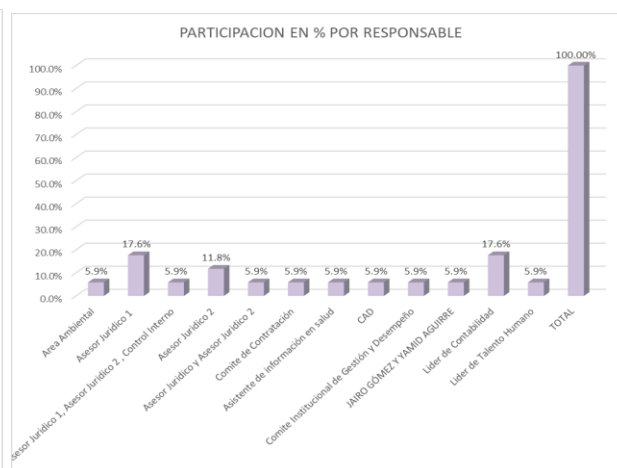
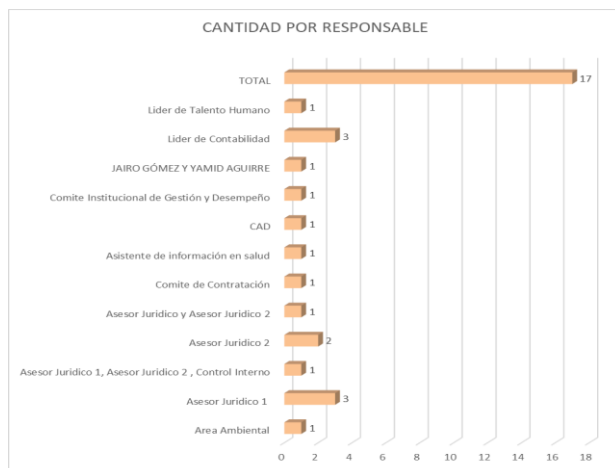
Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre 2025

#	FECHA	ÁREA	ORIGEN	SITUACIÓN	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO	SEGUIMIENTO	% CUMPLI	ESTADO
1	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2025	Deficiencias en el cumplimiento del Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Javado de activos, financiado del terrorismo (SARLAFT) y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (PPADM) (A)	Implementar medida de control mensual por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante verificación de actividades mensuales del SARLAFT y el SICOF	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Junio a diciembre de 2026	En el seguimiento del trimestre II no se evidencia ningún avance	0%	Abierta
2	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2026	Deficiencias en el traslado de retenciones por estampillas a terceros (A)	1. Implementar un tablero de control financiero para la gestión de pasivos tributarios, asegurando la prelación de pagos y el cumplimiento estricto de los calendarios de vencimiento nacionales y territoriales. 2. Enviar reporte mensual al Subgerente	Líder de Contabilidad	Mayo a diciembre de 2026	Se verificó en ALMERA, y se tienen los soportes respectivos en la actividad 1. Reporte mensual mayo y junio, y la actividad 2 Tablero de Control actualizado	25%	En proceso
3	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2027	Incorrección material por inadecuada clasificación de gastos operacionales en la cuenta 989090 - Otros gastos diversos (A)	1. Gestionar ante la CGU una consulta técnica para la armonización contable de los recursos de equipos básicos en salud y convenios no operacionales bajo el marco de subvenciones. 2. Implementar las acciones según con respecto del	Líder de Contabilidad	Diciembre de 2026	Se verificó en ALMERA, y se tienen los soportes respectivos en la actividad 1. consulta técnica al CGU (mayo 7), y la actividad 2 implementar acciones (mayo 7) se tiene el radicado de la solicitud a la espera de la respuesta en un plazo máximo de 60	50%	En proceso
4	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2028	Inconsistencias en la aplicación de la estampilla adulta mayor en el componente contractual (A)	1. Implementar un tablero de control financiero para la gestión de pasivos tributarios, asegurando la prelación de pagos y el cumplimiento estricto de los calendarios de vencimiento nacionales y territoriales. 2. Enviar reporte mensual al Subgerente	Líder de Contabilidad	Mayo a diciembre de 2026	Se verificó en ALMERA, y se tienen los soportes respectivos en la actividad 1. Tablero de Control, y la actividad 2 soporte correo envío reporte mayo y junio	25%	En proceso
5	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2029	Deficiencia en la implementación del Plan Institucional de Capacitación (PIC) Plan anual de Capacitación (A)	1. Actualizar diagnóstico de necesidades de capacitación por procesos críticos administrativos: Financiero, contable, contractual y supervisión. 2. Ajustar el formato institucional de seguimiento del PIC (PPA0100028) e incorporarlo a la relación con el diagnóstico de necesidades y la clasificación de competencias (asistencial, administrativa, apoyo y transaccional) 3. Estandarizar la organización de los positores de evidencias del PIC, garantizando que cada capacitación cuente con soportes verificables como	Líder de Talento Humano	Septiembre a diciembre 2026	En el seguimiento del trimestre II no se evidencia ningún avance	0%	Abierta
6	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2030	Deficiencias en las Funciones del Revisor Fiscal (A)	1. Actualizar el Plan de Auditorías de la revisión fiscal incluyendo el SICOF y SARLAFT. 2. Hacer seguimiento al plan de auditorías por el oficial de Cumplimiento (Subgerente)	JAIRO GÓMEZ Y YAMID AGUIRRE	Mayo a diciembre de 2026	En el seguimiento del trimestre II no se evidencia ningún avance	0%	Abierta
7	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2031	Deficiencias en los informes de supervisión (A)	1. Revisar y actualizar el Manual de Supervisión, del acto administrativo de delegación de supervisión y del formato informe de supervisión. 2. Capacitación a los supervisores de contratos y apoyos a la supervisión sobre el Manual de Supervisión, acto administrativo de delegación de supervisión y diligenciamiento del formato informe de supervisión. 3. Incluir en el Plan de auditoría realizar 2 veces al año auditoría al procedimiento de supervisión por	Asesor Jurídico 1, Asesor Jurídico 2, Control Interno	Junio a Diciembre 2026	En el seguimiento del trimestre II no se evidencia ningún avance	0%	Abierta
8	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2032	Ausencia de informes de supervisión en órdenes de compra, órdenes de servicio y contratos de arrendamiento (A) (D)	1. Referenciación con otros Hospitales para el proceso de contratación de órdenes de compra y órdenes de servicio. 2. Revisar y actualizar el procedimiento de supervisión de órdenes de compra y órdenes de	Asesor Jurídico 1	Junio a Diciembre 2027	Se verificó en ALMERA, y se tienen los soportes respectivos en la actividad 1. Se realizó referenciación al proceso de compras con el Hospital Marco Fidel Suárez de Bello el 7 de mayo de 2026 y El Hospital La María el 13 de Mayo de 2026.	50%	En proceso
9	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2033	Contratación Rendida de Manera Extemporánea en Plataforma SIA Observa. (A, PASR)	1. Implementar control previo (revisión interna) y realizar control de elaboración de contratos de manera mensual en archivo de control en excel. 2. Asistir a capacitaciones de SIA observe de la CMR	Asesor Jurídico 2	Mayo a Diciembre 2028	En el seguimiento del trimestre II no se evidencia ningún avance	0%	En proceso
10	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2034	Deficiencia en la Gestión Documental. (A)	1. Capacitación lineamientos sobre el manejo de archivos digitales	CAD	Mayo 2026	Se verificó en ALMERA en cumplimiento a lineamientos normativos del Archivo General de la Nación AGN y con la finalidad de socializar el instrumento archivístico Sistema de Gestión Documental Archivo Electrónico SGDEA; se dictó capacitación a los productores documentales sobre organización de archivo electrónico y se dieron pautas a tener en cuenta para la auditoría en el mes de julio sobre Instrumentos Archivísticos. Asistieron	100%	Eje cutada
11	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2035	Debilidades en la gestión contractual con posible ocurrencia de hechos cumplidos de la orden de servicio número 00437 (A) (D)	Actualizar el Manual de Contratación	Asesor Jurídico 1	Julio 2026	La actividad está planeada para el mes de agosto	0%	Abierta
12	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2036	Debilidad en la elaboración de Estudios Previos. (A)	1. Revisar y actualizar el formato de estudios previos. 2. Capacitación sobre el diligenciamiento del formato de estudio previo.	Asesor Jurídico y Asesor Jurídico 2	Agosto de 2026	La actividad está planeada para el mes de agosto	0%	Abierta
13	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2037	Inconsistencias en la estructuración contractual y aplicación del tratamiento tributario en contratos sindicales bajo esquema AU(A, F, D)	Modificar y ajustar los contratos sindicales	Comité de Contratación	Mayo de 2026	Se realizó otro sí al Contrato Sindical No. 004-2026 y 035-2026, mediante el cual se modificó la forma de pago y la estructura de costos: modelo de remuneración por hora y/o eventos según aplique en cada perfil. Esta modificación permitirá Desagregar y detallar la estructura de costos, a fin de Garantizar trazabilidad en la destinación de los recursos públicos, soportando cada pago con registros de horas, turnos y actividades. Fortalecer la transparencia y facilitar el ejercicio del control fiscal mediante informes mensuales desagregados y	100%	Eje cutada
14	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2038	Ausencia de requisitos habilitante en parte de la muestra auditada del componente contractual (A)	Revisar y/o Actualizar el procedimiento de adquisición de bienes y servicios.	Asesor Jurídico 2	Agosto de 2026	La actividad está planeada para el mes de agosto	0%	Abierta
15	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2039	Ejecución de contrato de Obra sin previa obtención de licencias y permisos. (A)	1. Modificar lista de chequeo adicionando la inclusión de licencias y permisos. 2. Capacitación sobre estudio previo.	Asesor Jurídico 1	Agosto de 2026	La actividad está planeada para el mes de agosto	0%	Abierta
16	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2040	Reincidencia en la no publicación de relaciones contractuales en la plataforma SECCOP (A) (D).	Matriz de seguimiento en excel con control de publicación en el seccop	Asistente de Información en salud	Junio, septiembre y diciembre 2026	En el seguimiento del trimestre II no se evidencia ningún avance	0%	Abierta
17	abr 26	Externa	AUDITORIA FINANCIERA. DE GESTIÓN Y RESULTADOS Vigencia 2041	Incumplimiento de las obligaciones contractuales de Contrato Interadministrativo 077-2025. (A)	1. Implementar una Inspección mensual independiente de Gestión Ambiental a las áreas de alimentación, con reporte al supervisor y escalamiento al Comité de Infecciones/Comité Ambiental si detecta incumplimiento	Area Ambiental	Junio, septiembre y diciembre 2026	En el seguimiento del trimestre II no se evidencia ningún avance	0%	Abierta

ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

PARTICIPACION POR RESPONSABLE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTOTO		
TRIMESTRE I-2026 CONTRALORIA MUNICIPAL DE RIONEGRO		
RESPONSABLE	CANT.	%
Área Ambiental	1	5.9%
Asesor Jurídico 1	3	17.6%
Asesor Jurídico 1, Asesor Jurídico 2 , Control Interno	1	5.9%
Asesor Jurídico 2	2	11.8%
Asesor Jurídico 1 y Asesor Jurídico 2	1	5.9%
Comité de Contratación	1	5.9%
Asistente de información en salud	1	5.9%
CAD	1	5.9%
Comité Institucional de Gestión y Desempeño	1	5.9%
JAIRO GÓMEZ Y YAMID AGUIRRE	1	5.9%
Líder de Contabilidad	3	17.6%
Líder de Talento Humano	1	5.9%
TOTAL	17	100.00%

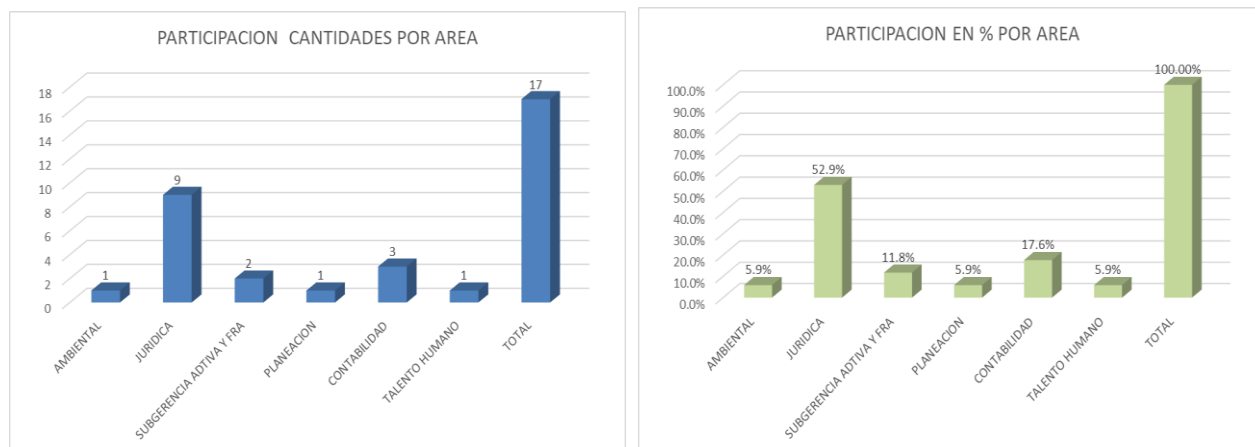
Fuente:– SIA CONTRALORIA- Planes de mejoramiento 2026



Fuente:– SIA CONTRALORIA- Planes de mejoramiento 2026

PARTICIPACION POR AREAS SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTOTO		
TRIMESTRE II-2026 CONTRALORIA MUNICIPAL DE RIONEGRO		
AREA	CANT.	%
AMBIENTAL	1	5.9%
JURIDICA	9	52.9%
SUBGERENCIA ADTIVA Y FRA	2	11.8%
PLANEACION	1	5.9%
CONTABILIDAD	3	17.6%
TALENTO HUMANO	1	5.9%
TOTAL	17	100.00%

Fuente:– SIA CONTRALORIA- Planes de mejoramiento 2026



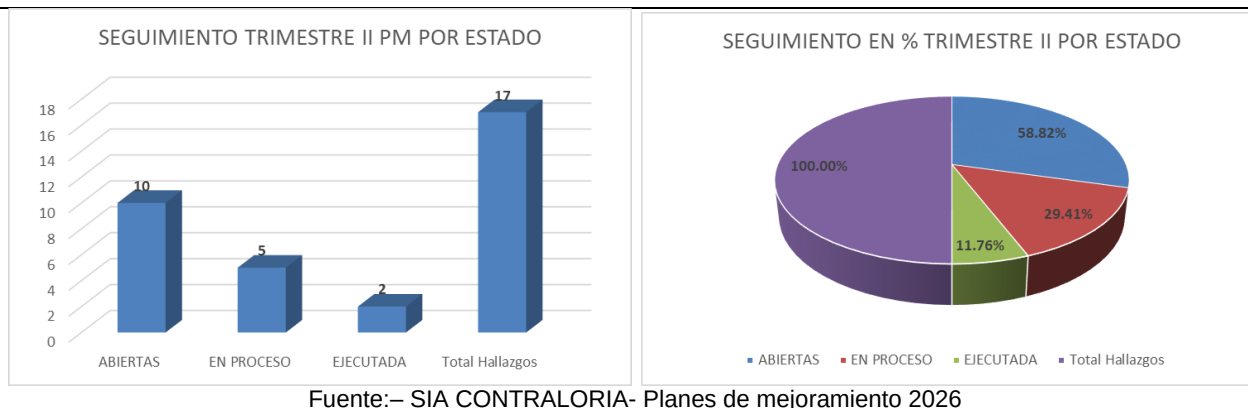
Fuente:– SIA CONTRALORIA- Planes de mejoramiento 2026

En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno (OCI) se validó la existencia de un total de 17 hallazgos derivados de la auditoría correspondiente al año 2026, para los cuales el Hospital formuló 17 acciones de mejora. Del análisis de su distribución se evidenció que el área Jurídica concentra la mayor participación, con 9 Acciones de Mejora, equivalentes al 52.9%, seguida del área de Contabilidad con 3 Acciones de Mejora equivalentes al 17.6%, seguida de la Subgerencia Administrativa y Financiera registra con 2 Acciones de Mejora equivalentes al 11.8%. y Finalmente las áreas Planeación, Ambiental, y Talento Humano registran con 1 acción de mejora equivalentes al 5.9% cada una

En el marco del seguimiento efectuado por la OCI a los Planes de Mejoramiento al segundo trimestre (abril-junio) de 2026, se evidenció lo siguiente:

SEGUIMIENTO PM TRIMESTRE II-2026	TOTAL	%
ABIERTAS	10	58.82%
EN PROCESO	5	29.41%
EJECUTADA	2	11.76%
Total Hallazgos	17	100.00%

Fuente:– SIA CONTRALORIA- Planes de mejoramiento 2026



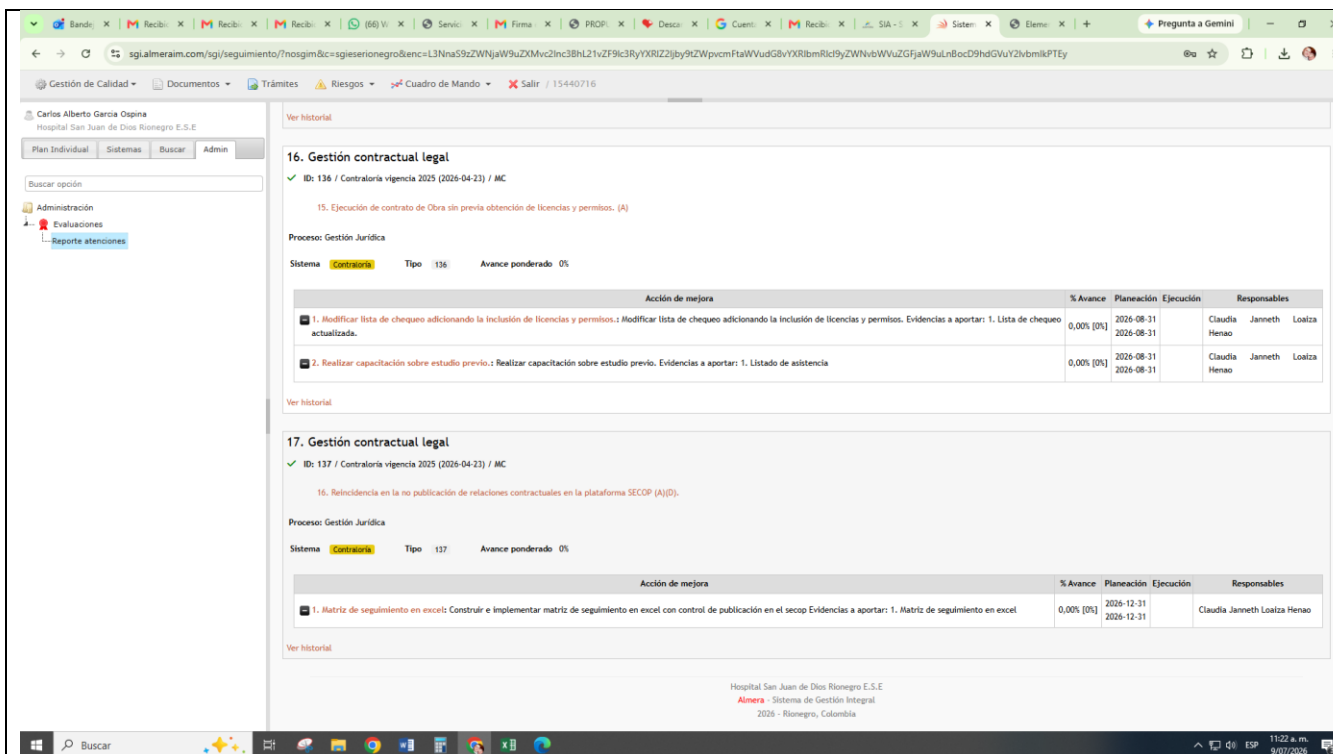
El total de las 17 acciones de mejora contempladas al realizar el seguimiento con corte del 30 junio de 2026 se evidencia que se tienen abiertas 10 acciones que corresponden al 58.82%, 5 acciones en proceso que corresponde al 29.41%, y 2 acciones ya ejecutadas que corresponden al 11.76% es decir que a esta fecha el plan de mejoramiento se viene ejecutando acorde a las fechas establecidas por los responsables de las diferentes áreas.

CONCLUSIONES GENERALES

- El Hospital San Juan de Dios E.S.E. de Rionegro cuenta con el sistema de información ALMERA, herramienta institucional que facilita la administración, seguimiento y control de los planes de mejoramiento, permitiendo el registro oportuno de avances y evidencias por parte de los responsables de cada acción. De igual manera, esta plataforma fortalece el monitoreo efectuado por la Oficina Asesora de Planeación, en su rol de segunda línea de defensa, y la evaluación independiente desarrollada por la Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su función como tercera línea de defensa, conforme al esquema definido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Como resultado del seguimiento efectuado con corte al 30 de junio de 2026, se evidenció que las acciones de mejora presentan un avance acorde con el cronograma establecido en el Plan de Mejoramiento. Si bien la mayoría de las acciones permanecen en estado Abierto o En Proceso, esta situación resulta coherente con la programación institucional, dado que la fecha máxima para la ejecución de la totalidad de las acciones corresponde al 31 de diciembre de 2026.
- Para el desarrollo del presente seguimiento se tomó como fuente oficial de información el reporte registrado en la plataforma SIA Contralorías, el cual fue confrontado con la información y evidencias incorporadas en el sistema ALMERA por las dependencias responsables, garantizando la trazabilidad y consistencia de la información evaluada.
- Sia contraloría en el siguiente enlace:

<https://siacontralorias.auditoria.gov.co/index.aspx?xmd=AccessAccounts&xf=200&xvig=202606>
FORMATO_202606_F13_CMR_PLANES_MEJORA_VIGENCIA2025.XLSX

- sistema de información ALMERA en el siguiente enlace:
<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sgieserionegro&enc=L3NnaS9zZWVW9uZXMvc2Inc3BhL21vZF9lc3RyYXRIZ2Ijby9tZWpvcmFtaWVudG8vYXRlbnRlcl9yZWVubWVudGFjaW9uLnBocD9hdGVuY2lvbmlkPTEy>



Ver historial

16. Gestión contractual legal

✓ ID: 136 / Contraloría vigencia 2025 (2025-04-23) / MC

15. Ejecución de contrato de Obra sin previa obtención de licencias y permisos. (A)

Proceso: Gestión Jurídica

Sistema **Contraloría** Tipo 136 Avance ponderado 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Modificar lista de chequeo adicionando la inclusión de licencias y permisos. Modificar lista de chequeo adicionando la inclusión de licencias y permisos. Evidencias a aportar: 1. Lista de chequeo actualizada.	0,00% [0%]	2026-08-31 2026-08-31		Claudia Janneth Loaiza Henao
2. Realizar capacitación sobre estudio previo. Realizar capacitación sobre estudio previo. Evidencias a aportar: 1. Listado de asistencia	0,00% [0%]	2026-08-31 2026-08-31		Claudia Janneth Loaiza Henao

Ver historial

17. Gestión contractual legal

✓ ID: 137 / Contraloría vigencia 2025 (2025-04-23) / MC

16. Reincidencia en la no publicación de relaciones contractuales en la plataforma SECOP (A)(D).

Proceso: Gestión Jurídica

Sistema **Contraloría** Tipo 137 Avance ponderado 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Matriz de seguimiento en excel Construir e implementar matriz de seguimiento en excel con control de publicación en el secop Evidencias a aportar: 1. Matriz de seguimiento en excel	0,00% [0%]	2026-12-31 2026-12-31		Claudia Janneth Loaiza Henao

Ver historial

Hospital San Juan de Dios Rionegro E.S.E.
Almera - Sistema de Gestión Integral
2026 - Rionegro, Colombia

RECOMENDACIONES

- Continuar fortaleciendo el seguimiento periódico al cumplimiento de las acciones de mejora, con el fin de garantizar su ejecución dentro de los plazos establecidos y prevenir posibles incumplimientos al cierre de la vigencia.
- Solicitar a los líderes de proceso mantener actualizada la información y los soportes de ejecución en la plataforma **ALMERA**, asegurando que las evidencias sean suficientes, pertinentes y verificables para respaldar el cumplimiento de cada acción.
- Priorizar la ejecución de las acciones de mejora que presentan mayor nivel de complejidad o que requieren actividades de largo plazo, especialmente aquellas cuya responsabilidad recae en las dependencias con mayor número de compromisos, como el Área Jurídica.
- Fortalecer en cada área la aplicación de los tres pilares del Sistema de Control Interno: Autocontrol, Autogestión y Autorregulación.
- Fortalecer el monitoreo por parte de la segunda línea de defensa, promoviendo reuniones periódicas con los responsables de las acciones para identificar oportunamente riesgos, dificultades o retrasos que puedan afectar el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.
- Implementar mecanismos de alertas tempranas que permitan identificar acciones con riesgo de vencimiento, facilitando la adopción oportuna de medidas preventivas y correctivas.
- Programar jornadas de capacitación dirigidas a los responsables de los planes de mejoramiento, enfocadas en los requisitos de la Contraloría y en la importancia del seguimiento oportuno y documentado.

- Promover la articulación entre las dependencias responsables y la Oficina Asesora de Planeación para asegurar la calidad, suficiencia y oportunidad de las evidencias cargadas en el sistema de información, facilitando así el proceso de evaluación por parte de la Oficina de Control Interno.
- Fortalecer el control documental, garantizando que toda acción ejecutadas y cerrada cuente con la evidencia correspondiente, disponible para la verificación por parte de los órganos de control.
- Mantener el compromiso institucional con la ejecución efectiva de los planes de mejoramiento, entendiendo que estos constituyen una herramienta de fortalecimiento del Sistema de Control Interno, de mejora continua de la gestión institucional y de cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia y transparencia en la administración pública.

Estas recomendaciones son consistentes con las buenas prácticas de seguimiento de planes de mejoramiento y con los lineamientos del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)** y del **Sistema de Control Interno**, orientadas a fortalecer la cultura del autocontrol y la mejora continúa en el Hospital San Juan de Dios E.S.E. de Rionegro.

Cordialmente,

NOMBRE	FIRMA	FECHA
Carlos Alberto García Ospina Jefe oficina Control Interno		Julio de 2026