

Nombre de la Entidad:	SAUD SOGAMOSO E.S.E.	
Periodo Evaluado:	JULIO 1 - DICIEMBRE 31 2020	
		<div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Estado del sistema de Control Interno de la entidad</div> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; text-align: center; float: right;">83%</div>
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno		
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	PARCIALMENTE ESTAN FUNCIONANDO TODOS LOS COMPONENTES EN LA ENTIDAD. TODOS LOS PROCESOS, ESTAN TRABAJANDO EN FORMA PERMANENTE PARA LOGRAR LA ACTUALIZACION DE PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, FORMATO, MANUALES Y OTROS DOCUMENTOS INDISPENSABLES COMO HERRAMIENTAS DE UNA ADECUADA ARTICULACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. EL OBJETIVO ES EL LOGRO DEL MEJORAMIENTO CONTINUO EN TODOS SUS ASPECTOS DE CONTROL, PREVENCIÓN DE RIESGOS. SIN EMBARGO SI ES NECESARIO QUE TODOS LOS PROFESIONALES LIDERES SE COMPROMETAN AUN MAS EN LA IMPLEMENTACION Y ACTIVACION DE TODOS LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA ENTIDAD, PARA QUE SE LOGRE UN CONTROL INTERNO SISTEMICO.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	NO LO ES TOTALMENTE EFECTIVO, HACE FALTA AUN MAYOR ARTICULACION ENTRE LAS DIFERENTES LINEAS DE DEFENSA, LOGRANDO LA EFICIENCIA, EFICACIA Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA, LUEGO DE LA ARDUA TAREA QUE REALIZARAN LOS PROFESIONALES LIDERES DE PROCESO EN LA VIGENCIA 2020. SE BUSCA QUE SEAN IMPLEMENTADAS, ASI FORTALECER EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA ENTIDAD, DISEÑANDO HERRAMIENTAS PRODUCTIVAS DE GESTION, FORTALECIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES, IMPLEMENTADOLAS, HACIENDOLE SEGUIMIENTO Y MONITOREO CONTINUO PARA LOGRAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Lineas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	SAUD SOGAMOSOS E.S.E. HA ESTABLECIDO LAS LINEAS DE DEFENSA, SEGUN LA POLITICA DE CONTROL INTERNO, EN LA CUAL SE DETERMINAN LAS RESPONSABILIDADES Y COMPROMISOS DE CADA UNA (LINEA): CUENTA CON EL MANUAL DE FUNCIONES ACTUALIZADO, EL CUAL HA SIDO MODIFICADO EN VARIAS OPORTUNIDADES EN FORMA DE LOGRAR LA ARTICULACION CON LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA, IGUALMENTE CUENTA CON LA ORGANIZACION ADMINISTRATIVA, ARTICULADA CON EL MAPA DE PROCESOS APROBADO MEDIANTE ACUERDO 08 DEL 2017. ES MUY IMPORTANTE MENCIONAR QUE PARA LA VIGENCIA 2020, LA SEGUNDA LINEA DE DEFENSA REALIZO UN GRAN TRABAJO QUE SE CONSTITUYE EN BASE DE LA IMPLEMENTACION Y EL MEJORAMIENTO CONTINUO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	75%	<p>1) La alta dirección asume el compromiso y el deber de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad, apropiados para la consecución de los objetivos del SCI.</p> <p>2) La gestión del talento humano tiene carácter estratégico, de manera que sus actividades están debidamente alineadas y sincronizadas con los objetivos misionales de la entidad.</p> <p>3) El Comité Institucional de coordinación del SCI cumple sus funciones. Las debilidades están identificadas en la realización media en la práctica de algunas de las Políticas establecidas; lo cual puede ser debido a la cantidad de actividades a realizar para dar cumplimiento con la normatividad y la consecución de los Objetivos y Metas Institucionales (falta personal de acompañamiento en algunas áreas)</p> <p>Frente al ambiente de control que permite disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo por parte de la Alta Dirección (Línea Estratégica), Profesionales Líderes de Proceso (Primera Línea de defensa), y Segunda Línea de defensa. Salud Sogamoso E.S.E. cuenta como soporte con los siguientes elementos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Ética e Integridad, el cual está en implementación, junto a la autoevaluación; Mediante esta evaluación se propone generar compromiso continuo con la integridad del servicio público de Salud que presta. <p>Además se contempla herramientas con las que se tratarán: conflictos de interés, transacciones con partes relacionadas, uso inadecuado de información privilegiada y otros estándares éticos y de comportamiento esperados que pueden implicar riesgos para la entidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructura Administrativa actualizada en el 2017, la cual se encuentra en la página web organizacional con el fin de que los usuarios y ciudadanía en general conozcan su operación y organización. Igualmente todo lo referente a la Plataforma estratégica. • De igual forma, la entidad cuenta con el plan de acción para el año 2020 y el 2021 aprobado por la junta directiva en la cual plantean los diferentes objetivos, estrategias, actividades a realizar durante este año. <p>Este plan de acción es supervisado por la Gerencia y la Junta Directiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de inducción Para las personas que ingresan como trabajadores de Salud Sogamoso E.S.E. el cual se realiza para cada vigencia (2020) y 2021. • Plan de Capacitación: La administración está comprometida en el desarrollo del 100% del plan de capacitación para los funcionarios de la Entidad, es por ello que la líder de Talento Humano propende por la búsqueda de capacitaciones con Entidades Públicas como SEVA, FUNCION PUBLICA, ESAP, CCR, CGN y cursos virtuales en las Entidades que se logra la inscripción. • Plan de Bienestar de Funcionarios, servidores y colaboradores, para Salud Sogamoso E.S.E. tiene en cuenta la importancia las condiciones laborales de cada uno de sus colaboradores por lo que ha emprendido por desarrollar actividades de bienestar con ocasión de eventos importantes como 	74%		1%

Evaluación de riesgos	SI	91%	<p>Salud Sogamoso E.S.E. una vez que en el segundo semestre realiza actualización de la política de administración del riesgo, se documento el procedimiento de administración del riesgo, es decir cuenta con todas las Herramientas necesarias para fortalecer la evaluación de los riesgos, sin embargo es necesario fortalecer actividades de evaluación posterior y medir la efectividad de los controles establecidos.</p> <p>Es necesario fortalecer compromiso en el ejercicio de la evaluación de riesgos por parte de todos y cada uno de los profesionales Líderes de Proceso, bajo el liderazgo de la alta dirección, Primera y Segunda Línea de Defensa, y en general todos los servidores de la entidad, identificando, evaluando y gestionando eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar la consecución de los Objetivos de Salud Sogamoso E.S.E.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. Ha procurado capacitación de Administración de Riesgos con el fin de identificar, analizar, evaluar, y tratar los diferentes riesgos tanto de procesos misionales como de Gestión e Informática, que generan soporte estratégico.</p> <p>Para este 2020 en el segundo semestre se ha actualizado la matriz de administración del riesgo por cada proceso logrando establecer transversalidad entre los riesgos asistenciales, clínicos, de Gestión, e informática; herramienta desarrollada por la Entidad, que cada Profesional Líder de Proceso debe sustentar, administrar, Administrar y autoevaluar desde su correspondiente proceso. Es importante mencionar que esta herramienta está articulada con la guía del DAFP, y la Política de Administración del riesgo Institucional actualizada junto con el procedimiento de la misma así se contemplan las diferentes actividades a realizar según los direccionamiento establecidos por el DAFP.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. para el segundo semestre realiza la articulación de los Riesgos de Gestión, Asistenciales, Tecnología, Asistenciales y Clínicos, liderada desde la Segunda Línea de Defensa, en articulación con la Primera línea de defensa.</p>	80%		11%
Actividades de control	SI	83%	<p>En el proceso de identificación y evaluación de riesgos Salud Sogamoso E.S.E. identifica las actividades de control de los diferentes riesgos con el fin de mitigar su materialización. Estas actividades de control deben ser coherentes con los controles documentados en los procesos de la entidad para que exista adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. Frente a las actividades de control se evidencia que se encuentra del proceso en etapa de maduración, para el logro de efectividad en la práctica de los controles establecidos por cada Profesional Líder de Proceso, como se establece en la política de control ante los riesgos administrativos, de Gestión, Tecnológicos, Asistencial que se puedan presentar en el desarrollo de los objetivos. Se observa que se establece el responsable, según la actualización de la política y la documentación del procedimiento de administración del riesgo, donde se establece la periodicidad, el propósito, el cómo se realiza el control, que pasara en caso de presentar desviaciones en la ejecución del control, no se hace precisión de cuáles son las evidencias para mantener como soporte de su ejecución, misionales de la Entidad.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. debe implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.</p>	79%		4%
Información y comunicación	SI	89%	<p>Salud Sogamoso E.S.E. proyectó un plan de medios y comunicaciones en el cual se programan eventos (Estrategias, paginas publicitarias, videos, capsulas), presencia en redes sociales de la Entidad, actualización de la página web, entre otros.</p> <p>La entidad cuenta con mecanismos de comunicación como la página web la cual ha sido actualizada en la última vigencia con el fin de brindar información clara a sus grupos de interés, grupos de valor y comunidad en general. Se ha ido implementando paulatinamente los diferentes componentes establecidos por el y la ley 1712 de 2014 (ley de transparencia). De igual forma, la entidad cuenta con el Modulo de Ventanilla Única de Correspondencia, línea de atención telefónica por la cual recibe las diferentes solicitudes, peticiones, quejas y tramites de la ciudadanía. El correo electrónico salud.sogamoso <saludsogamoso@yahoo.com> permite recibir las diferentes inquietudes de los usuarios en cuanto tramites, licencia y procesos de inspección, vigilancia y control.</p> <p>Las PQRSF son recibidas a través de formulario que tiene dispuesto en el link https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=9590. Estos PQRSF cuentan con un seguimiento constante con el fin de responder oportunamente los grupos de interés y grupos de valor. Como parte de su plan de medios y comunicaciones, Salud Sogamoso E.S.E. elaboró los diferentes estrategias de comunicación con el objetivo de dar a conocer los avances y desafíos conseguidos y creando espacio de conocimiento e información relevante en Salud.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. debe enfocarse en el 2021, por el logro de una estrategia de comunicación transversal efectiva</p>	82%		7%
Monitoreo	SI	79%	<p>Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con plan anual de auditoría para la vigencia que es debidamente aprobado en Comité de Coordinación de Control Interno, el cual contempla evaluación a los diferentes procesos que ejecuta la entidad, Informes de ley a presentar, según calendario previamente establecido, así como la Evaluación del Sistema de Control Interno y la administración de riesgos de la entidad.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. durante la vigencia 2020 desarrollo evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías), con el fin de valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La efectividad del control interno de la entidad; • La eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; • El nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; • Los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la I.P.S. <p>Salud Sogamoso E.S.E. debe desarrollar este componente realizando evaluaciones periódicas de sistema de control interno -SCI, realizando autoevaluaciones, continuar con las auditorías por parte de la oficina de control interno y así lograr la efectividad del mismo, su eficiencia, eficacia y efectividad en el desarrollo y operatividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, midiendo y valorando los resultados de la gestión</p>	71%		8%

Las calificaciones de cada componente se derivaron de:

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Carrera 9 N° 11-74 Sogamoso – Boyacá. Tel (038) 7720304

LA ENTIDAD DEMUESTRA EL COMPROMISO CON LA INTEGRIDAD (VALORES) Y PRINCIPIOS DEL SERVICIO PÚBLICO

1.1 Aplicación del Código de Integridad. (Incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados).

Salud Sogamoso E.S.E. frente al Código de Integridad fue aprobada mediante resolución 2019, del cual se realizó video para lograr socialización y obtener adherencia al mismo, cuenta con la medición mediante ficha de indicadores. Se conformó el Comité de Convivencia laboral mediante resolución 130 del 28 de febrero del 2019; de otra parte se cuenta con control interno disciplinario presidido por la subgerente administrativa y financiera quien tiene la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de los deberes y obligaciones de los servidores públicos de la I.P.S., aplicando la función preventiva y/o correctiva; con base en el direccionamiento de MIPG, se ha realizado articulación del comité de Ética y de Integridad en el cual se informa sobre las PQRSF de usuarios a servidores, las que son direccionadas por los jefes inmediatos de los servidores quien solicita plan de mejora que debe ser cumplido según lo indica en el procedimiento establecido por Salud Sogamoso E.S.E. además cuando el servidor tiene 2 quejas o más se eleva documento al comité de Ética el cual se reúne en forma mensual.

La Oficina de Control Interno, realiza seguimiento y revisión a partir de las actuaciones de los servidores, colaboradores, contratistas... de Salud Sogamoso, PQRSF de Usuarios a Servidores, se observa que la Entidad busca y se está logrando la promoción en la transparencia en todos los procesos y procedimientos institucionales, frente a los usuarios externos e internos.

Es importante mencionar que en Salud Sogamoso se da importancia al Respeto, al derecho de gozar de un ambiente laboral libre de contaminación visual y auditiva, a su buen nombre, a la vida privada de cada funcionario, los derechos de los compañeros con quienes interactúa laboralmente en la forma de ser, sentir y actuar. Se busca lograr la realización de actividades eficientes, en forma cordial. Procurar mantener actitud positiva en momentos de incertidumbre, frente a los retos, buscando el logro de objetivos del proceso y/o institucionales y un punto importante que busca alcanzar la GETH, como lo es el lograr Tener compromiso permanente con la entidad, Manteniendo lealtad frente a la labor misional y las políticas institucionales.

1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.

La GETH, buscando evitar que la actuación privada del funcionario afecte incorrectamente el funcionamiento de sus deberes y responsabilidades oficiales, estableció: la política de integridad, comité de convivencia laboral y otros mecanismos mediante los que se busca la prevención y el manejo de los conflictos de interés, las cuales se articulan con el código de ética, Principios y Valores Institucionales.

La Oficina de Control Interno, evidencia que con los mecanismos referidos, Salud Sogamoso busca que quienes apoyan las actividades del desarrollo del Objeto Social de la Entidad realicen la interiorización del comportamiento de cada funcionario, el deber-ser particular, la manera específica de actuar bajo el sentido de lo público. **“La persona y su carisma no lo establecen las normas, es la integridad del ser humano”**

1.3 Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad.

Salud Sogamoso ESE cuenta con mecanismos de control para la prevención del uso inadecuado de la información Privilegiada como:

Cuenta con un software de correspondencia para el manejo de la documentación producida y recibida, información que es restringida para quien va dirigida exclusivamente, La información de aspecto magnético, está autorizada por las Subgerencias de Prestación de Servicios y la Administrativa y Financiera.

Frente a la documentación publicada solo se realiza la información que no posee esa restricción de privilegiada (Tipificada en la Ley 1712 del 2014); además se cuenta con el proceso de Gestión Documental quien custodia esta clase de información.

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con el instrumento archivístico de referencia, tablas de control de acceso de la información, determinando las agrupaciones documentales que serán objeto de uso, consulta y acceso por parte de usuarios internos y externos con medidas de seguridad

Es importante mencionar que el índice de información clasificada y reservada y el registro de activos de información, son actualizados, socializados, aprobados por el comité institucional de gestión y desempeño, posteriormente publicados en la página WEB institucional anualmente, dando cumplimiento a la ley 1712 de 2014.

El procedimiento de Gestión y trámite permite la centralización, control y seguimiento en tiempos de respuesta a los trámites de las comunicaciones oficiales hasta que estén finalizados, de acuerdo a la normatividad vigente.

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

Dentro del Modelo de Operación por procesos establece intrínsecamente la plataforma estratégica, la Misión y Visión es decir **por qué existe** y **que quiere ser**; dentro de esta perspectiva se tiene plena convicción de los valores y principios Institucionales, articulado con el código de Integridad; con base en estos se determina la estrategia y objetivos estratégicos como directrices institucionales, pasando a los objetivos por proceso (se encuentran alineados con la Misión y Visión) donde se definen metas, programas y proyectos.

Salud Sogamoso E.S.E., teniendo en cuenta que la Integridad corresponde al nivel de consistencia entre los principios morales y éticos Institucionales, así como las acciones, métodos, medidas, procedimiento, expectativas y resultados, dentro de todo lo cual predomina la Transparencia, anulando la probabilidad de Prácticas corruptas por parte de los servidores, para lo cual la Entidad busca la forma de controlar las condiciones que incentiven, o permitan tales conductas.

1.5 Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.

NOTA: Si la entidad ya cuenta con esta línea en funcionamiento, establezca si ha aportado para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales.

Salud Sogamoso, dentro del programa de humanización del cliente interno, ha establecido un procedimiento GQL-F-007 PROCEDIMIENTO ECUCHANDOTE MEJORAMOS, Objetivo Garantizar el derecho de los colaboradores de Salud Sogamoso E.S.E para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones, que surjan en ocasión a temas relacionados a convivencia laboral de Salud Sogamoso E.S.E, permitiendo a la institución establecer estrategias de mejora continua.

La Entidad, Con base en la estrategia de humanización de los colaboradores ha documentado el procedimiento ESCUCHANDOTE MEJORAMOS, con base en el cual se busca mejoramiento de la convivencia laboral, encabezado por la Profesional Líder de Talento Humano, Psicóloga de SIAU y Control interno, quienes estarán atentos a dar respuesta efectiva a la PQRS interpuesta por el o los colaboradores.

APLICACIÓN DE MECANISMOS PARA EJERCER UNA ADECUADA SUPERVISIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

2.1 Creación o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye ajustes en periodicidad para reunión, articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño).

El comité de Coordinación de Control Interno, fue actualizado en el 2019; En el presente año 2020, se realizó adopción de la Matriz ESCI, establecida por el DAFP, para realizar la evaluación al sistema de control interno, la cual debe ser articulada con el 100% de los procesos institucionales. En Comité de Coordinación de Control Interno se realizó la aprobación de los mapas de riesgo por proceso, los cuales corresponden a Gestión, de Seguridad Digital, clínicos y Asistenciales; consolidados por la profesional de Planeación. Igualmente en Comité de Coordinación de Control Interno se realizó Actualización al procedimiento de auditoría y plan de mejoramiento con su formato correspondiente, para ser implementados en la mejora continua de gestión Institucional.

El Comité esta creado, y a medida de las necesidades se ha realizado Actualización al mismo, el cual cuenta con periodicidad mínima para las reuniones..

2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa.

Las Líneas de defensa están definidas y documentadas dentro de la Política de Control Interno, en la cual se establece el MECI como herramienta de evaluación del sistema de control interno, además se define la estructura de las tres líneas de defensa, integrantes de cada una y definen las responsabilidades; a partir del 2019, en articulación con el decreto 1499 del 2017, se formalizó socialización y se encuentra en implementación en forma transversal.

El esquema de líneas de defensa se ha determinado a partir del Comité de Coordinación de Control Interno. Dentro de la Política de Control Interno está plenamente identificadas las responsabilidades de cada uno, igualmente se evidencia que dentro del ciclo PHVA, ha sido redefinida en la política de administración del riesgo, así como su conformación.

En la Política de Administración del Riesgo Frente a las responsabilidades de cada Línea de Defensa en administración del Riesgo, está plenamente definida

2.3 Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa.

La definición de las líneas de defensa, con establecimiento de responsabilidades, incluyendo las líneas de reporte; Con la aplicación de estas líneas de reporte se logra el funcionamiento del Sistema de Control Interno; que para el caso se cuenta definidas dentro de los POAS- PAMEC-CCCI- donde confluyen las cuatro Líneas de defensa.

Es importante mencionar que a partir del establecimiento y enunciación de las líneas de defensa del Sistema de Control Interno, se instituyeron las responsabilidades, donde se evidencia el cumplimiento de los compromisos asumidos por cada Profesional Líder de proceso y conformante de la Línea de defensa pertinente. Además los resultados se socializan en Comité de Gestión y Desempeño, los cuales son evaluados y se socializan para la toma de decisiones.

ESTABLECE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA CON RESPONSABLES, METAS, TIEMPOS QUE FACILITEN EL SEGUIMIENTO Y APLICACIÓN DE CONTROLES QUE GARANTICEN DE FORMA RAZONABLE SU CUMPLIMIENTO. ASÍ MISMO A PARTIR DE LA POLÍTICA DE RIESGO, ESTABLECER SISTEMAS DE GESTIÓN DE RIESGOS Y LAS RESPONSABILIDADES PARA CONTROLAR RIESGOS ESPECÍFICOS BAJO LA SUPERVISIÓN DE LA ALTA DIRECCIÓN.

3.1 Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en

Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.

La Política de administración del riesgo se aprobó mediante resolución 3-2019, posteriormente se actualizó mediante política 342 en Noviembre del 2020. En articulación con esta se mediante resolución se aprobó el procedimiento de administración el riesgo GDP-P-009, proyectado por la Profesional de Planeación, cuyo objetivo es el de Establecer la metodología que permita identificar, analizar, evaluar y definir estrategias que lleven a la prevención y mitigación del riesgo en la institución; este fue establecido en forma integral, para procesos de gestión, seguridad digital, corrupción, asistencial, clínico; aprobado y evaluado el conocimiento, además que se está en la etapa de implementación y evaluación de adherencia.

La Oficina de Control Interno mediante el seguimiento y evaluación ha identificado que Se ha realizado monitoreo y seguimiento a la implementación del mismo en forma tal de EVALUAR LA EFECTIVIDAD de los controles establecidos en la valoración del riesgo identificado por proceso, así como las acciones de tratamiento y el mismo seguimiento a los avances logrados para el segundo semestre del 2020.

Es importante mencionar que aún faltan dos procesos por realizar actualización y así complementar la implementación del procedimiento interno establecido.

3.2 La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.

La Política de actualización en la administración del riesgo se aprobó mediante resolución 342-2020. Además para el año 2020 en el mes de noviembre mediante resolución se aprobó el procedimiento de administración el riesgo el cual fue proyectado por la Profesional de Planeación cuyo objetivo es el de Establecer la metodología que permita identificar, analizar, evaluar y definir estrategias que lleven a la prevención y mitigación del riesgo en la institución, en forma integral para servicios de gestión, asistencial, clínico, este procedimiento fue aprobado y evaluado el conocimiento, además que se está en la etapa de implementación y evaluación de adherencia.

La Oficina de Control Interno mediante el seguimiento y evaluación ha identificado que Se ha realizado monitoreo y seguimiento a la implementación del mismo en forma tal de lograr la evaluación de la efectividad de los controles establecidos, en la valoración del riesgo identificado por proceso, así como las acciones de tratamiento y el mismo seguimiento a los avances logrados para el segundo semestre del 2020

La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo define los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.

Según la Política de administración del riesgo se estableció los niveles de aceptación, lo cual está articulado con la guía de administración del riesgo emitida por EL DAFP en el 2018, sin embargo en forma similar se establecieron estos niveles de aceptación en el procedimiento documentado en octubre del 2020, que a la fecha se está implementando por parte de cada profesional líder de proceso. Es de importancia recalcar que los riesgos de corrupción no contemplan nivel de aceptación, toda vez que la corrupción no puede admitirse en ningún nivel

3.3 Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento.

Salud Sogamoso con base en la Planeación Estratégica define la ruta que guie la Gestión Institucional, Según la Política de Gestión y Desempeño Institucional mediante la documentación de los resultados a los cuales se realiza Evaluación de los Resultados, sin embargo en esta misma se desarrolla el seguimiento y monitoreo de la gestión del Riesgo.

La Evaluación de la planeación estratégica, se realiza en forma permanente; mediante evaluación de indicadores establecidos sobre la gestión en el tablero de indicadores por proceso; Es importante mencionar que se prevén posibles obstáculos, con base en el procedimiento de administración del riesgo. Es necesario referir que se evidencia Revisión y actualización de indicadores para llevar a cabo la evaluación de resultados logrando re direccionar actividades a que haya lugar para la consecución de los objetivos.

COMPROMISO CON LA COMPETENCIA DE TODO EL PERSONAL, POR LO QUE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO TIENE UN CARÁCTER ESTRATÉGICO CON EL DESPLIEGUE DE ACTIVIDADES CLAVE PARA TODO EL CICLO DE VIDA DEL SERVIDOR PÚBLICO –INGRESO, PERMANENCIA Y RETIRO.

4.1 Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano.

La Evaluación se realiza a través del ciclo de vida del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro), de acuerdo con las prioridades estratégicas de la entidad La planeación estratégica de gestión del talento humano de Salud Sogamoso E.S.E., propende por establecer y divulgar las políticas y directrices principales que orientan la planeación de la Gestión del Talento Humano armonizándolas con las contenidas en la planeación estratégica de la institución, para garantizar que se adelanten de manera articulada con los demás procesos de gestión de la entidad, de tal forma que haya coherencia en las actividades que se desarrollan dentro del proceso, las estrategias de la entidad y el Plan de Gestión vigencia 2020 - 2024. Dentro de este desarrollo se evidencia un cumplimiento de la vigencia del 2020 del 97%

Salud Sogamoso E.S.E. establece la Estrategia que contribuye al cumplimiento de los objetivos y metas articulado con el POA Institucional así como la objetividad en los programas, planes y proyectos establecidos. Para la vigencia 2020 dentro de las actividades establecidas en cumplimiento de este indicador se establecen los diferentes cronogramas de actividades (Plan de Capacitaciones, Plan de bienestar Social e incentivos, Plan de Previsión de recurso Humano, Plan de SGSST,) componentes del Plan Estratégico de talento humano acorde a las necesidades identificadas por los mismos colaboradores y en cumplimiento a lineamientos de MIPG con base en el porcentaje de cumplimiento del FURAG y acciones previstas para esta vigencia.

Se desarrollaron actividades que disminuyen las brechas identificadas en los autodiagnósticos en el 2020. Frente a la permanencia del servidor se realizaron las pruebas de tamizaje a los colaboradores de la entidad COVID-19. Se efectuó la aplicación de la Batería de Riesgo Psicosocial. Se elaboró video para los colaboradores denotando la importancia de realizar el autoexamen para prevenir el cáncer de mama.

Se cumplió con el desarrollo de actividades como la ejecución de capacitación de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia de 2020 con temas como: Diversidad Funcional, Procesos y procedimientos de Gestión del ambiente físico, socialización programa de transformación cultural, socialización programa de responsabilidad social, socialización plan de emergencia hospitalario, higiene del sueño en tiempos difíciles, actividad sembrando amigos – sembrando vida, taller brigadas de emergencia, actividad lúdica manejo de emociones y anti stress, socialización procedimientos gestión recursos informáticos, modelo de prestación de servicios de Salud Sogamoso- y temas de acreditación; con apoyo de ARL se efectuaron charlas para fortalecer habilidades comunicativas de liderazgo y trabajo de equipo con los líderes del equipo directivo de igual forma con equipos de trabajo de la ESE.

Es de resaltar que dentro del plan de incentivos y reconocimiento del compromiso de los servidores de la Entidad se entregó anqueta navideña. Se realizó la medición a la adherencia a la ejecución

del plan estratégico de talento Humano con el fin de medir la satisfacción del cliente interno y establecer acciones de mejora.

Falta la medición del Impacto que se genera a raíz de la Evaluación de Planeación estratégica del Talento Humano, el cual se establece para el 202, como indicador de Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano.

4.2 Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal.

Para Salud Sogamoso E.S.E. el talento humano es el activo más importante con el que cuenta por tanto la GETH de acuerdo con el ciclo de vida del servidor público inicia a través de los siguientes Subcomponentes: a) Planeación b) Ingreso c) Desarrollo d) Retiro.

Cada componente se divide en categorías con lo cual se logra obtener un panorama completo e integrado del estado de la GETH.

- La planeación general contempla: la Normatividad, la información, Planeación Estratégica, Manual de funciones.
- Estrategia de Ingreso o Vinculación, mediante esta se ha seleccionado al mejor talento humano para el desarrollo de las diferentes actividades según el plan de selección donde se identifican los mejores perfiles según necesidades de la entidad. Continúa con el proceso de Inducción.
- A través de esta estrategia el Profesional de la GETH vela por la vinculación del mejor talento humano, mediante herramientas de selección que permiten identificar el candidato con las competencias, los conocimientos técnicos y la vocación de servicio requerido, para articular su desempeño con los objetivos institucionales.
- La Estrategia del Procedimiento de retiro cuyo objetivo es el de Estandarizar las actividades requeridas para tramitar el retiro del servicio de quienes estén desempeñando empleos de libre nombramiento y remoción, en provisionalidad y de carrera administrativa en la E.S.E Salud Sogamoso, garantizando plena observancia de las normas y condiciones legales para ello establecidas.

La Oficina de Control Interno, observa que el procedimiento de vinculación se ha destacado por su transparencia, legalidad y prontitud, a través del cumplimiento de los procedimientos establecidos, con el fin de ofrecer el personal competente que aporte a la consecución de las metas, en los diferentes procesos, subprocesos y/o actividades de igual forma se observa el mecanismo de información (matrices de vinculación) los cuales permitan visualizar en tiempo real la planta de personal y contribuir a la toma de decisiones del líder de Talento Humano.

4.3 Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal.

Estrategia de Programa de Bienestar y Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Mediante El desarrollo del Programa de Bienestar Social se ha logrado, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral de los empleados, así como el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia; así como aumento de los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia y efectividad del desempeño del empleado con el servicio de la entidad en la cual labora.

La Entidad busca la Protección y Servicios Sociales y de Calidad de Vida Laboral, para los cuales mediante actividades realizadas a nivel Cultural, Artístico, Recreativos. Prevención y Promoción en Salud: Mediante el seguimiento a la alimentación, sana promoviendo actividades dirigidas control de la salud de los funcionarios que integren acciones de medicina preventiva y medicina del trabajo, teniendo en cuenta que las dos tienden a garantizar el bienestar físico, mental y social de

las personas, protegiéndolas de los factores de riesgo ocupacionales. Según los resultados y recomendaciones (lineamientos ARL, exámenes médicos, evaluación riesgo cardiovascular, encuesta de necesidades de Bienestar y Seguridad y Salud en el Trabajo, Medición de Clima)

Se llevaron a cabo los exámenes de salud ocupacional, practica de los exámenes PSR COVID-19 en periodicidad mensual. Se promulgo el desarrollo de actividades. Implementar programas de actividad física, equilibrio de vida, alimentación sana, creación de una imagen de marca de los programas (crear reconocimiento a primera vista), salario emocional, liderazgo en valores, entorno físico, prevención del riesgo (exámenes médicos), con el objetivo de crear en los servidores una cultura del bienestar y Seguridad y Salud en el Trabajo, que incite al compromiso, la disminución de estrés y toma de consciencia de los riesgos de no practicar hábitos de vida saludables, para mejorar los índices de productividad y cumplimiento de resultados para así enaltecer al servidor público.

A través del programa de Bienestar y el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el año 2020, se enfocan en los diferentes resultados y recomendaciones (lineamientos ARL, exámenes médicos, evaluación riesgo cardiovascular, encuesta de necesidades de Bienestar y Seguridad y Salud en el Trabajo,, Medición de Clima) como línea para el desarrollo de actividades, logrando intervenir en:

Estilo de vida.
Puesto de trabajo.
Salud física.
Riesgo Psicosocial.

La Profesional de SSST, tomo como suya la prevención del riesgo (exámenes médicos), con el objetivo de crear en los servidores una cultura del bienestar y Seguridad y Salud en el Trabajo, que incite al compromiso, la disminución de estrés y toma de consciencia de los riesgos de no practicar hábitos de vida saludables, para mejorar los índices de productividad y cumplimiento de resultados propios de servidor público

4.4 Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa).

Se cuenta con la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano, en la cual se contempla también lo referente a la responsabilidad de Control interno; en la Política de Control interno se establecen los principios de Control: autocontrol, autogestión y autorregulación, además de establecer las líneas que amparan el Modelo estándar de Control Interno y que permiten realizar evaluación de los componentes. Es igualmente importante mencionar la Política de integridad que se articula con el comportamiento del Talento Humano; las políticas han sido socializadas y evaluadas.

La oficina de Control Interno, a pesar de buscar la forma de lograr la adherencia a la implementación por parte de todos los profesionales líderes de proceso, ha sido un poco dispendioso, motivo por el que se hace necesario un poco más de compromiso toda vez que el sistema de control interno está conformado por todo el talento humano liderado por los profesionales líderes de proceso.

4.5 Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal.

Se buscara de la mano de la caja de compensación COMFABOY y la ARL POSITIVA, brindar apoyo emocional y herramientas para afrontar el cambio al que se van a enfrentar aquellos funcionarios que se retiren de la institución por pensión o cualquier otro motivo inesperado.

El objetivo que establece la guía para el retiro de funcionarios, corresponde a la estandarización actividades necesarias para el retiro del servicio en forma de garantizar, la normatividad. En esta se

contemplan las causales de retiros y se establece el procedimiento para llevarlo a cabo el cual se monitorea, y evalúa la efectividad del mismo. La Oficina de Control Interno, cree falta algo de servicio para los ex trabajadores.

4.6 Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación - PIC

Para el Desarrollo, Salud Sogamoso ha definido acciones relacionadas con la capacitación, el bienestar, los incentivos, la seguridad y salud en el trabajo, y en general todas aquellas que procuran el mejoramiento de la productividad y la satisfacción del servidor público con su trabajo y con la entidad, en pro de los usuarios y comunidad en general. Se cumplió con el desarrollo de actividades como la ejecución de capacitación de acuerdo al cronograma establecido para toda la vigencia, dentro de los cuales entre otros se realizaron: Socialización programa de humanización-capacitación del modelo de prestación de servicios de Salud Sogamoso- y temas de acreditación; con apoyo de ARL se efectuaron charlas para fortalecer habilidades comunicativas y de relacionamiento. Se desarrolló actividad ecológica con la recuperación y siembra del parque Iraca. Se elaboró video para nuestros colaboradores de la importancia de realizar el autoexamen para prevenir el cáncer de mama. Celebración día de las profesiones y para las personas que cumplieron se felicitó por medio de cartelera y grupo institucional de igual forma se le concede el día para compartir con la familia.

Se evidencia que dentro del Plan Institucional de Capacitación Salud Sogamoso E.S.E. con el propósito de desarrollar y aprovechar destrezas, habilidades, valores, competencias funcionales y comportamentales del Talento Humano que conforman la entidad y logrando la eficacia del personal, grupal y organizacional y el mejoramiento de la prestación del servicio.

Se ha determinado que según el Plan de Capacitaciones se ha dado cumplimiento, lo cual se evidencia en la medición del indicador, del cronograma establecidos con las diferentes actividades (Plan de Capacitaciones, Plan de bienestar Social e incentivos, Plan de SGSST, que son componentes del Plan Estratégico de talento humano acorde a las necesidades identificadas de los colaboradores y en cumplimiento a lineamientos de MIPG según % de cumplimiento del FURAG y acciones previstas para esta vigencia.

Para el desarrollo del plan de capacitaciones y por la contingencia COVID -19 se desarrolló formación para los profesionales en temas de interés con respecto a la contingencia y a todos los colaboradores en el uso y responsabilidad de los EPP. Se realizaron las pruebas de tamizaje a los colaboradores de la entidad COVID-19. Se realizó la aplicación de la Batería de Riesgo Psicosocial y se da continuidad al apoyo de las actividades y beneficios que presta la Caja de compensación para nuestros funcionarios en cuanto al trámite de créditos de libre inversión y subsidio de vivienda. Es importante mencionar que falta medir el impacto en el desarrollo e implementación del Plan de capacitación

4.7 Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo.

La entidad, con el propósito de prevenir el incumplimiento de la normatividad que reglamenta la contratación institucional, lo cual podría generar faltas disciplinarias, se estableció la observancia de los deberes y obligaciones a cargo de los supervisores y/o interventores de los contratos celebrados, según lo estipula el Manual de contratación GLE-M-001, quien tiene la responsabilidad a partir de la designación por el Representante Legal.

Se observa que dentro de la responsabilidad del supervisor esta la del seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico, generada a partir de la designación realizada mediante oficio por parte de Representante Legal; Para la Entidad esta supervisión adquiere responsabilidad una vez realizada el acta de designación, este caso se presenta cuando los conocimientos requeridos no deban ser especializados, que para tal caso se genera contratación de la Interventoría que se debió realizar en la presente vigencia para Obra Civil

Es necesario que los supervisores realicen, medición y evaluación de los indicadores de productos y servicios contenidos en los contratos supervisados, parte de cada Profesional Líder y/o supervisor

LA ENTIDAD ESTABLECE LÍNEAS DE REPORTE DENTRO DE LA ENTIDAD PARA EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

5.1 Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad.

Salud Sogamoso E.S.E. con base en la Gestión por estándares de proceso, cuyos Profesionales líderes son quienes dirigen las Líneas de Defensa del sistema de Control Interno, dentro de los cuales se han definido indicadores de Medición, que son socializados en Comité de Gestión y Desempeño.

Mediante la generación de reporte se logra Elaborar informes consolidados acorde con los estándares de reporte definidos por la Alta Dirección en los temas clave establecidos, con especial énfasis la gestión del riesgo y su impacto frente al logro de los objetivos. Los Líderes de Proceso Generan reportes a la Oficina Asesora de Planeación, así como a la Oficina de Control Interno en relación con materializaciones de riesgo, a fin de tomar las acciones correspondientes.

En forma similar la Segunda línea de defensa según la generación de reporte, permite Monitorear el seguimiento a los riesgos institucionales y generar reportes que permitan incorporar mejoras, tanto a los riesgos identificados como a los controles aplicados.

Según la Evaluación, al componente de Ambiente de control, que tiene como propósito asegurar le permita a la entidad disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Requiere del compromiso, el liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

El ambiente de control se garantiza cuando Toma en cuenta la estructura de la Entidad, facultades con el fin de asignar la responsabilidad y autoridad en todos los niveles organizacionales incluyendo líneas de reporte,

5.2 La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros.

La Alta Dirección de Salud Sogamoso E.S.E. , analiza la información financiera, basado en el informe de control interno contable, en el conjunto total de los procesos, en los procedimientos, así como el personal que apoya el sistema financiero de la entidad que se llevan a cabo para proporcionar seguridad razonable respecto a la fiabilidad de la información financiera que se publica.

El objetivo de los indicadores es dar a conocer el grado de sistematización del proceso por el cual Salud Sogamoso E.S.E. identifica los riesgos y/o irregularidades en la información financiera.

La veracidad de la información financiera depende de la correcta aplicación de los procedimientos emitidas por la Contaduría General de la Nación referentes a las transacciones económicas, así como a las operaciones menos frecuentes que requieran o que se presentan, en aras de la Presentación de Estados Financieros con criterios de veracidad, toda vez que la Contabilidad financiera, corresponde al instrumento de mayor control social.

La oficina de Control Interno considera que la contabilidad de la Salud Sogamoso E.S.E. aplica y se convierte en un Recurso valioso para el conocimiento y análisis de los recursos que administran, puesto que le permite a los usuarios y a la comunidad en general:

Se realiza Análisis de la procedencia de los ingresos, en un periodo determinado, comparado con otro periodo bajo las mismas características.

Se realiza Análisis de los diferentes conceptos de gastos incurridos por la Entidad cada ejercicio fiscal y su comparación con años anteriores.

Igualmente se realiza el Análisis de las obligaciones de diversa índole que registra la Entidad.

Frente a los resultados de la Vigencia, se realiza Análisis del resultado neto de la vigencia fiscal y su acumulación permanente, así como la clasificación del Patrimonio, y se verifica por tanto la importancia que los usuarios y ciudadanos interesados en el ejercicio del control social.

5.3 Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos.

La línea Estratégica y Primera línea de defensa toman en cuenta los informes presentados por la segunda y tercera línea como insumo para lograr tomar determinaciones que conlleven a la consecución de los objetivos, estrategias, metas institucionales, además que analiza los riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos, toda vez que corresponde a la línea estratégica garantizar el cumplimiento de los planes de la Institución.

Teniendo en cuenta que la línea estratégica brinda un Conjunto de directrices y condiciones mínimas con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno.

Teniendo como soporte la información que brindada por la línea de defensa 2 y la 3 línea, la cual sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. Con lo cual se permite que todos comprendan sus roles y responsabilidades, además de servir como medio para la rendición de cuentas.

En síntesis con la información derivada de estos niveles se busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles.

5.4 Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.

Salud Sogamoso E.S.E., con el propósito de lograr realizar las actividades que conduzcan al logro de los objetivos planteados en la Planeación Operativa, en el marco de los valores del servicio público; ha establecido objetivos por proceso medibles, alcanzables, priorizando la resolución de necesidades de los usuarios y en búsqueda del cumplimiento de los objetivos de MIPG. Por lo que para la vigencia 2020 se está verificando la efectividad en la caracterización de los mismos.

El Establecer los aspectos clave en relación con la estructura de control requerida para una mayor efectividad del Sistema de Gestión.

COMPONENTE EVALUACION DEL RIESGO

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS CON SUFICIENTE CLARIDAD PARA IDENTIFICAR Y EVALUAR LOS RIESGOS RELACIONADOS: I)ESTRATÉGICOS; II)OPERATIVOS; III)LEGALES Y PRESUPUESTALES; IV)DE INFORMACIÓN FINANCIERA Y NO FINANCIERA.

6.1 La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos.

Salud Sogamoso E.S.E. en el direccionamiento estratégico formulado para el lapso 2020-2024, en el cual se establecen y definen los objetivos estratégicos; con base en los cuales se realiza la formulación de los objetivos operativos para el desempeño Institucional, los cuales son monitoreados, socializados y evaluados en periodos bimensuales, mediante el tablero de indicadores; naturalizado por cada Profesional Líder, en Comité de Gestión y Desempeño. Cuenta con mecanismos como el manual de Direccionamiento estratégico, GDP-M-001, GDP-P-004 Elaboración e Implementación del tablero del Plan de Gestión.

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con el procedimiento Formulación, seguimiento y evaluación del Plan operativo Anual, GDP-P-007 V3 27-08-2019, cuyo objetivo es el de Establecer los lineamientos para la formulación y seguimiento de los planes Operativos, como herramienta gerencial que

permita planificar, organizar, controlar, verificar y retroalimentar las actividades enfocadas a la consecución de los objetivos y Meta Institucional; enmarcados en el Plan de Gestión y Plan de desarrollo los cuales se formula para el cuatrienio; Determinando la articulación de la planeación estratégica con el esquema de operación de la Entidad. Con lo cual se observa que los objetivos estratégicos se constituyen en el mecanismo de articulación, y alineación con la misión y objetivos por cada proceso de la entidad.

6.2 Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo.

Salud Sogamoso E.S.E., desarrolla su Gestión por procesos, los cuales se encuentran alineados con el direccionamiento estratégico y Planeación institucional, cuenta con políticas Institucionales que le permiten realizar las actividades en la consecución de los resultados propuestos y lograr los objetivos establecidos en la Planeación Institucional; Sin embargo en forma de lograr la Actualización, la eficiencia, la productividad y la generación de valor público, en forma permanente realiza adherencia a los diferentes procesos, procedimientos, formatos y formulaciones que requiere la Entidad

Salud Sogamoso E.S.E., enfocada en brindar a la Entidad, las orientaciones para lograr alinear el direccionamiento estratégico y planeación, con una estructura organizacional y un modelo de procesos que facilite la operación, ha adoptado la Gestión por procesos, lo cual permite mejora de actividades orientadas a la prestación del servicio de salud y a los resultados; objetivo medible, alcanzable en periodos relativamente cortos. Es importante mencionar que para ello se basa en las políticas Institucionales que aplican como son: a) Política de austeridad del gasto, Política y Manual de Seguridad Digital, Política de Defensa Jurídica, Política de Integridad, Política Servicio al Ciudadano, las cuales son evaluadas por cada profesional líder de proceso .

6.3 La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.

En Salud Sogamoso E.S.E. se evalúa periódicamente los objetivos, analizando su consistencia y oportunidad. Por medio del seguimiento y evaluación del POAS Institucional, el cual se realiza seguimiento en periodos bimensuales, permitiendo a la Entidad establecer su oportunidad eficacia y efectividad. Cada líder de Proceso realiza revisión permanente para verificar la consecución de los objetivos establecidos. El seguimiento se realiza mediante socialización en Comité de Gestión y desempeño, mediante el tablero de indicadores por proceso. Cada Profesional líder de proceso realiza informes en formato preestablecido, lo cual tiene seguimiento por parte de la profesional líder de Planeación y Gerencia. La presentación y el informe al igual que el tablero de indicadores por proceso, quedan como soporte del acta levantada en el Comité de Gestión, lo cual es insumo del informe de PDI.

Las tres líneas de defensa, verifican el cumplimiento al logro de los objetivos, metas, proyectos establecidos, lo cual se realiza en la participación de todos los profesionales líderes de proceso como conformantes del Comité de Gestión y Desempeño, en cuya reunión se realiza monitoreo, medición, evaluación y seguimiento al cumplimiento de los indicadores, en periodos preestablecidos de forma bimensual; todo se socializa donde cada líder realiza presentación y sustentación de sus logros, en pro del ciclo PHVA donde además se toman determinaciones en caso de no haber alcanzado el logro de la meta establecidas por indicador según el periodo para su medición.

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGOS (ANALIZA FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS; IMPLICA A LOS NIVELES APROPIADOS DE LA DIRECCIÓN; DETERMINA CÓMO RESPONDER A LOS RIESGOS; DETERMINA LA IMPORTANCIA DE LOS RIESGOS).

7.1 Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio.

Salud Sogamoso E.S.E., ha establecido la política de administración del riesgo que tiene como objetivo la definición de la metodología para la administración del riesgo, orientada a minimizar la ocurrencia, a la vez que mitigar el impacto en caso de materialización en pro del logro de los objetivos institucionales. Resol 3 del 2019. Además como complemento se documentó el procedimiento GDP-P-009 Versión 0 de 26 -10-2020; su alcance va Desde: La revisión de los lineamientos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos Hasta: el seguimiento al impacto de las acciones para el tratamiento de los Riesgos.

Mediante resolución 03 del 2019 se estableció la política de administración del riesgo, la cual posteriormente se actualizó mediante resolución 342 del 2020; todo lo cual se hace con el objetivo de articular la guía de riesgos del 2018, así como con el decreto 1499 del 2017 frente a los lineamientos y metodología; Dentro del análisis de la política que aunada con el procedimiento se establece implícitamente que la promoción de la administración del riesgo como componente fundamental para la Entidad, compete a la Alta dirección (Línea Estratégica y Primera Línea de defensa), así como el seguimiento al cumplimiento de la política, estableciendo acciones de mejora a las posibles desviaciones.

La capacitación, Monitoreo y consolidación del Mapa, corresponde a la Segunda Línea de Defensa y la Evaluación.

La tercera Línea de defensa le corresponde la verificación de la correcta formulación y efectividad de los controles, así como seguimiento a las actividades de tratamiento establecidas.

7.2 La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo.

Salud Sogamoso E.S.E., mediante la Profesional líder de Planeación, realiza seguimiento a la matriz del mapa de riesgo (para procesos de gestión, seguridad digital, corrupción, asistencial, clínico;) por proceso, quien posteriormente realiza consolidación del mismo, para realizar la socialización ante los diferentes Profesionales líderes de proceso, con lo cual se busca lograr un adecuado y efectivo monitoreo y análisis

La Administración del Riesgo, la realiza cada profesional líder de proceso sin embargo quien consolida es la Profesional Líder de Planeación, con el objetivo de la identificación de cualquier tipo de riesgo en relación con todas las actividades de la Entidad, quien mediante la Matriz diseñada en forma sencilla, flexible, permite realizar comparaciones en pro de establecer diagnóstico por proceso, subproceso u actividad en forma tal de lograr una rápida identificación de las prioridades que deben ser atendidas, con lo cual se coadyuva en la toma de decisiones.

7.3 A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo.

Con base en la formulación y consolidación de la matriz de riesgos por proceso realizada por la Segunda Línea de defensa y dentro de la misma matriz que consta de: una hoja de tratamiento donde se establecen las acciones de tratamiento a seguir en forma tal de lograr mitigar los riesgos, las cuales deben establecer un tiempo determinado para su realización teniendo en cuenta el cumplimiento del ciclo PHVA. Sin embargo se establecen prioridades dentro del mapa de riesgo para aquellas actividades que dentro del mapa de calor se encuentran clasificadas en la zona de riesgo extremo y/o alto.

La Profesional de la Oficina de Control Interno, asiste a los comités de Gestión y desempeño se asesora y acompaña como rol preventivo. De igual manera se expide evaluación del diseño y efectividad de controles de los mapas de riesgos de Gestión. Se realiza evaluación y seguimiento de los resultados del seguimiento del mapa de riesgos de corrupción.

7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.

Debido a que se tiene documentado el procedimiento de Gestión y administración del riesgo; se revisa y se determina el porqué de ocurrencia de materialización, y se establecen los momentos en que se generó el riesgo, en forma de lograr instituir responsabilidades, y determinar el plan de acciones a realizar haciéndole seguimiento permanente y tener vigilancia a las actividades.

La Profesional de Planeación y la profesional de la Oficina de Control Interno asisten, a los comités de Gestión y Desempeño y se asesora y acompaña como rol preventivo. De igual manera se expide evaluación del diseño y efectividad de controles de los mapas de riesgos.

Los Líderes de Proceso como administradores de la Gestión del riesgo, quienes en conjunto con la segunda línea de defensa en caso de determinar la materialización de riesgos previstos o no, son quienes realizan actualización al mapa de riesgos, basados en históricos o en actividades nuevas que puedan conllevar la ocurrencia del mismo.

7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.

Se definen acciones en los puntos de control del mapa de riesgos, pero estaría pendiente el seguimiento y evaluación de los mismos. Quedando aplazado la apropiación y total adherencia por parte de los diferentes procesos para su implementación.

Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el procedimiento aprobado en octubre del 2020, con el cual se establecieron los riesgos por cada proceso, además se establecieron acciones con tiempos determinados y sobre los cuales se hizo seguimiento y evaluación de las correspondientes en el último bimestre 2020.

El seguimiento al plan de Acción definido por parte de cada Profesional líder de proceso lo realiza el mismo buscando la correcta administración y Gestión del riesgo en pro de evitar su materialización. Es importante mencionar que aún se tienen debilidades en su ejecución como se registra en los informes por parte de las diferentes líneas de defensa.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRAUDE O CORRUPCIÓN. CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 73 DE LA LEY 1474 DE 2011, RELACIONADO CON LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

8.1 La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción.

Los Riesgos de Corrupción aprobados en la Matriz de Riesgos en los procesos susceptibles de corrupción son proyectados por cada Profesional líder de proceso, revisado por la Profesional de Planeación, aprobado en Comité de Gestión y desempeño. La Profesional líder de Planeación realiza análisis del entorno interno y externo definiendo herramientas para abordar los posibles escenarios de corrupción, tales como: Mapa de riesgos de Corrupción, PAAC, Adherencia a la Resolución de Código de Integridad.

Mediante la continuación de la Evaluación en el Comité de Coordinación de Control Interno, derivado del rol de las líneas de defensa: durante esta etapa se identifican en forma detallada, ya que es importante la identificación del Mapa de riesgos de Corrupción, lo cual configura parte del plan Anticorrupción el cual debe ser administrado.

Mediante el monitoreo permanente con su Equipo de profesionales Líderes (Primera línea de defensa) verifica que no se consoliden riesgos de corrupción que puedan atentar al logro de los objetivos de Gestión y misionales. Para lo cual se establecen responsabilidades directas al nivel directivo y segunda línea de defensa, para que se tomen los controles preventivos oportunos.

El monitoreo se realiza por parte de la Oficina de Planeación además del seguimiento por parte de la Oficina

8.2 La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo.

Se continúa con el seguimiento en Salud Sogamoso E.S.E. a través de los Líderes de Proceso (Primera y Segunda Línea de Defensa) está en permanente monitoreo, revisión, contención y evaluación de los riesgos de Corrupción, toda vez que según la Política de Administración del Riesgo establecida dentro de la Entidad, no se acepta ningún nivel de Riesgo de Corrupción. Adicionalmente, se tiene la evaluación y aportes de Control Interno sobre los riesgos de corrupción. Según el Procedimiento de Administración del riesgo establece la periodicidad, frente la revisión de los riesgos de corrupción así como su tratamiento.

El seguimiento de riesgos de corrupción es cuatrimestral, así como la evaluación por parte de la profesional de la oficina de control interno.

8.3 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.

Para efectos de los controles establecidos en la administración del riesgo de Corrupción, se tiene segregado a todo nivel de la Entidad, en forma de evitar alguna materialización. Efectivamente la entidad desarrolla y controla sus actividades definidas para cada miembro del talento humano en el manual específico de funciones y competencias laborales.

Salud Sogamoso E.S.E., para establecer aplicaciones concretas de las opciones del manejo de los riesgos, los que deben lograr prevenirlos o reducirlos, logrando buen manejo en la administración de los riesgos administrativos.

La matriz de riesgos se monitorea en forma permanente, para verificar si es necesario su actualización, así como el avance de las acciones establecidas en el tratamiento a través de los procedimientos por parte de las líneas de defensa

8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.

Se evidencia el seguimiento, análisis y evaluación por parte de la Profesional de Planeación frente a su diseño y ejecución incluso valoración para lograr que se definan adecuadamente las actividades en su plan de tratamiento

La Oficina de control Interno propende por incrementar evaluar la implementación y ejecución de los controles para realizar la evaluación de las fallas en los controles en su diseño y ejecución en el Comité de Coordinación de Control Interno. Control Interno realiza y enfatiza la evaluación del diseño y ejecución de los controles.

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CAMBIOS SIGNIFICATIVOS.

9.1 Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.

Mediante la Política de Administración del riesgo establecida en Salud Sogamoso E.S.E. junto con el procedimiento de administración del riesgo, con lo cual se busca la Actualización y documentación permanente de los factores que afectan la consecución de los objetivos institucionales.

Se realiza la revisión continua de los riesgos identificados y por ende de los factores internos y externos que los afectan, lo cual se documenta permanentemente, logrando actualizar la matriz previa la revisión por parte de la profesional líder de Planeación y así conseguir la actualización de los mismos procesos.

Salud Sogamoso E.S.E., identifica los factores que pueden afectar el logro de objetivos, en forma de lograr el re direccionamiento y así priorizar variables que facilitan caracterizar, segmentar, y reconocer sus diferentes grupos de valor, y en especial sus derechos, necesidades y problemas. Se determina el diseño de mecanismos que promuevan la participación de todos los actores y de la misma participación ciudadana en la planeación, en su facilitación, promoviendo así la participación en asuntos de su competencia. Se recomienda llevar estos análisis y verificaciones al CICC.

9.2 La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.

La Política de Administración del riesgo de Salud Sogamoso E.S.E, está orientada al monitoreo por parte del Profesional Líder de cada proceso como administradores del mismo. Lo cual se realiza en forma permanente, con informes periódicos, aunada con el procedimiento de administración del riesgo establecida por la Entidad, se logra mayor adherencia.

Según el Manual de Contratación GCM-M001, en su artículo 2 contempla el establecimiento de los riesgos, el cual está orientada al monitoreo por parte del Profesional Líder de cada proceso como administradores del mismo, con lo cual se pretende lograr que los procesos contractuales para adquisición de bienes, servicios y obra pública que requiera la entidad, sean eficaces y eficientes a partir de la etapa de planeación, y así hasta la liquidación del contrato, buscando con ello el estricto cumplimiento de los principios de la contratación estatal y la función administrativa con el objetivo de mitigar, controlar y eliminar los riesgos que como consecuencia de la contratación, puedan resultar comprometiendo la responsabilidad de la E.S.E.

El seguimiento a los mismos se realiza en periodos bimestrales y se consolida en periodos cuatrimestrales periodos cuatrimestrales.

9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.

Los Líderes de proceso revisan constantemente las condiciones de los riesgos aceptados, teniendo adherencia a la política del riesgo y el procedimiento establecido para la administración del riesgo, mostrando las actualizaciones de la matriz por cada proceso, según los resultados de cada medición detección. Así mismo exige el cumplimiento de las directrices impartidas a través de la Política de Administración del Riesgo.

Sin embargo se evidencia que los Profesionales líderes de proceso, mediante el monitoreo, seguimiento y autoevaluación, determinan y verifican la pertinencia; con lo cual se procede a realizar los ajustes necesarios, sin embargo esta situación debe ser socializada en Comité de Gestión y Desempeño.

9.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.

Según los seguimientos y autoevaluaciones realizados por parte de los Profesionales Líderes de procesos a los controles, con los que se verifica las posibles no conformidades en el diseño, así como la comprobación en la apropiada ejecución que realiza en forma permanente por parte de la Profesional Líder de planeación, logrando con ello la realización de correcciones pertinentes.

Se evidencia en forma permanente que la Segunda Línea de defensa en cabeza de la Profesional líder de planeación genere informes de evaluación de diseño y ejecución; se hace seguimiento y se da cumplimiento al control establecido.

9.5 La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales

Salud Sogamoso E.S.E. Analiza el impacto de los cambios en los diferentes niveles organizacionales a través de la actualización de procedimientos establecidos de Gestión del Cambio. Además la entidad analiza de manera informal el impacto sobre el sistema de control interno por los diferentes cambios en los niveles organizacionales.

Salud Sogamoso E.S.E. Mediante una buena política, y el procedimiento de administración del riesgo busca la prevención de riesgos, de diseño de controles, de implementación de los principios básicos del sistema de control interno, que aseguren y faciliten un buen desarrollo de los objetivos misionales.

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

DISEÑO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE CONTROL (INTEGRA EL DESARROLLO DE CONTROLES CON LA EVALUACIÓN DE RIESGOS; TIENE EN CUENTA A QUÉ NIVEL SE APLICAN LAS ACTIVIDADES; FACILITA LA SEGREGACIÓN DE FUNCIONES).

10.1 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con la adecuada división de las funciones establecidas mediante acto administrativo, por el cual se designan las funciones laborales para el equipo de talento humano, las cuales se encuentran segregadas en diferentes personas para reducir y mitigar los riesgos según su tipología de alto impacto en todas las operaciones administrativas que se adelantan en la entidad, producto del desarrollo de los objetivos Institucionales establecidos. Verificación en página Intranet, Manual de funciones.

En Salud Sogamoso E.S.E., Se identifica la designación de funciones, bajo la normatividad establecida, por lo que cada actividad tiene su responsable, sin embargo los riesgos son administrados por los Profesionales líderes de proceso, y son ellos quienes establecen las actividades de control en los diferentes proceso Institucionales además que las subgerencias administrativa financiera y la subgerencia de prestación de servicios son quienes logran la articulación y segregación de funciones en debido caso. En las auditorías se verifican la ejecución de las funciones establecidas en el manual de funciones.

10.2 se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej.: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.

Se han identificado situaciones en las cuales se presentan inconvenientes en una adecuada segregación de funciones, pero éstas no han sido documentadas. En algunas ocasiones se toman acciones como la aplicación de herramientas informáticas, tal como la realización de nómina, sin embargo no es suficiente.

La tercera línea evalúa el establecimiento y segregación de funciones se ha evidenciado en algunos momentos falta personal para el desarrollo apropiado de las actividades en forma oportuna.

10.3 el diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se integran de forma adecuada a la estructura de control de la entidad.

Las normas internacionales están integradas al sistema de control de la entidad, tal como se puede evidenciar en la documentación, la cual se basa en la normatividad de calidad, y se desprende de la ISO, de otra parte se trabaja bajo el Manual de certificación de calidad para entidades de salud.

La Entidad ha realizado un trabajo articulado en todas las áreas y procesos, en forma que se logre en conjunto con el desarrollador de los software, lo cual conlleva a la integración de todos los procedimientos de forma transversal y adecuada en toda la entidad, como es el caso del software de correspondencia y el proceso de acreditación que se está implementando en la empresa.

Salud Sogamoso E.S.E., contempla el sistema de Gestión por procesos, lo cual garantiza que su funcionamiento corresponde a un engranaje funcional, sin embargo cada profesional tiene sus funciones y liderazgo asignado y cada uno conoce su rol, permitiendo la interrelación, busca el beneficio común.

Los procesos se miden; se establecen objetivos e indicadores para cada uno de ellos. Se promueve la mejora continua de los procesos. Todo lo anterior es enfocado a buscar la certificación de calidad.

SELECCIONAR Y DESARROLLA CONTROLES GENERALES SOBRE TI PARA APOYAR LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS .

11.1 la entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías.

Selecciona y desarrolla controles generales sobre tecnología

Salud Sogamoso E.S.E. desarrolla actividades de control general sobre la tecnología para apoyar el cumplimiento de los objetivos. Estas actividades podrían mencionarse de dos formas: a) de apoyo y b) automatizadas.

Si bien se indica que el manual de infraestructura tecnológica se encuentra en permanente actualización, según la página web en la sección de Transparencia, se encuentra publicado todo lo correspondiente a los recursos informáticos, la cual es actualizada.

Las actividades de control en los sistemas de información como procedimientos y/o manuales que permiten garantizar el funcionamiento continuo y correcto del sistema de información, que pueden ser **generales**: mediante seguridad de la administración, desarrollo y mantenimiento de sistemas de información, adquisición y mantenimiento de software, control de acceso y controles de **aplicación**: Mediante los cuales se asegura el correcto funcionamiento. El sistema debe dar apoyo y controlar todas las actividades de la organización como registrar y supervisar las actividades y eventos que ocurran, además de mantener registros financieros.

11.2 para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios.

Salud Sogamoso E.S.E. no tiene establecido formalmente actividades de control internos sobre actividades realizadas por proveedores de servicios, ya que no se cuenta con un manual de procesos y procedimientos administrativos para tal fin, sin embargo se establecen actividades de control de infraestructura que se encuentran registradas en el manual de Gerencia y Seguridad de la Información, en las políticas de seguridad de la información y protección de datos personales, Plan de seguridad y privacidad de la información, Política de tratamiento de datos personales, Política de Gobierno digital, Plan Estratégico de tecnología de la información, Plan de tratamiento de riesgos de la información Mientras las actividades que realizan los proveedores se controlan por

medio de las cláusulas contractuales de confidencialidad y tratamiento de datos personales, igualmente se cuenta con supervisor de contratos

La Oficina de Control Interno determina que las actividades de control sobre la infraestructura tecnológica y se registran mediante los indicadores de gestión establecidos en el POAS, además que se verifican la documentación de las políticas pertinentes a la seguridad de la información y la protección de datos personales; todo esta compilado en el Manual de Gestión de la Tecnología, cuenta con indicadores de medición de Gestión; sin embargo es importante que este proceso corresponde a una dinámica muy grande casi que a diario.

11.3 Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.

Para acceder a los sistemas de Información como CNT la entidad tiene en cuenta roles o perfiles para tal fin. Se cuenta con la alianza de usuarios constituida legalmente, y nombramiento de espacios de participación social que cuenta con la participación de usuarios (Junta directiva, comité de ética hospitalaria). El objetivo del Plan Estratégico de Tecnología de la información, es la de establecer las estrategias y acciones orientadas a implementar la gestión de las Tecnologías de la información acorde a las necesidades de Salud Sogamoso E.S.E. de manera que genere valor en cada uno de sus procesos y alineados con las metas y objetivos institucionales

La matriz de roles y usuarios es manejada por los ingenieros de informática, en la cual se evidencia la variable corresponde al objeto de autorización, las características corresponden a la compilación de los tipos de permisos que internamente puede tener el funcionario dependiendo de su rol, Validar que los objetos de autorización críticos del sistema cuenten con solo actividad de visualizar o de manejo, según su desempeño. El proceso de recursos informáticos, con ello procura el apoyo al cumplimiento de los objetivos misionales propuestos en el plan de desarrollo y estratégico institucional desde la solicitud y análisis de las necesidades de información hasta la entrega en producción.

11.4 Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan.

La tercera línea de defensa mediante el seguimiento a los controles establecidos en el manual de contratación y los inherentes a la actividad a realizar, según las auditorías realizadas donde deja la evaluación, la información básica de la tercera línea de defensa, por no contar con procedimientos documentados, que maneje ruta de controles, con lo cual se lograría determinar en cada caso, se efectúa el control por monitoreo y seguimiento preventivo a los riesgos.

Salud Sogamoso E.S.E. a nivel externo cuenta con proveedores de tecnología, con quienes se celebra relación contractual, la cual mantiene adherencia al manual de contratación en el que se contemplan los riesgos inherentes a los que se realiza monitoreo, seguimiento evaluación con el objetivo de no permitir la materialización de los mismos.

DESPLIEGUE DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS (ESTABLECE RESPONSABILIDADES SOBRE LA EJECUCIÓN DE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS; ADOPTA MEDIDAS CORRECTIVAS; REVISAS LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS).

12.1 Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivas, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.

Salud Sogamoso E.S.E., con el propósito de lograr la acreditación en salud mediante proceso de autoevaluación interna y revisión de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario, situación por lo que la Línea Estratégica se ha trazado una serie de objetivos, dentro de los cuales está la de la evaluación, actualización de procedimientos, políticas, manuales, guías, formatos y otras herramientas necesarias en pro de lograr estándares óptimos.

La evaluación y actualización de los procesos para garantizar la adecuada aplicación de las actividades de control corresponde a los Profesionales Líderes de Proceso. De otra parte se tiene definida tal directriz en el procedimiento de Control de Documentos, desde el proceso de calidad, los cuales están en revisión permanente, para lograr la actualización a medida que se necesita.

12.2 El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo.

Salud Sogamoso E.S.E., mediante el seguimiento monitoreo y administración de la matriz del riesgo, donde se determinan los controles, se evalúa su efectividad y el plan de acción correspondiente.

Según la Política de administración del riesgo y el procedimiento del mismo se identifican los riesgos iniciales, a los cuales se les establecen los controles y estos son evaluados para verificar la efectividad de los mismos.

12.3 Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.

Salud Sogamoso E.S.E. acorde a la visión institucional, viene adelantando procesos de mejoramiento continuo, enfocados e garantizar servicios de salud con estándares de excelencia, por tal motivo se hizo necesario unificar los lineamientos sobre la administración de todos los tipos de riesgos que se aplican en la entidad con el fin de facilitar la identificación y valoración de cada uno de ellos, mediante el procedimiento GMP-P- 009 del 2020.

Según el procedimiento, Una vez se aplican el conjunto de controles al riesgo, debe monitorear nuevamente el riesgo residual y verificar si realmente obtuvo desplazamiento del mismo según la afectación de la probabilidad de ocurrencia y/o del impacto que podría afectar los objetivos institucionales los cuales serán resultados del mapa de calor residual, con lo cual se establecen actividades a seguir, así como el cronograma, seguimiento y evaluación de las mismas.

12.4 Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados

Según la Política de administración del riesgo en su artículo noveno, establece los niveles de responsabilidad, en la cual los profesionales líderes de proceso son los responsables de realizar la supervisión en la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en el diario quehacer, y su responsabilidad frente a la detección de las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar.

La oficina de control interno evidencia que los líderes de proceso son quienes deben realizar la autoevaluación frente a la correcta implementación de los controles, identificando aquellos que no conllevan la eficiencia y efectividad ante el logro de los objetivos institucionales. Es importante realizar una nota para este caso y es que no se realiza en forma permanente, por lo cual se convoca a los líderes de proceso a la realización en forma continua, ya que estos pueden variar de un día a otro.

12.5 Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño.

En la Política de Administración del riesgo establece realizar la evaluación de los controles, los cuales deben ser congruentes según la especificidad de cada proceso, con base en los requerimientos internos y externos.

La adecuación de los controles se realiza posterior a la evaluación articulada con el Manual de acreditación, según la información encontrada, evaluada y administrada por los profesionales líderes de proceso.

Además de evaluar que los riesgos sean consistentes. Es necesario que los Profesionales Líderes de proceso promuevan el ejercicio de autoevaluación, mediante lo cual se establezca la eficiencia, eficacia y efectividad en la mitigación del riesgo.

COMPONENTE DE INFORMACION Y COMUNICACION

UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN RELEVANTE (IDENTIFICA REQUISITOS DE INFORMACIÓN; CAPTA FUENTES DE DATOS INTERNAS Y EXTERNAS; PROCESA DATOS RELEVANTES Y LOS TRANSFORMA EN INFORMACIÓN).

13.1 La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos.

Mediante el procedimiento GRI-P-009 que busca Centralizar la información con la creación del banco de datos en desarrollo de la minería de los mismos para almacenar los archivos fuente usados en la generación de informes para entes externos e internos garantizando la seguridad de la información y permitiendo el registro de la interpretación estadística.

Plan Estratégico de Tecnologías de la Información

Plan de tratamiento de Riesgos de la información

Se cuenta con la página Web e Intranet para entrega de información a partes interesadas

Para Salud Sogamoso E.S.E. es importante señalar que tanto los sistemas de información misionales como de apoyo a la gestión, están diseñados conforme a las necesidades de los usuarios para el tratamiento de información; lo cual se identifica con los procesos y procedimientos establecidos para ello como son: Manual de Gerencia y Seguridad de la Información, Adopción, Plan Seguridad y Privacidad de la Información, Política de Tratamiento de Datos Personales, Política de Gobierno Digital,

13.2 La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización

La entidad cuenta con el Procedimiento Gestión de Activos de Información, lo cual permite mantener los registros de activos siendo una de las tipologías "información", este procedimiento contempla la actualización permanente de la información interna de Salud Sogamoso E.S.E. El registro vigente para la fecha, del inventario de activos puede ser consultado en la página web del Salud Sogamoso E.S.E., en el link - <https://www.saludsogamoso.gov.co/wp-content/uploads/2020/12/Resolucion-362-Actualiza-el-Registro-de-Activos-de-informacion-y-el-Indice-de-Informacion-Clasificada-y-Reservada.pdf..>

La OCI evidenció que los activos de información están actualizados a 2020, dando cumplimiento a la resolución 362 de diciembre 11 del 2020, mediante la cual se realiza la actualización de los activos de información.

13.3 La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento

Las áreas administrativas y misionales materializan sus servicios por medio de información consignada en documentos (físicos o digitales), por lo que los procedimientos, guías e instructivos

relacionados con los servicios de la entidad y que hacen parte del Procedimiento de Gestión Documental y son el soporte de las fuentes de datos internas.

El procedimiento de Gestión Documental integra asistencial y administrativo en cumplimiento de la Misión empresarial, se tiene un sistema único de Ventanilla, de radicación de documentos que permite el control de las entradas y salidas de documentos, con la parametrización de los tiempos de respuesta de acuerdo a la Ley

13.4 La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes.

Mediante la implementación del Manual de Gerencia y Seguridad de la Información, Código. GRI-M-001 Versión 6 de 13-09-2019 en el cual se Establece el mecanismo de interacción colaborativo entre personas, recursos informáticos y procedimientos orientados a la identificación de las necesidades de información para garantizar la operación de la empresa atendiendo a su estructura organizacional, con el fin de seleccionar, recopilar, analizar, administrar y garantizar la seguridad de los datos e información clave para dirigir y mejorar el desempeño y competitividad de la entidad. Plan Estratégico de Seguridad de la Información Código. GRI-P-013, Versión 1 Fecha. 31/01/2020. Política de Tratamiento y protección de Datos personales Res. 152 del 2018, Política de Gobierno Digital Res.316 del 2018, Plan de Tratamiento de riesgos de Seguridad de la Información. Lineamientos y directrices para manejo de información por trabajo en casa. Procedimiento de Back Ups y restauración de información en equipos de cómputo y servidores, PROCEDIMIENTO GENERACION COPIAS DE SEGURIDAD GRI-P-005 , formato de SEGUIMIENTO COPIAS DE SEGURIDAD, GRI-F-005, Formato de SEGUIMIENTO RESTAURACION COPIAS SEGURIDAD, Formato de SEGUIMIENTO A FALLAS.

La entidad ha desarrollado y continúa en el desarrollo e implementación parcial y paulatina de actividades relacionadas al control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes. Es una tarea primordial para la primera y segunda línea, en cabeza del Representante Legal, adoptar y mejorar los mecanismos relacionados con el ámbito amplio de fuentes de datos, para la captura y procesamiento de información clave para la consecución de metas y objetivos. Además de la documentación revisada y evaluada se cuenta con el plan de contingencia de recursos informáticos; para el caso de información de pérdida de información, GRI-P- 006 PLAN DE CONTINGENCIA RECURSOS INFORMÁTICOS

COMUNICACIÓN INTERNA (SE COMUNICA CON EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO O SU EQUIVALENTE; FACILITA LÍNEAS DE COMUNICACIÓN EN TODOS LOS NIVELES; SELECCIONA EL MÉTODO DE COMUNICACIÓN PERTINENTE).

14.1 Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entienda su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).

.Se evidencia en los siguientes documentos que se encuentran en Listado Maestro de Documentos, Plan de Medios comunicaciones internas: Plan de Medios. Código. GMA-P-001 Versión. 03 Fecha. 23/04/2018. Procedimiento de Comunicaciones GMA-P-005 Versión 01 de Marzo 2019. GMA-F-004 Versión 1 de Junio 2019. Procedimiento de Ambientación de espacios GMA-P-007, Procedimiento Rueda de Prensa GMA-P-006. Lista de Chequeo ley de Transparencia y acceso a la información publica de salud Sogamoso E.S.E. GMA-F-004, GMA-F-004 Versión 1 de 2019. Para dar cumplimiento a este lineamiento se han realizado actividades de comunicación de los profesionales líderes con todos los colaboradores de trabajo para mejorar la comunicación institucional y se han analizado los resultados, pero no bajo el marco del CICCI. Los canales de información del SALUD SOGAMOSO E.S.E., mediante el cumplimiento de la Matriz ITA se dan a conocer los avances y cumplimientos de los objetivos y metas estratégicas.

Estructurar e implementar el procedimiento de comunicaciones, que garantice una Información eficaz y asertiva, dando respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa de Salud Sogamoso E.S.E.

14.2 La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad).

Salud Sogamoso E.S.E., mediante resolución 285 de 2019, por medio de la cual se adopta el manual de Gerencia y Seguridad de la Información, por medio del cual se establecen las directrices, formatos, proceso, procedimientos y demás normas que rigen a las E.S.E. Relacionado con la administración y seguridad de la información.

Además del Manual de seguridad de la Información, se cuenta con el Proceso de Gestion Documental, Implementación de TRD, proceso de Gestion Documental, de donde se lidera lo pertinente a la Información, y es ella quien Exige la implementación de TRD, y cada profesional Líder de proceso son los responsables de su implementación en su área, Todos conocedores de la importancia del cliente interno.

14.3 La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos.

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con el buzón de sugerencias, buzón de humanización, Pagina Web, Intranet, Ventanilla Única de correspondencia y el correo saludsogamoso@yahoo.com a través de cualquiera de estos canales, es posible interponer quejas, reclamos y/o sugerencias.

Se cuenta con línea, diferentes canales de información virtual y/o modalidades de interposición de quejas, de denuncias pero explícitamente no hace referencia a denuncias internas. Además las QRS, internas es posible a través del procedimiento de Buzón Interno.

14.4 La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva

PROCEDIMIENTO COMUNICACIONES GMA-P-005 cuyo objetivo corresponde transmitir de manera veraz, asertiva y oportuna, a clientes internos y externos de Salud Sogamoso la información general de acuerdo a las necesidades de información requeridas por proceso. Política de comunicaciones, Plan de medios?

Se cuenta con procedimientos de comunicaciones. Se identifican los correos electrónicos de las cuales se estable las comunicaciones oficiales para los servidores públicos de noticias de Salud Sogamoso E.S.E. Se cuenta con un correo para COMUNICACIONE SINTERNAS, ADEMAS SE CUENTA CON LOS GRUPOS DE WATSAP ES TABLECIDOS, Se cuenta con un grupo general de WhatsApp administrado por la profesional de comunicaciones quien es la única que puede realizar las comunicaciones institucionales.

COMUNICACIÓN CON EL EXTERIOR (SE COMUNICA CON LOS GRUPOS DE VALOR Y CON TERCEROS EXTERNOS INTERESADOS; FACILITA LÍNEAS DE COMUNICACIÓN).

15.1 La entidad desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos. Incluye contratistas y proveedores de servicios tercer izados (cuando aplique).

Salud Sogamoso E.S.E., ha establecido controles frente a los riesgos de la comunicación externa, los cuales están contemplados en la matriz de riesgos del proceso, los cuales son monitoreados, evaluados y gestionados. Dentro de los riesgos contemplados tenemos: Publicación de

comunicación no validada, Publicación de información en la página web sin control respectivo, Inoportunidad en la publicación de información obligatoria en la página web

Salud Sogamoso E.S.E., identifica los riesgos en la matriz de riesgos del proceso de comunicaciones a los cuales se establecen control(s) por riesgo, estos controles propenden por minimizar los riesgos que afectan el logro de los objetivos Institucionales. Los controles son monitoreados, evaluados y gestionados.

15.2 La entidad cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos son reconocidos a todo nivel de la organización.

Se observa la identificación de todos los medios de comunicación externos, en parte debido a las limitaciones de acceso de internet a cuentas de Facebook y YouTube de los servidores públicos; según procedimiento de comunicación GMA-P-005 Versión 01, 29-03-2019; Dentro del procedimiento se establece el GMA-F-01, se establecen las comunicaciones internas y externas. Registro Fotográfico y video para apoyo de actividades, comunicaciones de Prensa, Material POP (Elementos para promocionar una Empresa), Medios de Comunicación Radial, Social, Grupos de WhatsApp, Plataforma Electrónica. Página Web.

Salud Sogamoso E.S.E., ha definido canales de comunicación internos y externos dentro del objetivo del procedimiento GMA-P-005, cuyo objetivo corresponde transmitir de manera veraz, asertiva y oportuna, a clientes internos y externos de Salud Sogamoso la información general de acuerdo a las necesidades de información requeridas por proceso.

15.3 La entidad cuenta con procesos o procedimiento para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde)

Se cuenta con el módulo de registro de correspondencia de ventanilla única, cuyo propósito es el de: centralizar, administrar y normalizar el trámite de los documentos que ingresan a la institución (respuestas y/o solicitudes) garantizando una adecuada prestación del servicio en cumplimiento a la normatividad vigente. Frente al manejo de la información, entrante y saliente esta administrado mediante el módulo de ventanilla única, software que permite a los usuarios internos realizar los trámites como permisos, autorizaciones, licencias, certificaciones, necesarios para prestar servicios y a los usuarios externos responder las solicitudes, requerimientos.....

Esta nueva herramienta informática permite entre otras nuevas funcionalidades, la actualización de tecnología, disminución de tiempos de respuesta según la semaforización del mismo, disminución de costos, codificación por proceso, nuevas consultas y reportes. El modulo permite registro de salida en el cual todo se clasifica acorde al proceso responsable, quien gestiona y administra la respuesta con criterios de efectividad y se deja registro de salida en el módulo.

15.4 La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.

Salud Sogamoso E.S.E., Implementar el plan de comunicaciones, que garantice una información eficaz y asertiva, dando respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa, de Salud Sogamoso E.S.E., así mismo fortalecer la imagen institucional a través de los diferentes medios de comunicación; a lo anterior se le realiza seguimiento y evaluación mediante los indicadores de evaluación según el POAS de la vigencia.

Oportunidad en la divulgación de boletines de prensa y textos informativos Publicados.
Cumplimiento ejecución Plan de Medios.

Salud Sogamoso E.S.E., mediante evaluación del plan de comunicaciones se realiza verificación en la efectividad de las comunicaciones, tanto internas como externas, además que se verifican sus contenidos, mediante los controles establecidos según la identificación de los riesgos que puedan presentarse, seguimiento en periodos semestral por el líder de la oficina de comunicaciones, a partir de indicadores, de cumplimiento, eficacia, y efectividad.

15.5 La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente.

Salud Sogamoso E.S.E., mediante la caracterización de usuarios, el cual está identificado por EAPB, por género, por ubicación geográfica, por grupo atareo. Lo cual se actualiza a medida de las necesidades y requisiciones.

Mediante la identificación de la caracterización de usuarios se organiza tabla permite observar por distribución geográfico, a la cual se asigna porcentaje de participación y así lograr determinar la distribución de usuarios para áreas urbana y rural de su modelo de prestación de servicios oferta la modalidad de servicios extra-murales, con el fin de facilitar el acceso y la oportunidad a los mismos. De esta misma forma se clasifica por género, por grupo etario y por EAP, con el propósito de lograr determinar las variables con el fin de identificar sus particularidades como las características, necesidades, expectativas y preferencias. Todo lo cual es actualizado a medida de requerimientos y necesidades.

15.6 La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.

Mediante el procedimiento GMA-P-004 se mide el grado de satisfacción de los usuarios y sus expectativas frente a los procesos de prestación de servicios de Salud Sogamoso E.S.E. Con periodicidad mensual; mediante la aplicación de las encuestas de satisfacción al usuario se realiza seguimiento y análisis de lo cual se realiza informe que es monitoreado y evaluado por la oficina de control interno. La oficina de Control Interno, realiza evaluación del acumulado en periodo semestral. Los informes son publicados en la página web, queda consagrado en el informe que de él se deriva como lo estipula la Mediante el procedimiento GMA-P-004 se mide el grado de satisfacción de los usuarios y sus expectativas frente a los procesos de prestación de servicios de Salud Sogamoso E.S.E. Con periodicidad mensual; mediante la aplicación de las encuestas de satisfacción al usuario se realiza seguimiento y análisis de lo cual se realiza informe que es monitoreado y evaluado por la oficina de control interno. La oficina de Control Interno, realiza evaluación del acumulado en periodo semestral. Los informes son publicados en la página web, queda consagrado en el informe que de él se deriva como lo estipula la normatividad.

Salud Sogamoso E.S.E. en forma permanente realiza las Encuestas de satisfacción de los usuarios, por sede, las cuales se consolidan y se analizan permanentemente. Además Se realiza mediante las PQRSF, que también se toman en cuenta para la toma de decisiones objetivas.

COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO

EVALUACIONES CONTINUAS Y/O SEPARADAS (AUTOEVALUACIÓN, AUDITORÍAS) PARA DETERMINAR SI LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO ESTÁN PRESENTES Y FUNCIONANDO.

16.1 El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hace el correspondiente seguimiento a sus ejecución?

El plan anual de auditorías es el documento que se formula por parte de la oficina de control interno, cuyo propósito es establecer objetivos a cumplir anualmente para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de operación y control.

Las actividades de asesoría anual de auditorías son: Formulación del plan, elaboración de informes determinados por la ley, auditorías internas a los procesos, actividades de asesoría y acompañamiento, asistencia a comités de la Entidad, atención a Entes de Control, seguimiento a planes de acción, auditorías especiales o eventuales sobre procesos o áreas responsables específicas o eventuales, situaciones imprevistas que afecten el tiempo del programa de auditoría, entre otros. Se deja constancia de la aprobación del plan por parte del CCCL, como constancia del conocimiento de lo planeado por la oficina para la agencia.

16.2 La Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones (continuas e independientes) para concluir acerca de la efectividad del Sistema de Control Interno

La alta dirección en cabeza de la Gerencia, es quien está en forma permanente revisando, analizando y observando la efectividad del monitoreo de los resultados. Salud Sogamoso E.S.E., mediante la estructura de procesos, políticas, procedimientos, manuales y otras herramientas diseñadas por la entidad busca proporcionar seguridad razonable en que los objetivos y metas se alcanzarán y que los eventos no deseados se eviten o bien se detecten y corrijan.

La gerencia evalúa en forma permanente las auditorías realizadas, sobre las cuales se solicita la formulación del plan de mejora, si fuere el caso, para lograr realizar el seguimiento a las oportunidades de mejora o sobre hallazgos encontrados

16.3 La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces realiza evaluaciones independientes periódicas (con una frecuencia definida con base en el análisis de riesgo), que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos.

La planeación de las evaluaciones independientes se realizan con base en riesgos, identificando los controles en el mapa de riesgo por proceso, el cual es auto gestionado por líder de proceso, quien lidera la administración total, El análisis de los mapas de riesgo se realiza en periodos cuatrimestrales, en los cuales se revisa, analiza y gestiona.

Dentro del Programa de Auditorías de la Vigencia, se establecen auditorías a los mapas de riesgo de seguimiento y evaluación, en forma periódica para evidenciar la actualización y seguimiento de los riesgos y la efectividad de los controles, en forma de evitar la materialización de los mismos..

16.4 Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones.

Salud Sogamoso E.S.E. con base en: la política de control interno, la política de administración del riesgo y el procedimiento de gestión del riesgo y el esquema de las tres líneas de defensa de gestión del riesgo, donde se determinan responsabilidades por cada una;

La segunda línea, Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

- Llevar a cabo evaluaciones para monitorear el estado de varios componentes del Sistema de Control Interno
- Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles
- Suministrar información a la alta dirección sobre el monitoreo llevado a cabo a los indicadores de gestión, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las

tolerancias de riesgo establecidas Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones.

Dentro de los informes de Monitoreo permanente se encuentra el seguimiento de los indicadores, tablero de Indicadores de actividades realizadas en forma periódica que no sobre pase del bimestre, Seguimiento, monitoreo y evaluación de los informes PAMEC, POAS, Tablero de Indicadores,.

16.5 Frente a las evaluaciones independientes la entidad considera evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG u otros que permitan tener una mirada independiente de las operaciones.

Salud Sogamoso E.S.E., considera evaluaciones independientes a la entidad como Auditorías Internas con liderazgo de Persona experta en Calidad del servicio, Referenciación con Entidad par, para lograr. Se tiene como evidencia los Informes de auditoría. Procedimiento de auditorías, informes de auditorías.

Se aprueba programa de Auditoria en el CICCI mediante acta No. 001 2020, donde se incluyen evaluaciones independientes que sirven como base a los informes de ley.

Se tiene como evidencia los Informes de auditoría. Procedimiento de auditorías, informes de auditorías. Programa de auditorías.

EVALUACIÓN Y COMUNICACIÓN DE DEFICIENCIAS OPORTUNAMENTE (EVALÚA LOS RESULTADOS, COMUNICA LAS DEFICIENCIAS Y MONITOREA LAS MEDIDAS CORRECTIVAS

17.1 A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora.

Las evaluaciones independientes son valoradas por la línea estratégica, primera y segunda línea de defensa, con el propósito de la acertada toma de decisiones; Se determinan las acciones para eliminar las causas de las no conformidades y acciones para abordar riesgos de los informes generados de evaluaciones externas.

Como Evidencia: Planes de Mejora y los análisis de causa. Procedimiento de acciones correctivas y de mejora Se determinan las acciones y causas y se integran al Sistema de Control.

La Oficina de Control interno, como Evaluador del Sistema, realiza seguimiento y monitoreo a los resultados obtenidos de las evaluaciones independientes cuyo objetivo es el de realizar evaluación del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la normatividad vigente, aplicable a los diferentes procedimientos administrativos de Salud Sogamoso E.S.E., en pro del ciclo PHVA.

17.2 Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan y se concluye sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción.

Se cuenta con informes de los entes de Control Externos así como el establecimiento de los planes de acciones correctivas para su ejecución en cumplimiento de la normatividad para la mejora continua

Salud Sogamoso E.S.E. con los informe de entes de control externo, genera informe de resultados de las evaluaciones con el fin de analizar y determinar su impacto en los objetivos institucionales, previniendo para los próximos, dando a conocer los resultados a la Alta Dirección.

17.3 La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo.

Las inconsistencias que se determinen en los diferentes procesos de la Entidad, son los Líderes de Proceso los responsables de subsanar las deficiencias que se hayan encontrado dentro del Sistema de Control interno y que sean de su competencia.

El Control Interno es un proceso transversal en la Entidad, donde el auditor, se enfoca en aspectos críticos o perspectivas de análisis que permitan revisar la situación interna, determinando deficiencias existentes. Se tiene en cuenta que toda desviación interna que puedan generar fraudes en el futuro, debe ser informada en forma inmediata

Las deficiencias del control interno, se identifican en cualquier proceso en cualquier momento es decir no es exclusivo del proceso de evaluación de riesgo sino también en cualquier otra fase de la auditoría.

Las deficiencias del control se pueden presentar

Cuando un control se ha diseñado, implementado u operado de manera tal que este no puede prevenir, o detectar y corregir, oportunamente los errores.

Cuando falta el control necesario para prevenir, o detectar y corregir, oportunamente los errores efectividad de los controles.

17.4 La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido.

La Gerencia y la alta dirección de Salud Sogamoso E.S.E. está comprometida con el SCI, con su prevención, fortalecimiento, implementación y acción de medidas correctivas para su mejoramiento..

La alta dirección tiene establecidos los canales de información con su Grupo de Profesionales Líderes de Proceso, en forma presencial, correo Institucional, redes Sociales; en forma de mantener la retroalimentación de las actuaciones administrativas realizadas por cada Líder de Proceso, según corresponda.

17.5 Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos.

Dentro de la Matriz de riesgos por proceso se tiene establecido que los Supervisores de Contratos, son quienes deben estar atentos a los riesgos de cada tercerización, estableciendo los controles y plan de acción correspondiente.

A pesar de contemplar este seguimiento por parte de los supervisores y verificación del cumplimiento del objeto contractual, los riesgos no siempre son identificados en forma de lograr establecer los controles pertinentes y su plan de acción.

17.6 Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema

Mediante el procedimiento de Atención, peticiones, quejas, reclamos y denuncias GMA-P-002, Versión 4 de Junio 2019, se realiza monitoreo, seguimiento a las PQRSFD, por parte de La profesional de SIAU, Planeación, Jurídica; con base en el cual la oficina de Control interno en periodos semestrales, realiza evaluación consolidada de los 6 meses correspondientes. Sobre esta evaluación se emite informe, que se publica en la página WEB Institucional.

La Oficina de Control interno, realiza seguimiento, verificación y evaluación de Informes mensuales; además que realiza acompañamiento en la apertura de los buzones para verificar la apertura, verifica las interpuestas a atreves de la Intranet y de otra parte realiza seguimiento, verificación y evaluación a la correspondencia recibida y emitida a través de la Ventanilla Única.

17.7 Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).

Procedimiento Planes de Mejoramiento Auditorías Control Interno. **Código: GQL-P-002, Versión: 2, Fecha: 16/11/2020, cuyo objetivo es el de** elaborar y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento de procesos institucionales objeto de resultados de evaluaciones (internas o externas) y autocontrol de los mismos.

El procedimiento del plan de mejoramiento, corresponde a la identificación de desviación de procesos, ajuste o corrección de fallos de calidad, incluyendo el seguimiento del grado de cumplimiento del mismo. Lo cual debe contar con sus correspondientes soportes, además que debe efectuarse con los criterios establecidos para su desarrollo.

17.8 Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea)

Para la evaluación de la efectividad de las acciones determinadas en el plan de mejora, se realiza el seguimiento a las actividades realizadas en periodos bimensuales según las acciones contempladas en el plan de mejoramiento haciendo uso del *Formato de Seguimiento al Plan de Mejoramiento*, calificando las respectivas columnas de avance y realizando las observaciones pertinentes.

La Oficina de Control interno, una vez verificado el cumplimiento de la totalidad de las acciones de mejora procede a realizar el cierre al plan de mejoramiento, registrando en el mismo formato de seguimiento de auditorías y planes de mejoramiento en el campo de semaforización como en las observaciones. Si las actividades se encuentran en estado de atraso acorde al cronograma establecido, se realiza la solicitud al correo electrónico del responsable, con copia a gerencia, calidad y planeación estableciendo el plazo límite para su ejecución, dicha fecha será concertada con el responsable.

Es importante mencionar que los avances del logro y efectividad de los planes de mejoramiento cuentan con ficha de indicadores de medición, además que hace parte del tablero de indicadores de POAS.

GILMA JANETH PERICO GRANADOS
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SALUD SOGAMOSO E.S.E.

