

INFORME DE EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DICIEMBRE 2021

SALUD SOGAMOSO E.S.E.

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Lineamiento **1:**

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).

Para el 2021 se realiza diagnóstico de Conocimiento código de Integridad aplicado a la GETH, determinando las desviaciones, se proyectaron mediciones sobre los cuales se formula el plan de mejora para desarrollarse en el 2do. Semestre 2021. Para efectos de las Quejas o denuncias sobre servidores se cuenta con el Procedimiento de GMA-P-002 trámites de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones. GMA-P-010 elaboración del informe de PQRSD.

La Oficina de Control Interno, evidencia que el código fue establecido en el 2019, mediante resolución. En el año 2020 se diseñó la estrategia jugando a construir valores desplegada por medios virtuales con usuarios y colaboradores, se da continuidad al comité de ética evaluando las situaciones especiales de la atención y los análisis de las PQRSF Para el 2021 se realiza diagnóstico del estado actual de la entidad en la aplicación de la política de integridad, aplicado a la GETH, determinando las desviaciones, ante lo cual se Formula y socializa el plan de acción para la implementación del código de integridad.

Se realizó seguimiento al plan de acción del código de integridad, se hizo evaluación sin embargo quedo pendiente el despliegue del plan de integridad por parte de la gerencia se proyectaron mediciones sobre los cuales se formula el plan de mejora para desarrollarse en el 2do. Semestre 2021. Para efectos de las Quejas o denuncias sobre servidores se cuenta con el Procedimiento de GMA-P-002 trámites de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones. GMA-P-010 elaboración del informe de PQRSD.

1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés

La GETH, en búsqueda de evitar que la actuación privada de los funcionario afecte incorrectamente el funcionamiento de sus deberes y responsabilidades oficiales, cuenta con la política de integridad, Comité de Ética, Comité de Humanización, Comité de convivencia laboral, buzón de humanización del Programa Escuchándote Mejoramos y mecanismos mediante los que se busca la prevención y el manejo de los conflictos de interés, las cuales se articulan con el código de Integridad, Principios y Valores Institucionales.

La Oficina de Control Interno, evalúa los riesgos del caso, de los diferentes cargos o las actividades sensibles a la corrupción con los P.U. Líderes de proceso en forma de lograr

tanto a actividades como a los funcionarios que las realizan; Es una manera de proteger y guardar control frente a los funcionarios y las actividades.

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 E.S.E., cuenta con el Plan Institucional de Archivos-PINAR- 2019; Se cuenta con Política tratamiento de datos personales. Cuenta con software de Ventanilla Única de correspondencia para el manejo de la documentación producida y recibida, información que es restringida exclusivamente a quien va dirigida. La consulta y/o manejo de Información de aspecto magnético está autorizada por las Subgerencias de Prestación de Servicios y la Administrativa y Financiera. En lo correspondiente a la documentación publicada solo se realiza la información que no posee esa restricción de privilegiada; además se cuenta con el proceso de Gestión Documental quien custodia esta clase de información, y en forma permanente mediante la verificación del cumplimiento de procedimientos.

La Oficina de Control Interno, realiza seguimiento en periodos mensuales del software de ventanilla única y el componente de transparencia y acceso a la información el cual está inmerso en el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano. Es importante mencionar que el índice de información clasificada y reservada y el registro de activos de información, son actualizados, socializados, aprobados en Comité Institucional de Gestión y Desempeño y publicados en la página WEB.

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

Como parte integral de la plataforma estratégica se establecen los principios y valores Institucionales, dentro de los cuales se cuenta con el principio de Integridad, (considerado como estilo de vida), además se cuenta con el Código de Integridad, el cual fue socializado e implementado; de lo cual se determina el diagnóstico de adherencia y frente a las desviaciones se formula plan de mejora por parte de los funcionarios.

Salud Sogamoso E.S.E., en igual forma mediante la Matriz de riesgos anticorrupción realiza la Gestión y Administración; asimismo la Oficina de Control interno evalúa adherencia a principios, valores Institucionales y calidad de integridad

Salud Sogamoso E.S.E., teniendo cuenta que la Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, con lo cual los funcionarios practican el equilibrio y consistencia entre los principios y valores Institucionales, expectativas y resultados, con todo lo cual se busca el predominio de transparencia en el actuar diario. Se recomienda realizar el curso de Integridad DAFP 2022

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.

Se estableció el Procedimiento GTH-P-021, Escuchándote Mejoramos, cuyo objetivo es el de Garantizar el derecho de los colaboradores de Salud Sogamoso E.S.E para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones, que surjan con ocasión a temas relacionados a convivencia laboral de Salud Sogamoso E.S.E, permitiendo a la institución establecer estrategias de mejora continua.

Salud Sogamoso ha establecido el procedimiento de administración del Buzón de PQRSF para Talento Humano de la I.P.S., como estrategia de comunicación interna, en forma tal que se tomen las acciones del caso. Este procedimiento va desde la formulación de la PQRSF (Petición, queja, reclamo, sugerencia y felicitaciones) internas por parte de los colaboradores en el mecanismo definido por la institución, hasta el trámite y respuesta a la misma. El colaborador encargado da trámite a resolver, revisa tiempos para dar respuesta oportuna, eficaz y efectiva, por los medios establecidos para ello, agradeciendo y confirmando el recibido de la misma y señalando los tiempos formales de respuesta y/o solución a su solicitud

Lineamiento **2:**

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).

Se mantiene el Comité constituido en el 2014, el cual ha tenido diferentes actualizaciones acorde a la normatividad vigente y articulación con la misma, con proyecto de actualización Enero 2022; sin embargo la resolución 105 del 2019 que rige en el momento para la Entidad establece periodicidad para reuniones, los cuales se determinan en el con formato GD-F-004 Programación de Comités Institucionales 2021, se estable la articulación directa con el comité de Gestión Y desempeño toda vez que los miembros de los dos comités son todos los P.U. Líderes de Proceso.

La oficina de Control Interno, evidencia que según la periodicidad establecida para reuniones ordinarias de Comité de Coordinación de Control Interno, es de periodos cuatrimestrales ; se evidencia que se realizaron reuniones durante la vigencia 2021 2 para el primer semestre y dos para el segundo, con lo cual se comprueba cumplimiento en periodicidad.

Frente a la articulación de los Comités de coordinación de Control Interno y el Comité de Gestión y Desempeño, se ha determinado a partir de conformación por la Alta dirección.

2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa.

Salud Sogamoso E.S.E., ha instaurado la resolución 110 del 2019, en la cual se define y establece las líneas de defensa del control, en la cual definen exactamente las responsabilidades de cada una de ellas, para cada componente del MECI (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Seguimiento y Monitoreo).

La oficina de Control Interno, evidencia que según la resolución 110 del 2019, establece claramente las líneas de defensa, responsabilidades, seguimiento y monitoreo del sistema en sus diferentes componentes.

La misma está plenamente articulada según el decreto 1499 del 2017, dto. 648 del 2017.

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

En lo correspondiente a las líneas de reporte, se cuenta con procedimiento interno de Comunicaciones, cuyo objetivo es el de: 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. Además se establecen lineamientos para el reporte de la información que conlleve a una acertada toma de decisiones por parte de Alta Gerencia y las líneas de defensa

Se establece el cronograma de comunicaciones internas, la periodicidad; se establecen los proveedores de la información a comunicar, así mismo los receptores de la misma, se establecen condiciones de comunicación, según sea la información a socializar.

La Oficina de Control Interno, evidencia que Salud Sogamoso E.S.E., mediante el Comité de gestión y desempeño, asimismo el Comité de Coordinación de Control interno; mediante la responsabilidad establecida para cada línea de defensa, examina que se estén cumpliendo con los diferentes compromisos adquiridos por cada una de ellas; como lo es el de Planear por parte de la Primera Línea, Ejecución lo planeado por parte de la Segunda Línea de defensa y la verificación por parte de la tercera línea.

Lineamiento

3:

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 Profesional U. de Planeación realizó revisión y actualización de la Política de Administración del Riesgo mediante la resolución 342 del 2020, teniendo en cuenta el contexto interno y externo de Salud Sogamoso E.S.E., así como los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública. De la misma forma se establece el procedimiento de administración del riesgo GDP-P-009, en el cual se instituye el paso a paso para lograr efectividad en la Gestión y Administración.

La Oficina de Control Interno, evidencia que se ha realizado actualización y Evaluación de

la Política de Administración del Riesgo, atendiendo lineamientos de la Guía 2018 DAFF.

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.

En la Resolución 342 de 20 de Octubre del 2020, Actualización de "Política de Administración del Riesgo" se describe los niveles de aceptación del riesgo y tratamiento del Riesgo Residual, Mediante la cual se refiere que Salud Sogamoso E.S.E., se compromete a gestionar los riesgos Institucionales, a través de una metodología aplicada de acuerdo a los procesos, con el fin de obtener resultados positivos en el logro de los objetivos Institucionales.

La oficina de Control Interno, evidencia que con la política se establecen el tratamiento de los riesgos en el artículo 7, en el cual se observa la valoración del riesgo final (residual) se realiza teniendo en cuenta la solidez del conjunto de controles para reducir el riesgo inicial, así como para el riesgo residual se define el tratamiento de acuerdo con la zona en la que se encuentra (Extrema, alta, moderada, baja) y el nivel de aceptación (No aceptable, aceptable). De igual manera se resalta que en la Política establece que los riesgos de corrupción son inaceptables y corresponden al tratamiento de zona extrema.

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

El seguimiento de la planeación estratégica en Salud Sogamoso E.S.E. , se realiza en forma periódica a través del Plan Operativo Anual y el PAMEC, en periodos bimestrales, los cuales tienen seguimiento y medición mediante el Tablero de Indicadores, lo cual se socializa en Comité de Gestión y Desempeño.

Así mismo la Oficina de Control Interno realizó en el mes de noviembre del 2021 la Evaluación de Gestión por Dependencias con corte a octubre 2021, mediante el cual se realiza revisión de avances por cada proceso de logro de los objetivos establecidos por cada proceso, con lo cual se buscó el control de la planeación estratégica, generando las alertas requeridas, conforme al lineamiento dado para este numeral.

Lineamiento

4:

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

Es necesario mencionar que se mantiene un Banco de Hojas Vida, las cuales son administradas atendiendo el procedimiento GTH-P-001 Administración de Historias Laborales, Asimismo se cuenta con el formato GTH-F-002 EVALUACION DE HOJAS DE VIDA,

todo se articula Conforme al Plan de la GETH por cada año 2018-2019-2020-2021, aprobado mediante resolución para cada año que para el 2021 correspondió a la resolución 060 de Enero 28 del 2021; mediante el cual la P.U. De GETH, se adopta y se implementa el Plan de GETH, Plan de Capacitaciones, Plan de Bienestar Social Estímulos e Incentivos, Plan de Previsión de Recurso Humano, y Sistema de Gestión, y Seguridad de Salud en el Trabajo.

La Oficina de Control interno de Salud Sogamoso E.S.E., realiza evaluación, con base en la información entregada por la P.U. Líder de GETH en el que se pudo corroborar lo siguiente:

A corte del mes de octubre 31 del 2021 programó en su plan 159 actividades de las cuales se han cumplido 149. Las actividades en estado de atraso corresponden a Socializar e Implementación del procedimiento elaboración y pago de nomina; asimismo Implementación de la Estrategia de sensibilización y apropiación del SG -SST.

4.2 Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal

El proceso de GETH cuenta con procedimiento denominado Mediante la CONVOCATORIA, SELECCION Y VINCULACION GTH-P-00, previo el establecimiento de necesidades del Personal, GTH_F-001; posterior se con base en la Presentacion de Hojas de Vida, se realiza el estudio de cumplimiento de requisitos y la validación de tarjeta profesional en los casos que aplique. GTH-F-002 EVALUACION DE HOJAS DE VIDA.

En la etapa de selección se cuenta con el Procedimiento GTH-P-022 VERIFICACION DE TITULOS SALUD SOGAMOSO E.S.E; en forma seguida se procede a ejecutar el procedimiento de GTH-P-019 PROCEDIMIENTO DE INDUCCION Y REINDUCCION.

La oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E, realiza seguimiento y verificación de que la P,U, de GETH vele 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.

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

Se desarrolla como etapa inicial de la permanencia del personal es la Inducción, la cual se realiza, con el objetivo de lograr Talento humano preparado para desarrollo de sus actividades propias del cargo a desempeñar, concedores del beneficio de lograr funcionarios bien entrenados se logra Talento humano en condiciones de aportar a la consecución de los objetivos del proceso e Institucional. Seguido de la realización de una buena Inducción la Entidad tiene como paso seguido el nombramiento del Padrino de Cargo, quien se encarga del acompañamiento de las actividades de su rol con un funcionario nombrado para tal situación.

La permanencia se desarrolla en tres grandes frentes como lo son:

Bienestar: el Plan de Bienestar se desarrolla una vez se ha determinado el autodiagnóstico, a partir del cual se realiza el desarrollo del programa; el plan cuenta con varios procedimientos con el propósito que el Funcionario, encuentre satisfacción general en el desarrollo de sus actividades propias de su cargo. GTH-M-002 MANUAL SITUACIONES ADMINISTRATIVAS, GTH-M-003 MANUAL COMPORTAMIENTO Y POLITICA PRESENTACION PERSONAL, GTH-P-004 CLIMA ORGANIZACIONAL, GTH-P-005 PROCEDIMIENTO PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS, GTH-P-006 ELABORACION, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN, GTH-P-021 ESCUCHANDOTE MEJORAMOS, GTH-PG-008 TRANSFORMACION CULTURAL.

Educación continua: Estrategia con el ánimo de lograr la capacitación continua del Talento Humano de la Entidad que busca integrar la capacitación y formación con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en la Institución. Siempre buscando la promoción de calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión.

Medición del Desempeño Laboral: En el entendido que la medición del desempeño laboral, corresponde a un parámetro que se utiliza para **medir** el rendimiento de un empleado. Asimismo su comportamiento y la calidad de su trabajo. Esta medición se realiza de aspecto cualitativo, por lo que el buen **desempeño laboral** es positivo para la Entidad.

La Oficina de Control Mediante el desarrollo de los diferentes procedimientos que buscan el Bienestar del Talento humano, en la búsqueda de estrategias que generen impacto positivo en la condición de vida laboral de todos los colaboradores.

Se evidencia la realización en forma permanente de capacitaciones internas e Interinstitucionales durante la vigencia 2021 relacionadas a Capacitación Liderazgo, direccionamiento estratégico, Política de SGSST, Capacitación tributaria, Acreditación en Salud, caracterización de Talento Humano, Presentacion PESE, presentación PETI, Auditoria de Concurrencia, Guía de Práctica Clínica, Manejo del Dolor, Humanización del servicio en Salud, Toma e interpretación de signos vitales y medidas antropométricas (enfermeras, aún. de enfermeras), Manual de Bioseguridad, Toma e interpretación de muestras ADN – VPH, Manejo Plataforma PAIWEB (AUDITORIA -PAI). Resolución 3280, política de seguridad del paciente, Frente a la Medición del desempeño laboral.

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).

La Política de control Interno, en la cual se establecen las líneas de defensa, asimismo las responsabilidades de cada servidor interno y externo sobre el desarrollo y mantenimiento del Control interno se socializó en Comité de Coordinación de Control interno a cada uno de los miembros conformantes del mismo y los miembros invitado. Son ellos los responsables de debe permear la información hacia abajo y transversalmente, en forma tal de buscar el

objetivo de Proceso

La Oficina de Control Interno, evidencia que la Planeación y el Seguimiento Estratégico se establecen los lineamientos que dan cuenta del cumplimiento de las actividades y objetivos de los instrumentos de planeación, conforme al lineamiento dado para este numeral.

Se recomienda reforzar la comunicación con el talento humano, respecto de la responsabilidad de cada funcionario frente al Control interno institucional.

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

La Entidad cuenta con un procedimiento **GTH-P-009 RETIRO DEL SERVICIO, el cual busca** 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.

Salud Sogamoso E.S.E., ha establecido un programa denominado desvinculación Asistida, de septiembre del 2020,, en el cual se Establecen lineamientos, actividades, responsabilidades necesarias para dar un manejo adecuado de la desvinculación o el retiro del servicio de los funcionarios de Salud Sogamoso E.S.E, de conformidad con los parámetros establecidos y la normatividad vigente.

FASE INICIAL

Salud Sogamoso E.S.E. iniciará el programa de Desvinculación Asistida a partir de la detección de la necesidad, teniendo en cuentas las siguientes estrategias:

- Bases de datos de servidores considerados por Ley como pre-pensionados.
- Información de actos administrativos, relacionados con retiros o jubilaciones.
- Solicitudes directas de servidores para ser incluidos en el programa.
- Disposiciones legales, originadas en procesos de concurso, reestructuraciones de planta, etc.

FASE DE EJECUCIÓN

Comprende todas aquellas acciones encaminadas cumplir con el objetivo de este programa encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida del servidor próximo desvincularse de la entidad que le permitan adaptarse en su nueva etapa de la vida:

Difusión del programa a los servidores.

Evaluación, identificación de capacidades.

Entrenamiento y preparación de búsqueda de empleo.

Establecimiento de convenios

Capacitaciones y entrenamientos: Desarrollo de talleres sobre:

Promoción y prevención en salud

Seguro de desempleo

La Oficina de Control Interno evidencia que existe documento de desvinculación asistida **GTH-PG-007, programa mediante el cual** posibilita el retiro del servidor público de la

entidad, con beneficio para la persona, su familia y para el ambiente organizacional. En el que establecen lineamientos que busca dar acompañamiento al funcionario en la etapa de desvinculación de la entidad, independiente de la causal que sea (pensión, retiro, sanción disciplinaria, entre otras).

4.6 Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación – PIC

Salud Sogamoso E.S.E. ha diseñado y documentado el formato GTH-F-077 Evaluación de Entrada a capacitación, formato GTH-F-078, Evaluación de Impacto de la capacitación GTH-F-080 evaluación de Salida a Capacitación; con lo cual le permite evaluar el impacto que tuvo la capacitación en la destrezas y habilidades del funcionario beneficiado,

La oficina de Control interno, junto a la P.U. de Contratación, está realizando auditoria y revisión mensual de cumplimiento con las obligaciones adquiridas por parte del supervisor, quien mensualmente realiza un seguimiento al contrato y puede indicar en la casilla "Observaciones y Recomendaciones", del mencionado formato, cualquier tipo de comentario u observación que sea relevante para una correcta ejecución del contrato en relación a criterios técnicos de calidad y oportunidad definidos en las obligaciones contractuales, por lo anterior se encuentra conforme al lineamiento dado para este numeral.

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

En Salud Sogamoso E.S.E. según lo estipula el Manual de contratación Institucional GLE-M-001 la supervisión de contratación la cual consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la misma entidad estatal cuando no requieren conocimientos especializados. Para la supervisión.

La vigilancia del contrato está integrada por un conjunto de funciones o actividades interdisciplinarias necesarias para verificar el cumplimiento de los aspectos técnicos, administrativos, financieros, contables y jurídicos en las etapas de ejecución y terminación del contrato y en cualquier otro momento en el cual la vigilancia sea necesaria. Para la Entidad esta supervisión adquiere responsabilidad una vez realizada el acta de designación. Para el 2021; se realizó proceso contractual por el Servicio de Interventoría del Proceso Constructivo

Lineamiento 5:

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

Según la estructura de las Líneas de defensa establecidas en la Política de Control Interno, la cual ha sido socializado con los Profesionales Líderes de Proceso de en Salud Sogamoso E.S.E., en las cuales se establecen responsabilidades de la proyección de los diferentes planes de acción se determinan los estándares de Interno, las cuales se han

definido y socializado; en igual forma dentro reporte a realizar, al igual que la periodicidad y los responsables

Las líneas de defensa de Salud Sogamoso E.S.E. se han establecido, con los conformantes, las responsabilidades de cada una de las líneas asimismo implícitamente se determinan los estándares de reporte.

La primera Línea de defensa, es la línea que debe desarrollar y mantener procesos de comunicación facilitando que todas las personas entiendan y lleven a cabo sus responsabilidades de control interno.

De otra parte debe Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de PQRSF que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los demás canales.

Asimismo es la primera línea de defensa que debe Asegurar que dentro de los diferentes procesos fluya información relevante y oportuna, y en la misma forma hacia fuera de la Entidad (Comunidad en General), Organismos de Control y otros externos.

La segunda Línea de defensa es quien debe

Recopilar información y comunicarla de manera resumida a la primera y la tercera línea de defensa con respecto a controles específicos

Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos

Apoyar el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas

Proporcionar a la Gerencia información sobre los resultados de sus actividades

La tercera Línea de defensa es quien debe:

Proporcionar información respecto a la integridad, exactitud y calidad de la comunicación en consonancia con las necesidades de la alta dirección.

La oficina de Control Interno determina como conclusiones para cada línea de defensa que:

Por tanto es la Primera Línea de defensa quien debe Informar sobre la evaluación a la gestión institucional y a resultados e Implementar métodos de comunicación efectiva

La segunda Línea es quien es responsable de Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el funcionamiento del control interno.

La tercera Línea es la encargada de Comunicar a la primera y la segunda línea, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación

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

La alta dirección lee, analiza e interpreta los informes financieros que según líneas de reporte son entregados, esto con el objetivo de tener una visión más completa sobre la situación y gestión de la entidad pública. Se realiza análisis financiero, y presupuestal con el objetivo de determinar desviaciones que hayan surgido en el desarrollo de la Gestión

institucional, con lo cual se toman acciones del caso, con el objetivo de reorientar las Metas financieras Institucionales.

En cumplimiento a la Resolución 706 de 2016, "Por lo cual se establece la información a reportar, los requisitos y los plazos de envío a la Contaduría General de la Nación, en especial en sus Artículos 7º y 19º en los que se indican los formularios de la categoría a reportar y de conformidad con el numeral 36 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002 y al numeral 7, capítulo II, sección II, título II, parte I del Régimen de Contabilidad Pública", se certifica que los Estados Financieros en periodos mensuales con corte a noviembre se han publicado en la página Web Institucional.

La alta dirección, como Líder de la misma realizan seguimiento, monitoreo y evaluación de la información de reportes financieros, previo a la realización de la publicación, emisión y entrega a los usuarios externos.

La oficina de Control Interno considera que la Salud Sogamoso E.S.E. dentro del proceso financiero, es un proceso de gran relevancia y cuidado al mismo tiempo, debido que corresponde al manejo de recursos fiscales, que a la vez son el soporte económico para lograr el desarrollo de la misión Institucional que es el de la satisfacción de salud de los usuarios. Es por esto que La Alta Dirección realiza en forma permanente seguimiento y evaluación al desarrollo económico, financiero y presupuestal. A la vez que se ha dado la tarea de determinación de costos por actividad.

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

A través de los comités institucionales y las instancias competentes, la Alta Dirección toma decisiones referentes a los temas relevantes de la Entidad, considerando los informes generados tanto por la segunda como por la tercera línea de defensa.

Realizada la evaluación de la Oficina de Control Interno, se pudo verificar la siguiente información: Se verificó el registro de las actas sesión de Comité durante el primer y segundo semestre de 2021 en las cuales se observa la participación de las diferentes líneas de defensa, dando información relevante a los miembros del comité para la acertada toma de decisiones y en cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Salud Sogamoso E.S.E., es una entidad que con base en la Planeación Estratégica, en la que se muestran las metas de gestión y su congruencia con el establecimiento del direccionamiento estratégico de la ESE, LA Alta Dirección realiza seguimiento permanente a las acciones realizadas, asimismo a los informes de parte de cada Profesional Líder de Proceso, con lo cual se busca la mejor y oportuna toma de decisiones en aras de lograr el ciclo PHVA de la Gestión Administrativa.

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.

Por otro lado, se evalúa la efectividad de los controles establecidos en los mapas de riesgos a través de reportes o mediante la matriz de administración de riesgos "Mapa de riesgos integrado" lo anterior conforme a lo establecido en la política de administración

del riesgo 342 dl 2020 y Procedimiento GDP-P-009. Mediante seguimientos se realiza monitoreo a la estructura de control teniendo en cuenta los cambios de proceso.

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa evalúa los cambios producidos en los procesos, procedimientos y demás herramientas que pueden generar situaciones que impidan el logro de los objetivos de los procesos. Así mismo Teniendo en cuenta las evaluaciones realizadas por la tercera línea, evidenciada a través de los diferentes informes de evaluación y seguimiento, se observa que al interior de la Entidad se ha valorado situaciones que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de los procesos, los cuales se han dado a conocer a la Alta Gerencia y a su vez a los P.U. Líderes de proceso en función de la toma de decisiones pertinentes, conforme al lineamiento impartidos.

5.5 La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno.

En el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se presenta y aprueba el Plan Anual de Auditoría de Salud Sogamoso E.S.E. conforme a lo establecido en la resolución No. 105 del 2019, Artículo 3 "Por la cual se actualiza el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E.

En lo correspondiente al seguimiento se realiza atendiendo los POAS vigencia 2021, el cual establece medición en tiempos bimestrales y su resultado debe ser socializado en Comité Coordinación de Control Interno y en gestión y Desempeño.

Con base en estos resultados se realiza la evaluación por dependencias de cada vigencia.

La Oficina de Control Interno, en el mes de febrero del 2021 en acta No001 realiza la socialización del Plan de Auditorías de la vigencia del 2021, el cual según ajustes que debieron efectuar al mismo, por sugerencias del Comité se aprobó mediante acta 2 del mes de marzo del 2021.

El cumplimiento de las actividades programadas, se desarrolló en forma bimestral y se socializado en los comités en los cuales se presenta la eficacia en su realización.

5.6 La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional.

A partir de los informes elaborados por la Oficina de Control Interno y de conformidad con los roles establecidos para esta, se evidencia la presentación de estos a Entes de Control, publicaciones en Pagina Web, los cuales se relacionan en el Plan Anual de Auditorías en la sección de Informes de Ley, al igual que el acompañamiento de comités Institucionales.

Que durante los dos semestres de 2021, la Oficina de Control Interno elaboro reportes e informes de evaluación y seguimiento de acuerdo a lo establecido en el Plan Anual de Auditoría vigencia 2021, los cuales han sido socializados a través de correos electrónicos a los líderes de los procesos evaluados; así mismo, mensualmente estos resultados son informados.

COMPONENTE EVALUACION DEL RIESGO

Lineamiento

6:

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.

El Direccionamiento Estratégico de Salud Sogamoso E.S.E., es el plan en el que se articula el Plan estratégico, con los objetivos estratégicos y objetivos operativos, objetivos de Gestión Institucional mediante la formulación del PAMEC, POAS y Objetivos Institucionales, Objetivo Estratégico, Meta; ante los cuales identifica, analiza monitorea, supervisa y administra los riesgos

La Oficina de Control interno, evidencia que Salud Sogamoso E.S.E., Cuenta e implementa mecanismos como el manual de Direccionamiento estrategico, GDP-M-001, GDP-P-004 Elaboración e Implementación del tablero del Plan de Gestión, donde el Plan Estratégico Institucional como instrumento de planeación estratégica con un perspectiva de acción de 4 años, es operatividad por el POA que es un instrumento de planeación operativa con un horizonte de acción de un año. Adicionalmente, en la Metodología Integrada de Administración del Riesgos se establece que la planeación estratégica debe estar asociada a los objetivos de los procesos para establecer la alineación, se evidencia la Entidad funciona mediante el "MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS", el cual cada proceso contiene la caracterización, objetivos de los procesos y planes, programas o proyectos asociados.

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

El Objetivo de cada proceso, programa y/o proyecto se define según lo establecido en la caracterización, en los POAS institucionales, PAMEC Institucional, los Cuales cuentan con seguimiento en forma permanente, se realiza monitoreo, seguimiento y evaluación en periodos bimestrales, los resultados son socializados en Comité de Gestión y Desempeño

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con Gestión por procesos, articulados con el direccionamiento estratégico y Planeación institucional cuenta con políticas Institucionales que le permiten formular el plan de acción en cada proceso; actividades que son monitoreadas mediante seguimiento, medición y evaluación, buscando la consecución de los resultados propuestos y lograr así los objetivos establecidos en la Planeación Institucional.

La oficina de Control interno al verificar identifica que es necesario mencionar que el plan de desarrollo se delimita por periodos de 4 años para efectos de medición en el logro de metas parciales, se establecen Planes Operativos Anuales, dentro de los cuales se realiza medición, seguimiento y evaluación en periodos bimestrales; con lo cual se busca realizar medición a corto mediano y largo plazo; dentro de las mediciones se establecieron indicadores estratégicos que son los indicadores priorizados para su medición inmediata y

permanente, que una vez socializados, analizados, verificados se determinan desviaciones y de ser necesario se establece Actualización en pro de la eficiencia, productividad y la generación de valor público

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

Mediante estrategia de seguimiento y evaluación en periodos bimestrales se realiza seguimiento, monitoreo y evaluación de todos y cada uno de los indicadores priorizados por proceso en periodos bimestrales, cuyos resultados son socializados en Comité de gestión y desempeño Institucional. Con base en los cuales se establecen compromisos para mitigar las brechas de incumplimiento y la Alta Dirección logre tomar decisiones acertadas y oportunas.

La alta Dirección de Salud Sogamoso E.S.E., evalúa periódicamente los objetivos, analizando su consistencia y oportunidad. Por medio del seguimiento y evaluación del PAMEC, POAS, Mapa de Riesgos Institucional, lo 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 Estratégicos Institucionales.

El seguimiento se realiza mediante socialización en Comité de Gestión y desempeño, por medio del 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.

Es de gran importancia mencionar que la Entidad en el momento está documentando todos los indicadores que corresponden a cada proceso (no solo los priorizados), llevándolos a tablero de indicadores, con el ánimo de lograr evidenciar trazabilidad total por cada uno

Lineamiento 7:

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. a través de la Política de Administración del Riesgo establece los lineamientos aplicables a todos los procesos de la entidad, a partir de la identificación de factores internos, externos y le da la suficiente importancia a la administración del riesgo de Gestión y de Corrupción. Esta política se actualiza mediante la resolución 342 del 2020, además se complementa con el procedimiento de Gestión del Riesgo GDP-P-009. Para efectos de tercerizaciones se determinan por parte del supervisor a partir de los estudios previos y mediante la supervisión se debe realizar administración de riesgos.

La Oficina de Control interno, evidencia que realmente la Política de Administración del riesgo aplica para todos los procesos, sin embargo es necesario mencionar que se debe actualizar la misma para ser articulada con la Guía DAFP 2020.

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

La PU. Líder de planeación es quien consolida la información de la Gestión y administración del riesgo por parte de cada Líder de Proceso, Soporte la Matriz por proceso y el consolidada para realizar análisis por parte de Control Interno; como segunda línea de defensa en la Política de Administración del Riesgo realiza el seguimiento a la operatividad de los controles establecidos en los mapas de riesgos de los procesos de la Entidad.

De acuerdo a los mapas de riesgos de los dieciocho (18) procesos se observa que durante la vigencia 2021, la Oficina Asesora de Planeación adelantó el seguimiento a los mapas de riesgos correspondiente al primer y segundo cuatrimestre de 2021 y emitió recomendaciones para fortalecer la gestión del riesgo de Gestión Institucional, conforme al lineamiento establecidos.

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.

Salud Sogamoso E.S.E, realiza seguimientos a los Mapas de Riesgo por proceso, en forma de consolidarlos y determinar las causas y/o motivos de falta de efectividad de controles; situación que se analiza a partir de los informes presentados derivados de auditorías a la Gestión del riesgo, informes que se presentan ante la Gerencia y se socializa en Comité de Gestión y Desempeño, para ser analizados y determinar acciones ante las desviaciones.

La Oficina de Control interno, logro evidenciar seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos de Salud Sogamoso E.S.E. Mayo y Septiembre del 2021, se determinó materialización del riesgo en:

- La presentación de informes en forma oportuna.
- Se materializo el daño material del servidor.

Es indispensable establecer plan de mejora, dentro de la administración del riesgo.

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.

En la metodología del riesgo establecer un numeral de Materialización del riesgo y que sea el líder del proceso quien debe un Formato que se denomine "**Materialización de riesgos**" y remitirlo a la Planeación y Control Interno a través de correo electrónico institucional, con plazo máximo de diez (10) días hábiles una vez se notifique la materialización de riesgo y establecer la acción correctiva en su respectivo plan de mejoramiento, en este sentido la segunda línea de defensa **durante su seguimiento puede identificar la materialización de riesgos en los procesos.**

La oficina de Control interno, determina que según el procedimiento de administración del riesgo, se debe establecer plan de acción en caso de evidenciarse fallos y/o desviaciones, de otra parte es necesario que se tenga mayor adherencia por parte de los P.U. Líderes de proceso, toda vez que es indispensable reformular controles, con base en las causas

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

Establecer los lineamientos para hacer seguimiento a las acciones definidas para resolver la materialización de riesgos, de acuerdo al numeral 6 "RESPONSABILIDADES", la segunda línea de defensa realizará cuatros seguimientos al año.

La Oficina de Control Interno, evidencia que a establecer los lineamientos con la materialización de riesgos en la Entidad, a través del procedimiento administración del riesgo GDP-P-009, en el cual menciona el seguimiento al mismo con fechas: 30 de abril, agosto 31 y diciembre 31; lo anterior, se realizara teniendo en cuenta los criterios de la Guía DAFP 2018.

Lineamiento 8: 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 (Alta Dirección), 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, Resolución de Código de Integridad.

La Oficina de Control interno, realiza seguimiento y evaluación a los Mapas de corrupción en periodos cuatrimestrales, teniendo revisión de los mismos y su posible ocurrencia

Mediante el monitoreo permanente con el Equipo de profesionales Líderes (Primera línea de defensa) evitando la materialización de alguno de los identificados, los cuales pueden atender al logro de los objetivos de Gestión y misionales.

Las líneas de defensa de primera y segunda línea deben estar atentos a su monitoreo y seguimiento como mecanismo de protección.

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

Atendiendo la Política de Administración del Riesgo, los riesgos de corrupción a través de los líderes de proceso realiza monitoreo en forma permanente de los mismos con lo cual

se busca la no Materialización de estos. La P.U. Líder de proceso de Planeación consolida en la Matriz para ser evaluados por Control interno.

La Oficina de Control Interno, evidencia que el seguimiento a los riesgos de corrupción, lo realiza los Líderes de cada Proceso, mediante el monitoreo permanente y quien consolida en periodos cuatrimestrales es la segunda línea de defensa,

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.

Salud Sogamoso E.S.E., a través del Manual de Funciones y de los procedimientos derivados de procesos; teniendo en cuenta los mapas de riesgos, establecen actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios que participan en las diferentes actividades.

Realizada la evaluación por la Oficina de Control Interno, se verificó que cada proceso remite la matriz de riesgos correspondiente a la Oficina de Planeación, en la cual se evidencian los diferentes controles, los cuales según la matriz define si hay segregación de funciones, responsables, solidez de control, la cual tiene opciones de respuesta afirmativa o negativa.

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

La Alta Dirección a través de los P.U. Líderes de proceso son los responsables de evaluar el diseño y ejecución de los controles, con lo cual se determina la efectividad de los mismos; La P.U. Líder de Planeación consolida y realiza verificación a los mapas de riesgos verificando la operatividad de los controles teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Política y Procedimiento de administración del riesgo

Por otra parte, la Oficina de Control Interno, evalúa el diseño de los controles establecidos en los mapas de riesgos para establecer su coherencia y efectividad frente a la materialización de los riesgos.

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.

La Segunda Línea de defensa conformada por la Profesional de Planeación y los supervisores de contrato y según el artículo noveno (Niveles de Responsabilidad) según la Política de Administración del Riesgo son quienes asesoran a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, con lo cual se establecen los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo y se realizan los ajustes a que haya lugar.

La Oficina de Control Interno según la Política de Administración del Riesgo, verifica que se realice monitoreo a los factores internos y externos los cuales están registrados dentro de la Matriz de Administración del Riesgo y son monitoreados en cada seguimiento con periodicidad cuatrimestral.

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.

Teniendo como base el Manual de contratación Institucional, donde se identifica que: la Alta Dirección a través de los Profesionales Líderes de Proceso y supervisores de contrato, son quienes analizan los riesgos asociados a las actividades contratadas, desde el mismo momento del estudio de necesidades de los aquellos.

Es necesario tener en cuenta por parte de la Alta dirección que los riesgos aplican en forma extensiva a los diferentes sistemas de gestión institucional y aplica a contratistas, proveedores, colaboradores.

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

La Alta Dirección a través de los P.U. Líderes de proceso realiza seguimiento y monitoreo de los riesgos que en determinado momento se hayan monitorizado, tomando como insumo para la nueva identificación, determinación de causas, controles y plan de acción.

Los líderes de los procesos monitorean los riesgos identificados y aceptados, conforme al Procedimiento establecido para la administración del Riesgo Institucional y "Política de administración del riesgo", reportando a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa y a la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa sus resultados.

La Oficina de Control Interno, según la materialización de los riesgos realiza monitoreo de seguimiento a los controles para verificar la efectividad según los mapas de riesgos, así como su diseño y las características para sostenerlos como riesgos aceptables dentro de cada proceso, conforme al lineamiento dado para este numeral.

El seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos de Salud Sogamoso E.S.E. 2021, es realizado por parte de la P.U. Líder de Planeación, quien identifica la efectividad de los controles establecidos en los mapas de riesgos, así como su diseño y las características para sostenerlos como riesgos aceptables dentro de cada proceso, conforme a lineamientos del procedimiento; se evidencia que En Salud Sogamoso E.S.E., para riesgos de corrupción no se permite aceptación de riesgos

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.

La alta dirección para el 2021 ha pasado informe de seguimiento, revisión, medición y evaluación de los controles, verificando si alguno de ellos han fallado, o no han sido los apropiados.

La oficina de Control Intenso, según la materialización de los riesgos surgidos, a pesar de haber subsanado los impases de la mejor y más apropiada forma posible, sugiere revisar los controles frente a la efectividad y establecerse un procedimiento (paso a Paso) de

cómo el profesional del proceso responsable comunicar a la Oficina de Planeación y de Control Interno. Información que es necesaria para efectos de la toma de decisiones.

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

En el "Contexto Estratégico de salud Sogamoso E.S.E." analiza los diferentes factores internos y externos que pueden afectar el funcionamiento del Sistema de Gestión, considerando el entorno institucional.

Salud Sogamoso E.S.E. ha definido e identificado los factores externos e internos de la entidad los cuales son un insumo para la identificación de riesgos de los procesos y que con lo cual permite analizar el impacto de los mismos sobre el control interno.

Lineamiento 10:

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 una adecuada división, designación y segregación de funciones en diferentes personas, lo cual conlleva a mitigar riesgos; asimismo ocurre con el desarrollo de actividades de control, las cuales son ejercidas por los Profesionales Líderes de Proceso, apoyándose en el talento Humano de cada proceso mediante actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o procesos que participan en determinadas actividades.

En Salud Sogamoso E.S.E., Se identifica la designación de funciones, bajo la normatividad establecida, por lo que cada actividad es realizada bajo la inspección y vigilancia del responsable; Los riesgos son administrados y gestionados por lo Profesionales líderes de proceso, y son ellos quienes establecen las actividades de control en los diferentes proceso Institucionales, con lo cual se logra articulación y segregación de funciones, asimismo se logra reducción del riesgo y/o mitigación.

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 cuenta con una planeación, desde la alta dirección para la ejecución de las actividades de la entidad, se calcula la suficiencia del personal y recursos necesarios para cubrir con las plantas de personal permanente y temporal; de ser necesario suministro de personal para actividades que no se logre realizar con el talento humano mediante empleo formalizado.

La Oficina de Control interno, En el ejercicio de seguimiento y/o evaluación de mapa de riesgos realizado durante el 2021, y según la hoja de valoración establece Asignación del Responsable y Segregación y autoridad del responsable", en el cual se identifica que hay

quienes no cuentan con opción de segregación de funciones de responsable, donde se podría decir que no se estaría implementando en forma total y/o adecuada.

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.

Salud Sogamoso E.S.E. se articula con el manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia con el cual se establece lineamientos del planear, ejecutar, verificar, actuar y evaluar actividades inherentes al Sistema de Salud; así mismo se evidencian lineamientos generales, articulados con políticas generales y específicas que se deben cumplir acorde a requerimientos técnicos de estándares de acreditación.

La Oficina de Control interno demuestra que dentro de Normas Internacionales están integradas al sistema de control de la entidad, tal como se puede evidenciar en la documentación, que se basa en Normatividad de calidad, y se desprende de la ISO 3100. Se cuenta con el Modelo Integrado de planeación que integra el Sistema de Desarrollo Administrativo y la gestión de la calidad, articulado al Sistema de Control Interno dando cumplimiento al Decreto 1499 de 2017, Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Además se trabaja Acreditación en Salud, teniendo como base el Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.

Lineamiento 11: **Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución 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

Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido y documentado actividades de control sobre la infraestructura tecnológica y los procesos de Gestión de la Seguridad en el Manual de Políticas de Seguridad de Información, Control de accesos a las diferentes aplicaciones, Bases de Datos y operaciones de Red.

La Oficina de Control Interno verifica que Salud Sogamoso E.S.E. desarrolla actividades de control general sobre la tecnología para apoyar el cumplimiento de los objetivos. Específicamente se evidencia la configuración **Línea de seguridad en la aplicación de las bases de datos y en el sistema operativo en general, Administración de usuarios, Control de acceso**, Sin embargo es necesario mencionar la necesidad de revelar controles de Evaluación de aspecto normativo de Tecnología de la Entidad (resolución 1519 del 2020 MINTIC y circular 018 DEL 2021 de Procuraduría), asimismo indispensable verificar los avances incurridos en el autodiagnóstico del Política de Gobierno Digital del MIPG. Es importante mencionar que en pro de contar con herramientas automatizadas ha celebrado contrato con Almera, en búsqueda del logro de objetivos estratégicos.

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 con base en los diferentes manuales entregados por los proveedores de tecnología, realiza seguimientos para evidenciar la efectividad de controles establecidos

dentro de la misma tecnología ofrecida, en forma de lograr articulación con los distintos manuales y procedimientos internos de control Institucionales

La Oficina de Control Interno, evidencia que Salud Sogamoso a través de P.U. DE Recursos Informáticos, quien es el supervisor designado para el contrato con el proveedor del servicio CNT, es quien ejerce las actividades de control y seguimiento; con base en términos de referencia establecido dentro de la relación contractual.

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

Salud Sogamoso E.S.E. a través de la Oficina de Recursos Informáticos ha definido el "Manual de Políticas de Seguridad de la Información, dentro de los cuales se encuentra los P.U. Líderes de Proceso: de Planeación, Salud Pública, Talento humano, Financiera, Presupuestal, Calidad.... A cada uno de los usuarios según la asignación establecida por los Subgerentes Administrativo y de Servicios, y acorde al rol laboral, se establecen permisos de usabilidad.

La Oficina de Control interno según se evidencia con base en el manual de Seguridad de la Información y protección de datos personales, Política de Recursos Informáticos, GRI-P-014 GESTIÓN INCIDENTES DE SEGURIDAD DE INFORMACIÓN, GRI-P-009 PROCEDIMIENTO PARA MINERÍA DE DATOS, GRI-P-008 ADMON DE USUARIOS SISTEMAS INFORMACION, GRI-P-006 PROCEDIMIENTO CONTINGENCIA DE RECURSOS INFORMÁTICOS, GRI-P-005 GENERACION COPIAS DE SEGURIDAD.; se logra control de La matriz de Rol Usabilidad según requerimientos y aprobación por parte de la Alta Dirección.

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.

De acuerdo al mapa de riesgos del proceso "Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones", la Oficina de Control interno ha determinado que es indispensable adelantar las acciones establecidas en el Autodiagnóstico de Gobierno Digital, toda vez que allí existen actividades que se debe realizar tales como

- La entidad realizó durante el periodo evaluado seguimiento al uso de datos abiertos publicados.
- Durante el periodo evaluado se generaron soluciones o insumos para la solución de las problemáticas o necesidades de la entidad, a partir de las acciones, iniciativas o ejercicios de colaboración con terceros usando medios electrónicos.
- Indique el porcentaje de ejercicios, iniciativas o acciones de participación que realizó la Entidad con la ciudadanía, usuarios o grupos de interés utilizando medios electrónicos para la consulta o toma de decisiones, respecto del total de ejercicios, iniciativas o acciones de participación que ha realizado la Entidad con la ciudadanía, usuarios o grupos de interés, durante el periodo evaluado.
- Con relación a la gestión y planeación de los componentes de información, la entidad:

- a. Definió un esquema de gobierno de los componentes de información
- b. Definió una metodología para el diseño de los componentes de Información
- c. Definió un esquema para el análisis y aprovechamiento de los componentes de Información.
- e. Ninguna de las anteriores.

La Oficina de Control Interno verifica que en cumplimiento de la Política y Procedimiento de Administración del Riesgo; adelantó la evaluación a la efectividad de controles establecidos en el mapa de riesgo del proceso "Gestión de Recursos Informáticos" en el 2021, como se encuentra registrado en el mapa de riesgo de dicho proceso, conforme al lineamiento dado para este numeral.

Lineamiento **12:**
Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa 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. dentro de la Visión Institucional la acreditación en el año 2024; implícitamente contempla la actualización de políticas, manuales, procesos, procedimientos..... en el transcurso de autoevaluación interna y revisión de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario, por tanto 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 Oficina de Control interno, evidencia que dentro de la actualización de los Procedimientos, Guías, Manuales Institucionales, Formatos..... es realizada en forma permanente, mediante aprobación en Junta Directiva, según se demuestra en el Manual de Procesos y procedimientos, que la última versión (11) corresponde a diciembre del 2021, documentos que son socializados, implementados y evaluados, por parte de cada Profesional Universitario Líder de proceso como responsable de la actualización e implementación.

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

Salud Sogamoso E.S.E., mediante La política de Administración del Riesgo, aprobado mediante resolución 342 de octubre de 2020, Con procedimiento GDP-P-009 y la Matriz Formulación de riesgo GDP-F-040, se establece para todos los procesos Institucionales, a partir de la identificación del riesgo, estableciendo causas posibles, ante las cuales se determinan controles con los que logre la mitigación de ocurrencia del riesgo. Estos controles son revisados por parte de la Profesional Líder de Planeación y luego son evaluados frente a la efectividad de los mismos por parte de la Profesional Líder de Control Interno.

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 que conlleva a la mitigación del riesgo, comprobando que el control realmente se ajusta a los requerimientos

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

Según el procedimiento establecido para la administración del riesgo en el que establece a partir de la identificación del riesgo y sus causas sobre lo cual se detectan los controles que generan un plan de acción con lo cual se realiza el monitoreo, seguimiento, medición y evaluación donde se toman acciones a realizar con el objetivo de formalizar una administración y Gestión segura

Según La política de Administración del Riesgo, aprobado mediante resolución 342 de octubre de 2020, Con procedimiento GDP-P-009 y la Matriz Formulación de riesgo GDP-F-040, en la cual establece la identificación del riesgo inherente por proceso, identificación de causas establecimiento de controles a los mismos, determinar el plan de acción que conlleve a la mitigación del riesgo con lo cual se determina el riesgo residual es decir posterior a la implementación de los controles establecidos con lo cual se reinicia el ciclo PHVA.

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

La Persona asignada para ejecutar el control. Debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutar el control dentro del proceso y sus responsabilidades deben ser adecuadamente segregadas o redistribuidas entre diferentes individuos, para reducir así el riesgo de error o de actuaciones irregulares o fraudulentas. Si ese responsable quisiera hacer algo indebido, por sí solo, no lo podría hacer.

La Oficina de Control Interno verifica que Si la respuesta es que cumple con los lineamientos preestablecidos en el procedimiento de Administración del riesgo, quiere decir que el control está bien diseñado, si la respuesta es que no cumple, **tenemos que identificar la situación y mejorar el diseño del control con relación a la persona responsable de su ejecución.**

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.

Según la política y el procedimiento de Administración del Riesgo " en los que se definen las responsabilidades adquiridas en administración del riesgo por parte de cada P.U. Líder de proceso en lo pertinente al monitoreo y reporte teniendo adherencia al procedimiento de comunicaciones.

La oficina de Control interno evidencia que dentro de los aspectos a considerar se incluyen los cambios en el entorno que afectan la ejecución de los controles establecidos y que podrían generar nuevos riesgos, los cuales durante el monitoreo se deben tener en cuenta por parte de cada líder en su gestión.

COMPONENTE DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Lineamiento **13:**

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.

Salud Sogamoso teniendo como base la normatividad pertinente (Ley 1712-2014, Ley 594 - 2000) mediante los procesos de recursos informáticos y comunicación se ha establecido la matriz de necesidades de la información la cual se instituye con base en los requerimientos por parte de cada profesional líder de proceso. En respuestas a las necesidades operativas de los diferentes procesos ha adquirido sistemas de información que facilitan la conservación análisis y transformación de los datos allí almacenados en información relevante para la entidad.

Salud Sogamoso E.S.E., teniendo en cuenta la importancia del uso de los sistemas de información Gerencial, la cual radica, en que la información puede usarse para respaldar la toma de decisiones dentro de la organización, ya que dicha información nos podrá mostrar si una decisión es la correcta o no, sin olvidar que existen otras variables que influyen en la misma.

Con el objetivo de dar apoyo a cada dependencia frente al flujo de información dentro y fuera de la entidad, se ha invertido en sistemas que respondan a las necesidades de la Entidad, conforme a requerimientos de calidad

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

En importante referirse frente a que la información de ingreso y salida (Gestión y Tramite) de la Entidad se direcciona a través del Software Ventanilla Única, ante lo cual se cuenta con un procedimiento GDO-P-006 Gestión y Tramite Ventanilla Única de Correspondencia, asimismo con los formatos GDO-F-008 Registro Información y Comunicación Enviada y GDO-F-007 Registro Ingreso Información y Comunicación Interna Y Externa

La Oficina de Gestión Documental y Recursos Informáticos como líder de la Política de Seguridad de la Información, rediseño Las Tablas de Control de Acceso Contienen información generada por las TRD, Cuadro de Clasificación Documental, Registro de Activos de Información, e Índice de Información Clasificada y Reservada de la empresa

Las tablas de control de acceso de la empresa aplican para los archivos de Gestión y archivo central, con el fin de mantener la integridad de los documentos y garantizando el acceso a la información, de las personas de interés, con medidas de seguridad. GDO-F-009 Registro de Activos de Información, GDO-F-010 INDICE DE INF CLASIFICA Y RESERVADA

La oficina de Control interno verifica que se cuenta con Procedimiento GDO-P-001 Organización Documental, Con Formato GDO-F-006 Cuadro de Clasificación Documental CCD Salud Sogamoso ESE, 2. GDO-F-002 Tabla de retención documental, Formato Inventario documentos Vitales y esenciales GDO-F-12. Igualmente con el Procedimiento

GDO-P-004 Disposición de Documentos, GDO-P-003 Consulta y Préstamo de Documentos. Con lo cual se busca tener la mejor organización de la información de la entidad

13.3 La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos.

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con canales de información interna y externa (Bases de datos de EAPB, Bases e Datos de Software de Procesamiento de Datos Institucionales) a través de las cuales se capta información en pro de la satisfacción del usuario en lo referente al servicio de salud, toda vez que esta es la Misión Institucional. Todo lo cual se socializa en Comité de Gestión y Desempeño, socialización de POAS en periodos bimestrales.

La oficina de Control Interno, evidencia que como canales de comunicación a nivel interno y externo con los cuales la Entidad cuenta son:

BASES DE DATOS DE EAPB que ingresan, **BASES DE DATOS** que se generan en la Entidad en el desarrollo de las actividades propias de la Entidad. (Backup)

CANALES OFFLINE: televisión, radio, prensa, vallas publicitarias, eventos, etc.

CANALES ONLINE: Página web, blog, redes sociales, email, etc.

La evaluación del plan de comunicaciones se realiza en periodos semestrales, por parte del líder de la oficina de comunicaciones, a partir de los indicadores preestablecidos.

La información obtenida, a nivel interno y externo se constituye en insumo para la formulación de los Planes de mejora en pro del ciclo PHVA.

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

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con un procedimiento de protección de datos personales GRI-P-007 TRATAMIENTO Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES y Formularios de autorización para el uso de datos personales GRI-F-007 AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS PERSONALES. De otra parte den aras de lograr el cumplimiento de la ley de transparencia con lo cual busca garantizar el derecho de acceso a la información, transparencia y accesibilidad.

La Oficina de Control interno, mediante el desarrollo de las actividades de control evidencia que Salud Sogamoso E.S.E, establece criterios para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 en búsqueda de articular la información Institucional con el cumplimiento de requisitos en materia de acceso a la información pública, tales como accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos, bajo lineamientos de integridad, confidencialidad y disponibilidad de datos.

Lineamiento **14:**
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 entiende su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).

Se cuenta con canales de comunicación interna, por medio de la intranet institucional Se evidencia en los siguientes documentos que se encuentran en Listado Maestro de Documentos, Plan de Medios comunicaciones internas: Procedimiento de Comunicaciones GMA-P-005. GMA-F-004. 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 pública de salud Sogamoso E.S.E. GMA-F-004.

Se establecieron canales de comunicación interna y externa: procedimiento GMA-P-016-PROCEDIMIENTO PUBLICACIÓN EN PAG WEB: Además se cuenta con las diferentes redes sociales (Chat Institucional, Correos Institucionales, Intranet). Se recomienda realizar fortalecimiento en la medición de efectividad en el acceso a los mismos.

La Oficina de Control interno verifica que Salud Sogamoso E.S.E., atendiendo la ley 1712 del 2014 cuyo objetivo es el de regular el derecho de acceso a la información pública, que articulado con el componente de información y comunicación de MECI busca que mediante los procedimientos, formatos y otros mecanismos, se logre la captura, procesamiento y generación de datos que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación sea adecuada a las necesidades y expectativas de los diferentes usuarios.

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., con el objetivo de resguardar y proteger la información buscando mantener la confidencialidad, la disponibilidad e integridad de datos, establece, socializa e implementa el GRI-M-001 MANUAL DE GERENCIA Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, como el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones y de los sistemas tecnológicos de la Entidad.

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. Se documentó el Manual GRI-M-001 MANUAL DE GERENCIA Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, la Guía GRI-G-001 GESTIÓN INCIDENTES SEGURIDAD DE LA INFORMACION.. Documentos que aunados con la Política de Comunicaciones, Política de Seguridad de la Información, se establecen claramente los niveles de responsabilidad y autoridad en lo referente a la administración de la Información Institucional.

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 Procedimiento GAA-P-050 TRAMITE DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES. GAA-P-033 MANEJO DE BUZON DE SUGERENCIAS , GAA-P-060 ELABORACIÓN DEL INFORME DE PQRS, Asimismo con Formatos GAA-F-058 ELABORACION DEL INFORME DE PQRS , GAA-F-057 CONSOLIDADO PQRSF , GAA-F-056 BUZON DE SUGERENCIAS , GAA-F-055 PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS, GAA-F-054 ACTA DE FIJACION Y DESFIJACION, GAA-F-053 APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIAS. Con todo lo cual se busca eficacia y eficiencia en el manejo de los, la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares, generando confianza hacia quienes los interponen.

Así mismo a nivel interno se estableció el Procedimiento GTH-P-021, Escuchándote Mejoramos, cuyo objetivo es el de Garantizar el derecho de los colaboradores de Salud Sogamoso E.S.E para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones, que surjan con ocasión a temas relacionados a convivencia laboral de Salud Sogamoso E.S.E, permitiendo a la institución establecer estrategias de mejora continua.

De la verificación realizada por parte de la Oficina de Control Interno mediante el monitoreo, seguimiento y evaluación de la apertura de buzones, adherencia al procedimiento, adherencia al procedimiento de PQRSF intranet, Peticiones, solicitudes y demás mecanismos utilizados por Salud Sogamoso E.S.E. En pro de la adecuada atención de los canales de información internos para denuncias y demás situaciones particulares de usuarios externos e internos, evidencia el adecuado manejo y adherencia, con lo cual se da oportuna respuesta y buscando la satisfacción de quien interpone la PQRS.

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

Salud Sogamoso E.S.E. dentro de las políticas y procedimientos que conllevan a una adecuada comunicación interna y externa esta la política de comunicaciones con la cual se busca responder de manera oportuna y eficiente a los intereses y necesidades de la comunidad por medio de la información transmitida por la entidad, garantizando el adecuado uso de la imagen corporativa que se ajusta a los lineamientos establecidos en el plan de comunicaciones. Asimismo establece el procedimiento GMA-P-005 Procedimiento GMA-P-005 PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIONES con el cual se busca 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.

La Oficina de Control Interno, mediante verificación de las comunicaciones internas y externas evidencia adherencia a los diferentes lineamientos establecidos por Salud Sogamoso E.S.E., Sin embargo es indispensable que los equipos de mejoramiento logren transversalidad hacia los equipos de autoevaluación y de allí a los equipos primarios, todo lo correspondiente a información asertiva en forma transversal.

Lineamiento

15:

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 tercerizados (cuando aplique).

Se han establecido estructurados canales de comunicación con entes externos tales como la página web institucional, el cual cuenta con procedimiento de redes sociales y correo electrónico. Es necesario Procurar que la información llegue a todos los niveles de la entidad, tanto proveedores de servicios como personal interno. Que una vez establecido el procedimiento de Administración del riesgo se establecieron controles para cada procedimiento del proceso de comunicaciones tanto a nivel interno como externo

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, que 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

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

Dentro del procedimiento se levanta el GMA-F-01, en el cual se establecen las comunicaciones internas y externas. Registro Fotográfico y video para apoyo de actividades de comunicaciones, Grupos de WhatsApp, Plataforma Electrónica. Página Web.

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;

Según se evidencia por parte de la Oficina de Control Interno que se hace adherencia de lo correspondiente a los diferentes procedimientos establecidos, cree importante continuar con el fortalecimiento de los medios de comunicación internos y externos Institucional, 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).

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con el módulo 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; 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.....La Gerencia analiza deriva en la profesional responsable de ventanilla Única la derivación de la información a quien corresponda.

La Oficina de Control Interno, recomienda continuar con el monitoreo, seguimiento y evaluación de adherencia al procedimiento de Gestión y Tramite de Ventanilla, por parte del Talento humano de la Entidad.

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., Implementa el plan de comunicaciones para garantizar una información eficaz y asertiva, con lo cual se da respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa Institucionales, 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 indicadores priorizados en el POAS institucional de la vigencia, PAMEC, Medición de Indicadores en la Gestión del Riesgo, Asimismo mediante indicadores de proceso

La manera de evaluar la efectividad de los canales de comunicación y sus contenidos a nivel externo se realiza mediante los indicadores establecidos dentro del procedimiento de comunicaciones así:

La evaluación del plan de comunicaciones se realizará semestralmente por el líder de la oficina de comunicaciones, a partir de los siguientes indicadores:

- a) Número de publicaciones realizadas /número total de publicaciones programadas en el cronograma de comunicaciones
- b) Número de comunicaciones no planeadas (fortuitas) ejecutadas/ número total de comunicaciones fortuitas radicadas en el área de comunicaciones.
- c) Número de comunicaciones publicadas en página Web/ Número de contenidos enmarcados en lista de chequeo para página Web.

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

Con base en la Información por parte de la P.U. de Planeación la última Caracterización de Grupos de Valor y Partes Interesadas se efectuó en el mes de junio; sin embargo es importante mencionar que las bases de datos de usuarios está caracterizada según requerimientos y se realiza personalización interna en forma permanente teniendo en cuenta que para ser atendidos deben estar identificados para sus correspondientes ofertas institucionales.

La Oficina de Control Interno, evidencia que con el objetivo de Tener información de calidad sobre tus **usuarios** y poder ofrecer los servicios de Salud en forma efectiva se tienen en cuenta variables como características de población rural o urbano, ocupación, curso de vida..... ... a las cuales se busca que sean medibles identificables, con lo

cual se logra efectividad en la prestación del servicio, facturación, causación de cartera y presenta mayor seguridad de lograr el recaudo de recursos.

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.

Salud Sogamoso E.S.E. realiza análisis a través de la consolidación de encuestas de satisfacción al usuario, en periodo mensual; asimismo el informe semestral de Control Interno del seguimiento y evaluación de las PQRSF y evaluación semestral del consolidado de encuestas de satisfacción, en las cuales se valora oportunidad en la respuesta a los usuarios, ante lo cual se dejan recomendaciones

La Oficina de control Interno de Salud Sogamoso E.S.E. en forma permanente realiza seguimiento, monitoreo y evaluación frente a la respuesta de manera oportuna a las PQRS de los usuarios, por sede, las cuales se consolidan y se analizan persistentemente.

La Entidad mediante las PQRSF, realiza análisis de las inconformidades y las toma como oportunidad de mejora para y lograr establecer estrategias con lo cual se logra minimizar la brecha establecida en la satisfacción del usuario, grupo de valor, grupo de interés

COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO

Lineamiento 16. 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?

En el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la Oficina de Control Interno anualmente presenta el Plan Anual de Auditoría de la vigencia, basada en riesgos por procesos, en el cual registra los informes de ley, asimismo la programación de los comités institucionales, el cual es aprobado y publicado en la página web.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E. socializa para la aprobación por parte del Comité de Coordinación de Control Interno, el cual fue aprobado en comité de coordinación de control interno acta 2 de marzo 11 2021. Al plan anual de auditorías se realiza seguimiento en periodos bimestrales lo cual es socializado en comité de gestión y desempeño mediante el tablero de indicadores.

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 a partir de la Gerencia en forma permanente evalúa los resultados de las auditorías internas, quien solicita los planes de mejora a que haya lugar. En procura de

la mejora continua en el funcionamiento de los procesos y se toman acciones que ayudan en la efectividad del Sistema de Control Interno.

La Oficina de Control Interno dando cumplimiento al procedimiento de auditoria, se realiza socialización de resultados con los auditados, posteriormente se radican los resultados de la misma en Gerencia como primer Cliente Interno, quien una vez realiza análisis y evaluación de ser necesario solicita plan de mejora, con lo cual se busca la corrección de desviaciones y /o brechas del proceso, cuyo resultado conlleve a la consecución del objetivo del proceso.

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

Según el Plan Anual de Auditorias basada en riesgos, aprobado en Comité de Coordinación de Control Interno, este plan se proyectó con base en la Matriz de riesgo por proceso y según POAS vigencia 2021, PAMEC 2021, se realiza seguimiento a todos los procesos para evidenciar la efectividad de los controles establecidos.

La oficina de Control Interno, ha planteado el Programa de Auditorías, así mismo informes de ley exigidos por la entidad de control Nacional, Departamental, Municipal planeado, Realización de seguimiento y evaluación del riesgo a través de auditorías, mediante seguimiento y evaluación en periodos cuatrimestrales, lo cual se realizó y se radico la evaluación a la Gerencia.

La Oficina de Control Interno, según la revisión de los riesgos asociados a las actividades contratadas, sugiere que con base en la materialización de perdida de activos de la Sede Magdalena, se hace necesario que cada supervisor de contrato este realizando monitoreo en forma permanente y exhaustiva en el cumplimiento de actividades y así evitar materialización alguna de riesgos.

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.

Según las líneas de defensa la Entidad a través de la Oficina Asesora de Planeación y Control Interno se establecieron los lineamientos y mecanismos para definir los responsables de los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación, asimismo la política de control interno instituye las tres líneas de defensa donde se menciona los conformantes, las responsabilidades de cada una de ellas en cada componente del MECI.

La Oficina de Control Interno a través del seguimiento de los Planes institucionales POAS, PAMEC PAAC, Plan de desarrollo para el 2020-2024, Plan financiero Anual (Presupuesto), todos los cuales está en permanente evaluación, en periodos, bimestrales, cuatrimestrales, semestrales, con lo cual se realiza medición y evaluación parcial para la toma de

decisiones, todo lo cual se socializa en Comité de Gestión y Desarrollo, donde la coordinadora es la P.U. Líder de planeación.

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.

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, toma como referentes los informes de evaluación elaborados por los entes externos como son los de la Contraloría General de Boyacá, según la presentación de la cuenta anual, quien formula recomendaciones de prevención de daño antijurídico, recursos financieros como lo son la contratación. El DAFP (FURAG) , los cuales son incluidos en el capítulo de planes de mejoramiento de los informes de evaluación independientes elaborados por esta Oficina.

Desde el proceso de Control Interno, se lleva control al cumplimiento de las acciones de mejora producto de las auditorías de entes de control y se vela por que las mismas se cumplan dentro de los términos establecidos, presenta informe de seguimiento al Director General.

Lineamiento

17.

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

Al realizar las evaluaciones independientes se presentan los informes a la gerencia (cliente interno), con los cuales formulan por parte de los evaluados acciones de mejora para corregir las brechas o desviaciones que se estén presentando y que se interponen ante la consecución de objetivos del proceso y de la Entidad, bajo términos establecidos, los cuales se consolidan en el Plan de Mejoramiento Institucional.

La Oficina de Control Interno a través de las evaluaciones independientes logra verificar la efectividad del sistema de control interno, Se realiza seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento con lo cual se determina la efectividad de las acciones propuestas dentro del plan de mejoramiento formulado por el responsable del proceso auditado

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

A partir de la evaluación independiente que adelanta la Oficina de Control Interno, evidencia que Una vez se reciben los informes de evaluación independiente de entes externos, la entidad suscribe el plan de mejoramiento en donde se define el curso de acción que permita subsanar los hallazgos evidenciados por el ente externo, a través de los instrumentos que se definan para tal fin. Los P.U. Líderes de proceso son los

responsables de subsanar las desviaciones que correspondan a cada uno dependiendo de los diferentes roles.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E. Conforme a las políticas de operación de la Entidad, como tercera línea de defensa no se limita exclusivamente a lo relacionado con la evaluación del Sistema de Control Interno y el de calidad, sino que tiene la función de realizar seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento de la Contraloría General Departamental, a las observaciones relacionadas con la Oficina de Control Interno, reporte FURAG y la autoevaluación de las dependencias, en cuanto al desarrollo y cumplimiento de la corrección de las desviaciones encontradas, buscando eficiencia y efectividad de las mismas.

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

La Gestión de la Entidad se realiza por proceso, lo cual conlleva a la Gestión sistémica, y se permite desarrollar un control interactivo que busca la mejora continua; el proceso de control y evaluación examina el cumplimiento como se establece para los demás procesos de mejora, en el que se contempla el reconocimiento de mejora por deficiencias de control, entre otras causas, participan las líneas de defensa

Falta dirigir espacios de capacitación sobre el particular, que deberían estar a cargo de la Oficina de Planeación, para fomentar su uso y buena práctica en la Entidad.

La Oficina de Control Interno, evidencia que cuenta con un procedimiento de mejora, a través del cual se establece las diferentes fuentes para formular acciones de mejora, sin embargo asimismo se debe establecer un diagnóstico sobre las fortalezas y debilidades sobre gestión de calidad para emprender las acciones correspondientes. Las deficiencias del Sistema de Control Interno son analizadas en Comité de Gestión y desempeño, de donde se genera los compromisos por parte de cada líder de proceso

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.

En Salud Sogamoso E.S.E., según la conformación del Comité de Coordinación de Control Interno y el Comité Gestión y Desempeño que corresponde los P.U. Líderes de Proceso y presidido por la Gerente de la Entidad, quienes realizan seguimiento permanente a las acciones correctivas a que haya lugar producto de desviaciones del Sistema de Control Interno

A través de la Oficina Asesora de Planeación la Alta Dirección adelanta el seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias identificadas en el Autodiagnóstico de la Política Control Interno, mediante la verificación de los planes de acción, el cual ha tenido avances transversales TRABAJAR EN EL PLAN DE ACCION

La Oficina de Control Interno realiza asistencia en los Comités de Gestión y Desempeño y hace las veces de secretaria en el Comité de Coordinación de Control Interno, comités en los que se realiza seguimiento y evaluación a las deficiencias que se presentan en el

Sistema de Control interno, con el ánimo de lograr el cumplimiento a los compromisos establecidos por cada Miembro conformante de estos.

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

Conforme al Manual de Contratación Institucional en el artículo 10 en 10.7. El análisis de riesgos previsible y la forma de mitigarlos, se prevén los riesgos a partir de la justificación de necesidades, buscando con ello el estricto cumplimiento de los principios de la contratación estatal y la función administrativa a efectos de mitigar, controlar y eliminar los riesgos que como consecuencia de la contratación, puedan resultar comprometiendo la responsabilidad de la ESE.

La responsabilidad de evaluación de procesos y/o servicios tercerizados corresponde a los supervisores de contrato designados por la gerencia; son quienes están atentos a los riesgos de cada contrato tercerizado, según requerimientos de la etapa precontractual en estudio de necesidades donde se tienen en cuenta los riesgos jurídicos, financieros y demás, con lo cual se establecen los controles y plan de acción correspondiente. Se realizan seguimientos mensuales al contrato, indicando en la casilla "Observaciones y Recomendaciones" cualquier tipo de comentario que sea relevante para una correcta ejecución del contrato en relación a criterios técnicos de calidad y oportunidad definidos en las obligaciones contractuales.

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

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. Asimismo se consolidan las PQRSF que se puedan generar de la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios en forma diaria y se consolida mensualmente siendo estos resultados publicados en la Página web botón transparencia sección satisfacción del usuario.

La Oficina de Control Interno verifica la evaluación al proceso "GAA-P-061 MEDICIÓN SATISFACCIÓN DEL USUARIO" con el fin de verificar el cumplimiento de la gestión realizada a las comunicaciones que ingresaron durante el periodo de estudio considerado en la presente evaluación, y que fueron identificados como Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades – PQRSDF a través de los canales de atención al ciudadano establecidos por la Entidad, teniendo en cuenta lo establecido por la Ley 1755 de 2015.

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

La Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa adelanta el seguimiento a las acciones establecidas en los Planes de Mejoramiento asimismo realiza la verificación del avance del plan de acción formulado en los diferentes planes de

mejoramiento, se realiza mediante el monitoreo, seguimiento y medición de cumplimiento mediante el formato formulado para ello es el GQL-F-020.SEGUIMIENTO AUDITORIA.

En el procedimiento del plan de mejoramiento GQL-P-002 PLANES DE MEJORAMIENTO, aunado con el Formato GQL-F-006 PLAN MEJORAMIENTO, establece responsabilidades a la "Segunda línea de defensa" se establecen criterios para el seguimiento tales como: Avance en la ejecución, Calidad de la información y Oportunidad. El procedimiento establece como **CONTROL (segunda línea de defensa)**: a cargo de servidores que tienen responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles y la gestión del riesgo. Entre ellos pueden citarse: jefes de planeación o quien haga sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, supervisores o interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos (donde existan), comité de contratación, áreas financieras, de TIC, entre otros que generen información para el aseguramiento de la operación.

La Oficina de Control Interno verifica que 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 para su verificación se solicita soportes, además que debe efectuarse con los criterios establecidos para su desarrollo, se realiza el seguimiento y evaluación por parte de la segunda Línea de Defensa, evaluada por la Tercera Línea de defensa y posteriormente, los resultados consolidados se socializan en Comité de Coordinación de Control interno.

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)

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa adelanta evaluación a las acciones establecidas en los Planes de Mejoramiento del SIG, de conformidad con lo establecido en el procedimiento GQL-P-002 PLANES DE MEJORAMIENTO, aunado con el Formato GQL-F-006 PLAN MEJORAMIENTO, mediante formatos GQL-F-006 PLAN MEJORAMIENTO, GQL-F-020.SEGUIMIENTO AUDITORIA

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa realizó la evaluación a la efectividad de las acciones establecidas en los Planes de Mejoramiento del SIG en el mes de febrero de 2021, en cumplimiento al PAA 2021 y de conformidad al procedimiento GQL-P-002 PLANES DE MEJORAMIENTO, aunado con el Formato GQL-F-006 PLAN MEJORAMIENTO, mediante formatos GQL-F-006 PLAN MEJORAMIENTO, GQL-F-020.SEGUIMIENTO AUDITORIA dando cumplimiento a la responsabilidad de "Tercera línea de defensa" el cual establece "La tercera línea de defensa efectúa la evaluación y determina la efectividad de las acciones de los planes de mejoramiento . Se realiza seguimiento del mismo según actividades del POAS, PAMEC y Riesgos de Gestión.

17.9 Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes?

En los Comités de Gestión y Desempeño se realizan análisis transversales del Sistema de Control Interno, así mismo se presentan a Gerencia evaluaciones por parte del proceso de control interno en las cuales se evidencian desviaciones del Control Interno estableciendo acciones de compromiso que conllevan al mejoramiento del sistema de control interno.

La Oficina de Control Interno, remite en forma permanente a la Gerencia y a los líderes que corresponda los informes de auditorías realizadas, con los resultados de las actividades, seguimientos y evaluaciones, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017, específicamente en lo relacionado con el Rol de Evaluación y Seguimiento y el Decreto 338 de 2019 “Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno.

La Oficina de Control Interno, de manera mensual remite a través de memorando el informe de gestión de la OCI con los resultados de las actividades, seguimientos y evaluaciones, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017, específicamente en lo relacionado con el Rol de Evaluación y Seguimiento y el Decreto 338 de 2019 “Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción.

Según las calificaciones y observaciones de Evaluación del Sistema de Control Interno encontramos las siguientes observaciones.

1. Evaluaciones relacionadas con el retiro

La Política de GETH, documenta actividades relacionadas con el retiro sin embargo es necesario que se haga una actividad del post-servicio como es el caso de coadyuvar en la búsqueda de aportes gubernamentales para retirados.

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

Es necesario que los supervisores realicen una profunda adherencia al rol de supervisor y al procedimiento Institucional para tales casos.

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

Se convoca a establecer un documento de paso a paso una vez se materialice un riesgo, y realizar seguimiento exhaustivo sobre las acciones determinadas.

4. Se llevan a cabo seguimiento a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas

Se recomienda que cada P.U. Líder de Proceso realice análisis profundo sobre causas que generaron la materialización del riesgo y cuáles son las acciones a resolver minimizando el impacto que soporte la Entidad **La Alta dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.**

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

Se debe continuar con la adherencia al procedimiento de administración de los riesgos monitoreando y evaluando los riesgos que pueden ser aceptados y en qué nivel, teniendo adherencia al procedimiento. Sin embargo es importante la actualización de este con base en la guía del 2020 DAFP.

6. La Entidad analiza el impacto sobre el Control Interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales.

Se recomienda continuar con la definición permanente de objetivos Y Desarrollo del plan de Acción de Control Interno, basándose en cambios Interno y Externos que puedan afectar los Objetivos Institucionales.

7. 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.

Como acción de mejora consta de la imperiosa necesidad de examinar lo correspondiente a la efectividad en la segregación de funciones como es el caso de facturación, cartera, tesorería se realice una acertada segregación de funciones

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

Se recomienda que la Entidad, logre establecer y verificar efectividad en los controles establecidos para actividades realizadas por proveedores de tecnología.

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

La Entidad desarrolla e implementa actividades de control sobre integridad confidencialidad y disponibilidad, sin embargo es importante que se realice despliegue hacia los grupos primarios de trabajo

10. 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

Es importante que la Oficina de Control Interno establezca plan de acción para realizar mayor seguimiento a auditorías internas y evaluaciones independientes, con lo cual se procura el mejoramiento continuo del Sistema de control interno, y se determine su efectividad.

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

Es necesario que los supervisores de contrato, verifiquen posibles riesgos inherentes en la ejecución o derivados de actividades de los contratistas mediante seguimiento en el desarrollo de las actividades contratadas.

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

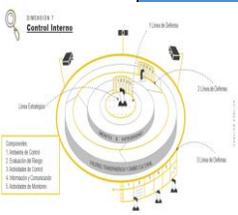
Se hace necesario que el monitoreo y la supervisión se debe realizar de forma permanente la evaluación de la eficacia de los planes de mejoramiento, por parte de la segunda línea de defensa, en forma de lograr que la evaluación sea efectiva

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

Se hace necesario que el monitoreo y la supervisión por parte de la segunda línea de defensa; asimismo la evaluación que realice la 3 línea de defensa se realice de forma permanente, lo cual se concluya con la la evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento

14. Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes

Las deficiencias del sistema de control interno, deben ser comunicadas a los líderes en forma proactiva para que sean tenidas en cuenta

<p>Nombre de la Entidad:</p> <p style="text-align: center;">SALUD SOGAMOSO E.S.E.</p>	
<p>Periodo Evaluado:</p> <p style="text-align: center;">VIGENCIA II SEMESTRE 2021</p>	
	<p style="text-align: center;">Estado del sistema de Control Interno de la entidad</p> <p style="text-align: right; font-weight: bold;">91%</p>
<p>Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno</p>	
<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. Para dar cumplimiento de los objetivos estratégicos, continúa con el eguimieto y evaluación del sistema de control interno frente a los 5 componentes del MECI, mediante la aplicación de la matriz establecida por la Funcion Publica DAFP; evidenciando que Salud Sogamoso E.S.E., ha procurado trabajar articuladamente las Acciones derivadas de procesos, políticas, procedimientos que conlleven a la consecucion de los objetivos estrategico Institucionales, sin descuidar la Administración de los riesgos relacionados.</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>No</p> <p>El Sistema de Control Interno de Salud Sogamoso busca ser eficaz, eficiente y efectivo mediante la interoperabilidad de todos los procesos por intermedio de los Profesionales Líderes, según los objetivos evaluados durante el primer semestre 2021, lapso en el se observa el compromiso, trabajo constante y articulado por parte de todas las líneas de defensa, lo cual se refleja en un Sistema de Control Interno, maduro y acorde con las exigencias. Además se intensifican acciones para cumplir los objetivos institucionales en medio de la emergencia sanitaria.</p>
<p>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E., realiza evaluación y análisis de las responsabilidades de las líneas de defensa por cada uno de los componentes de MECI, estas se encuentran operando en atención a la Política de Control interno (resolución 110 del 2019)de acuerdo a las actividades normativas y descritas en la Séptima Dimensión de MIPG, siendo de gran importancia para el seguimiento del Plan Estratégico de Desarrollo, además de la actualización e implementación de la Administración del Riesgo. Es importante mencionar que la responsabilidad de las líneas de defensa en el desarrollo e implementación de los componentes MECI, se establecieron en la resolución 110 del 2019, política de Control internoDesde la Oficina de Control Interno.</p>

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Indicador, descripción de los hallazgos y/o fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	SI	96%	Salud Sogamoso E.S.E. frente al componente de "Ambiente de Control", luego de haber construido su Código de Integridad y realizar la socialización mediante videos, piezas publicitarias y diferentes actividades en procura de su interiorización e implementación por parte del Talento Humano institucional, en procura de Revelar la Integridad como principio y valor de la plataforma estratégica. Así mismo se ha establecido el programa de humanización donde ha documentado un procedimiento de PQRSF exclusivo para el talento humano institucional, cuenta con lineamiento. Se da Caracter Estratégico al Talento Humano, con lo cual se evidencia la importancia del mismo y se establecen todos los Planes que se estipulan en el MIPG. Actualiza El procedimiento de Administración del Riesgo y desarrolla herramienta para su adecuada formulación, gestión administración y seguimiento. Como parte fundamental se mantiene articulación en las Tres Líneas de defensa, las cuales se definieron desde la Política de Control interno, donde establece conformantes y responsabilidades de cada una, compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Teniendo en cuenta que el Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, en el cual se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad. □	74%		22%
Evaluación de riesgos	SI	88%	Salud Sogamoso en lo referente a la "evaluación de riesgos", muestra un descenso en su indicador del 3%, que podría referirse a la materialización de riesgos, lo cual conlleva un análisis documentado de lo ocurrido y la reformulación de nuevos controles que eviten la nueva incursión, con lo cual es necesario proyectar en el mismo la oportunidad de mejora que se debe efectuar y verificar nuevamente la efectividad. Otro criterio que podría haber afectado el descenso corresponde a la implementación de lineamientos provenientes de la guía 2018 DAFP, situación que debe ser subsanada en el 2022 mediante la articulación con la Guía de Administración del Riesgo del 2020; es necesario referir que se ha continuado con la realización del monitoreo, seguimiento y evaluación en forma permanente por parte de cada Líder P.U. de proceso, se documenta y se evalúa mediante indicadores, verificando la efectividad de los controles establecidos y determinando el plan de tratamiento y/o acción el cual de la misma forma se evalúa adherencia y eficacia	91%		-3%
Actividades de control	SI	92%	Frente al componente de "actividades de control", la entidad dentro de los procesos cuenta con procedimientos, guías, manuales, formatos; sin embargo existen algunas desviaciones en lo correspondiente a la separación adecuada de funciones, asimismo cada proceso implícitamente ejerce controles y para el caso de los riesgos cada Profesional Líder de Proceso, dentro de la administración del riesgo han determinado controles se han establecido controles y otros que son inherentes, como es el caso del proceso contable y financiero que posee controles internos del software CNT; los cuales coadyuvan en verificaciones previas y en tiempo real. Como controles que se establecen en el Proceso de Recursos Informáticos para contrarrestar los riesgos de TI y de seguridad de la información al interior de la Entidad se cuenta con Manual de seguridad de la información, permisos y perfiles de usuario para dar acceso a la información que corresponde según el proceso que se asigne y permisos derivados del mismo. Como complemento se formula el plan de auditorías basadas en riesgos; como resultado de la mismas pueden o no generar formulación del plan de mejora por parte del Profesional Auditado, y a este por parte de la Oficina de Control interno y otro auditor realiza seguimiento hasta comprobar la efectividad del mismo	83%		9%
Información y comunicación	SI	94%	Salud Sogamoso ha establecido los mecanismos para captura y procesar datos con el propósito de generar los informes propios de la entidad, asimismo cuenta con información relevante que es actualizada en forma permanente para lograr la prestación del servicio de salud al grupo poblacional pertinente según el curso de vida, según las bases de datos asignada por cada EAPB, en respuesta a ello se proyectan informes servicio prestado y se envían bases actualizadas con los servicios prestados a cada uno de los usuarios asignados, en igual forma Salud Sogamoso E.S.E. proyectó su plan de medios y comunicaciones; en el cual además se programan eventos (Estrategias, paginas publicitarias, videos, capsulas), presencia en redes sociales de la Entidad, actualización de la página web, entre otros. Con lo anteriormente mencionado La Entidad busca satisfacer de necesidades frente a la divulgación de resultados, comunicación de mejoras obtenidas en la gestión administrativa con lo cual se busca que la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés. Con lo cual se logra impacto en la comunicación interna a partir de la alta dirección. Es importante trabajar en el talento humano y su responsabilidad en el control interno.	89%		7%
Monitoreo	SI	82%	Frente a las auditorías realizadas por Control Interno, se realizan con base en el plan de auditorías proyectado por la Oficina de Control y aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno, el cual cuenta con seguimiento de cumplimiento mediante indicadores; frente a la efectividad se detectan desviaciones, ante las cuales se formulan planes de mejora por parte del responsable auditado, los cuales tienen monitoreo, seguimiento y evaluación de efectividad. De otra parte la Gerente como cliente interno principal demuestra Compromiso frente a las Evaluaciones Independientes, toda vez que con los resultados son insumo principal para la toma de decisiones. De otra parte el monitoreo se realiza en forma transversal mediante la implementación de mecanismos de monitoreo acorde con el Esquema de Líneas de Defensa como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones. Dentro del fortalecimiento necesario es indispensable el monitoreo permanente en todo aspecto incluyendo el nivel de riesgo identificado por los supervisores de contratos.	79%		3%

CONCLUSIONES

Según la revisión, monitoreo, seguimiento y evaluación del Sistema de Control interno y realizando análisis de criterio a criterio que establece la Función Pública en la Matriz ESCI, los resultados por componente del MECI es de la siguiente manera:

La evaluación del Sistema de Control interno, mediante esta matriz se evidencia a través de cada uno de los criterios establecidos para los 17 lineamientos distribuidos en 5 componentes, dentro de los cuales se evidencian falencias en la implementación para algunos criterios de los 5 componentes, sin embargo es importante mencionar que se trabaja en aquellos criterios que aún no están totalmente documentados o que por algún motivo no se ha logrado la implementación de forma adecuada:

¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):

La Oficina mediante el seguimiento y evaluación realizada para el segundo semestre 2021, determina que la Evaluación del Sistema de Control Interno, frente a los objetivos de la Entidad con corte a diciembre 31, basándose en los criterios establecidos por la Función Pública y según los resultados de la Matriz ESCI, se observa una calificación total del 91%, que según cada componente se determinan resultados así: Ambiente de control con un 96%, Evaluación de riesgos (88%), Actividades de control (92%), Información y comunicación (96%) y Monitoreo (82%). Resultados de los 17 lineamientos y cada uno de ellos con sus correspondientes criterios

Se requiere trabajar en la documentación de la materialización de los riesgos, estableciendo curso de acción que se tenga en cuenta en la nueva formulación y establecer controles efectivos.

La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):

La oficina de control interno ha realizado verificación en cada criterio tanto a nivel de documentación como de la implementación de los mismos, es por esto que se permite establecer que la entidad ha avanzado en el diseño e implementación de las políticas de gestión riesgos, contenidas en el Modelo Integral de Planeación y Gestión-MIPG, bajo el esquema de líneas de defensa; lo que permite garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes, programas y el mejoramiento continuo.

La política de control interno establece las líneas de defensa en tanto su conformación, como las responsabilidades para cada una en cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, articulada con el Modelo de Planeación y Gestión Institucional

La evaluación permite determinar que Salud Sogamoso E.S.E. Avanza en la articulación de las políticas Institucionales con la Política de Gestión del Riesgo, con lo cual se da cumplimiento al Modelo Integral de Planeación y Gestión-MIPG, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes, programas y el mejoramiento continuo

La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):

Salud Sogamoso E.S.E. está comprometida con establecer y mantener un sistema de control interno, bajo los principios del MECI: autocontrol, autogestión y autorregulación, en la cual todos los colaboradores son responsables de asegurar la gestión de los riesgos, la efectividad de los controles a su cargo, la novedad de eventualidades y las deficiencias encontradas, así como de velar por el mejoramiento continuo de sus procesos.

Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad,

satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno.

GILMA JANETH PERICO GRANADOS
OFICINA DE CONTROL INT