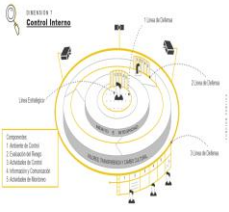


EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO ENERO 1 - JUNIO 30 DEL 2021

	<p>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</p>	<p>89%</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. Segun el objetivo Institucional continua con el reforzamiento del desarrollo sistematico de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, al cual se le ha dado mayor importancia apartir del MIPG con el Decreto Nacional 1499 de 2017; de otra parte se ha fortalecido los componentes de MECI con el trabajo articulado de las líneas de defensa: Línea Estratégica (Alta dirección); Primera Línea (Líderes y gestores de Procesos); Segunda Línea (Oficina Asesora de Planeación); Tercera Línea(Oficina de Control Interno) en temas como la Administración del Riesgos, Procesos y Procedimientos, Indicadores, Planes/Proyectos/Programas, Información/Comunicación y Auditoría Internas del Sistema de Control Interno y Sistema de Gestión de Calidad</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, segun 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 descritos 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</p>

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades 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	83%	<p>Salud Sogamoso E.S.E., frente al componente de "Ambiente de Control", se construyó el Código de Integridad, se han llevado cabo diferentes actividades de socialización de los valores que conforman este código con el fin de que sean interiorizados por todos los responsables de los procesos; y para esta vigencia se ha realizado el autodiagnostico para determinar desviaciones, otro proceso que logra fortalecer el ambiente de control de la entidad, es contar con el Plan Anual de Auditoría basada en riesgos, el cual fue aprobado en Comité de Coordinación de Control interno, las que se han venido realizando en forma oportuna , se logra establecer seguimiento permanente segun lo requiera, se entregan sus resultados a la alta dirección, quienes velan por la aplicación de los controles establecidos o recomendados pro el Porceso de control interno.Si bien es cierto, Salud Sogamoso E.S.E. Se Gestiona mediante el Modelo de Operación por procesos.</p> <p>Se puede evidenciar un alto compromiso con el ambiente de control, no solo por parte, por parte de Funcionarios de las plantas (Permanentes y Temporal)tambien por el personal contratado, quienes se han apropiado de los procesos y de los controles establecidos para un</p>	74%		10%

Evaluación de riesgos	Si	94%	<p>SALUD SOGAMOSO e.s.e. en lo referente a la "evaluación de riesgos", ha Institucionalizado la política de Administración del riesgo, ha documentado el Procedimiento con la herramienta como Matriz de identificación e los riesgos por proceso, todo lo cual se ha dado inicio y del cual se viene desarrollando como proceso en fase de mejoramiento, toda vez que se adelantan las actividades definidas en el plan de accion segun el mapa de riesgos; sin embargo, el mapa de riesgos fue construido con base en la guía para la administración de riesgos emitida por el Departamento Administrativo de al función Pública -DAFP-, en la que participaron todos los responsables de los 18 procesos y procedimientos; este Mapa de riesgos por procesos, incluye tanto los riesgos de gestión, a los cuakes se les realiza seguimiento, monitoreo, medicion y evaluacion en periodos cuatrimestrales, con el objetivo de mitigar los diferentes riesgos identificados, seguimiento que se realiza tanto por parte de los líderes de los</p>	91%		3%
-----------------------	----	-----	---	-----	--	----

Actividades de control	SI	92%	Frente al componente de "actividades de control", la entidad tiene en sus diferentes procesos y procedimientos, diferentes controles establecidos. El proceso contable y financiero posee controles eficientes ya que el programa SAFIX permite controles en tiempo real y los procedimientos llevados a cabo que le permiten gestionar la seguridad de la información al interior de la Entidad. Se cuenta con permisos y perfiles de usuario para dar acceso a la información que corresponde según el proceso que se asigne y el personal posee buena experiencia en el sector público y en las actividades de control que deben cumplir. Si bien es cierto que la Entidad no posee equipos de cómputo propio, si tiene un buen soporte informático, lo que se traduce en una mayor eficiencia y mayor productividad. El equipo de trabajo suministra la información requerida al proceso de control interno de forma oportuna y presentan un alto grado de compromiso con el ambiente de control y con las evaluaciones que se realizan con base en el plan anual de auditorías aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno de la Entidad.	83%		9%
Información y comunicación	SI	93%	Salud Sogamoso E.S.E. proyectó un plan de medios y comunicaciones en el cual se programan eventos (Estrategias, paginas publicitarias, videos, capsulas), presencia en redes sociales de la Entidad, actualización de la página web, entre otros. A través de este componente se logra la medición del Avance en la definición e implementación de actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes. Es importante mencionar sobre la escasa Presentación de temas estratégicos al Comité institucional de Coordinación de Control Interno, como Organismo asesor e instancia decisoria en los asuntos de control interno. Salud Sogamoso E.S.E., para este primer semestre denota fortalezas como: La Implementación de la Estrategia de comunicación interna y externa que permite dar a conocer los objetivos y metas estratégicas de la entidad; en aspecto de comunicación externa se resalta la implementación de las redes sociales, con el objetivo de lograr la Participación Ciudadana, con lo cual permite la Interacción de la I.P.S. con los usuarios, contratistas, proveedores y mediante este se logra implícitamente la medición de la satisfacción de usuarios, Grupos de valor, de manera que se puedan identificar oportunidades de mejora, necesidades de información y prácticas exitosas de comunicación. Análisis de los canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y los mecanismos	89%		4%
Monitoreo	SI	82%	En lo referente al Componente de >Monitoreo, se evidencia el Compromiso de la Gerencia frente a las evaluaciones independientes de las diferentes instancias, Se evidencia el cumplimiento en la Ejecución de evaluaciones independientes periódicas en el marco del Plan Anual de Auditoría, de igual forma se observa la Gestión y control sobre la ejecución de planes de mejoramiento institucional y por procesos. 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 de un fortalecimiento necesario es el del monitoreo permanente en todo aspecto incluyendo el tener en cuenta el nivel de riesgo por parte de los supervisores de contratos.	79%		3%

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).

Se realizó el autodiagnóstico sobre Código de Integridad Análisis de desviaciones, se efectúan mediciones según las respuestas y el monitoreo realizado al talento humano.

Frente al Comité de Convivencia laboral, que dando cumplimiento al programa de comités que para el de convivencia laboral se realiza en periodos trimestrales, el primero se llevó a cabo en el mes de abril, el siguiente se proyecta para julio

En lo referente a los Temas disciplinarios internos, que Según el manual de funciones se encuentra como responsables del mismo la Subgerente Administrativo y Financiero, con apoyo de la Asesora Jurídica interna.

Frente a las quejas de aspecto interno, se dirigieron al jefe correspondiente **Quejas o denuncias sobres los servidores de la entidad, u otros temas relacionados**

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

El Código de Integridad fue aprobada mediante resolución 2019 socializada; para el primer semestre 2021 se realiza diagnostico

La GETH, mediante establecimiento del diagnóstico de Integridad se logra evidenciar las ;desviaciones en que se pudiese incurrir, se establecieron mediciones sobre los cuales se formula el plan de mejora para desarrollarse en el 2do. Semestre 2021.

Se conformó el Comité de Convivencia laboral mediante resolución 130 del 28 de febrero del 2019;

Para el primer semestre del 2021 se está dando cumplimiento con la celebración de los comités trimestrales, según programación de Comités Institucionales GF-F-002, se realizó reunión i trimestre 2021 en el mes de abril, se proyecta el del segundo trimestre en julio 2021

Frente al control interno disciplinario se ha liderado por la subgerencia administrativa Financiera. Según Manual de funciones se determina el establecimiento en la función 25

Las funciones de la dirección de control interno disciplinario, las ejerce la subgerencia Administrativa y Financiera, con el apoyo de la oficina asesora jurídica.

Se logra Articulación del comité de Ética y de Integridad con lo cual se da cumplimiento a las disposiciones decreto 1499 del 2017.

Procedimiento de PQRSF de usuarios a servidores, son direccionadas por los jefes inmediatos de los servidores quien solicita plan de mejora que debe ser cumplido según lo indica en el procedimiento establecido por Salud Sogamoso E.S.E. además cuando el servidor tiene 2 quejas o más se eleva documento al comité de Ética el cual se reúne en forma mensual.

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 PQRSF.

La Oficina de Control evidencia que según el objetivo de GMA-P-002 tramite de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones. Es el de Recibir, gestionar y efectuar el seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias presentadas por los ciudadanos e identificar las medidas eficaces para su respuesta, procedimiento con el que se mantiene adherencia total.

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 convivencia laboral y mecanismos mediante los que se propende la prevención y el manejo de los conflictos de interés, las cuales se articulan con el código de ética, Principios y Valores Institucionales.

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

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

Existe un Plan Institucional de Archivos-PINAR- 2019, habilitación para los pagos de la contribución de valorización en línea. Se cuenta con una Política de tratamiento de datos personales. Cuenta con un software de correspondencia para el manejo de la documentación producida y recibida, información que es restringida solo para quien va dirigida exclusivamente, La información de aspecto magnético, está autorizada por las Subgerencias de Prestación de Servicios y la Administrativa y Financiera. Frente a la documentación publicada solo se realiza la información que no posee esa restricción de privilegiada; además se cuenta con el proceso de Gestión Documental quien custodia esta clase de información.

Se realiza por parte del proceso de Control Interno seguimiento de 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 por el comité institucional de gestión y desempeño y publicados en la página WEB institucional anualmente, de acuerdo a lo establecido en la ley 1712 de 2014.

Í INDICE DE INFORMACION CLASIFICADA Y RESERVADA

Desde Gestión documental se realiza en forma permanente

1. Clasificación de la documentación GDO-F-10,
2. Manejo de la información de documentación producida y recibida, a través del Software de ventanilla única, donde se selecciona para quien va dirigida

3. Las subgerencias (Prestación de Servicios y Administrativa - Financiera) son quienes autorizan la información de aspecto magnético.
4. El Proceso de Gestión documental, quien custodia la Información privilegiada, permitiendo la publicación de Comunicación que no posee restricción alguna.

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con el instrumento archivístico de referencia, tablas de control de acceso de la información, determinando las agrupaciones documentales que serán objeto de uso, consulta y acceso por parte de usuarios internos y externos, la P.U. Líder de proceso Gestión Documental es quien mantiene las medidas de seguridad para que la publicación de información cumpla con los criterios establecidos por la normatividad. Es importante mencionar que el índice de información clasificada y reservada y el registro de activos de información, son actualizados, socializados, aprobados por el comité institucional de gestión y desempeño y publicados en la página WEB institucional anualmente, de acuerdo a lo establecido en la ley 1712 de 2014.

Como mecanismo adicional se cuenta con el procedimiento de gestión y tramite permite la centralización de información, asimismo el seguimiento a la información en tiempos de respuesta, manteniendo la prudencia que corresponde.

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, que es considerado como estilo de vida, transversal al Talento humano de Salud Sogamoso E.S.E., apoyado con el Código de Integridad y que a la vez es implementado; al cual se le practica el Diagnostico para medir y evaluar desviaciones, estableciendo los planes de mejora a que haya lugar.

Salud Sogamoso E.S.E., teniendo cuenta que la Integridad corresponde al nivel de consistencia entre los principios morales y éticos Institucionales, y las acciones, métodos, medidas, procedimiento, expectativas y resultados, con todo lo cual se busca el predominio de transparencia en el actuar diario.

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-P021, 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 cuenta con el Buzón de PQRSF para Talento Humano de la I.P.S., establecido como estrategia de comunicación interna, el cual cuenta con el

procedimiento 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 dará trámite a resolver, revisará y responderá al cliente interno desde el correo electrónico talentohumanosaludsogamoso@gmail.com, agradeciendo y confirmando el recibido de la misma y señalando los tiempos formales de respuesta y/o solución a su solicitud de acuerdo con la siguiente tabla.

Lineamiento2.

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 con proyección de la actualización, sin embargo según resolución 110 del 2019, establece periodicidad para reuniones, GD-F-004 Programación de Comités Institucionales 2021 se estable la articulación directa con el comité de Gestion Y desempeño, los miembros de los dos comités son los P.U. Lideres de >proceso

La actualización del Comité de Coordinación de Control interno, se establece según el decreto 1499 del 2017 actualización del **MIPG**, mediante el cual se articula los sistemas de Gestión de Calidad y de desarrollo administrativo con el sistema de control interno. La herramienta de trabajo del sistema de control interno corresponde al MECI, se establece el objetivo del mismo y se revelan los componentes de MECI, estipulando las responsabilidades para cada uno por parte de las líneas de defensa.

2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa

Se establecen las líneas de responsabilidad, asimismo los conformantes de ellas, se asignan las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI.

La Implementación de las líneas de defensa, se esta realizando mediante el seguimiento permanente de gestión y desempeño

Las Líneas de defensa están definidas y documentadas dentro de la Política de Control Interno, en la cual se establece el MECI, como herramienta de evaluación del sistema de control interno; Se establecen responsabilidades de los conformantes de cada línea por componente

El esquema de líneas de defensa está establecidas a partir del Comité de Coordinación de Control Interno. Política de Control Interno está plenamente identificadas las responsabilidades de cada uno, política de administración del riesgo, así como su conformación.

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

La alta dirección trabaja de la mano con sus tres líneas de defensa: la primera que es la encargada de planear, la segunda que ejecuta lo planeado y la tercera que se encarga de verificar el cumplimiento de lo planeado y lo ejecutado.

Teniendo en cuenta la estructura las funciones y las responsabilidades de los Profesionales Líderes de Proceso, se toma en cuenta la estructura, facultades y responsabilidades, y se asigna el compromiso y autoridad en todos los procesos, donde se incluyen las líneas de reporte.

Salud Sogamoso E.S.E. Establece líneas de reporte dentro de la entidad para el funcionamiento del SCI. Cada líder suministra información de forma periódica, con datos y hechos que le permitan la toma de decisiones a la Alta Dirección, todo lo cual se socializa en los diferentes comités DE Gestión y Desempeño, en forma de lograr que la comunicación sea transversal en la Entidad. Es necesario que las tres líneas de defensa sean identificadas claramente y operen articuladamente dentro de la Entidad para una adecuada toma de decisiones

Lineamiento3:

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

Se realiza actualización de la Gestión del riesgo en 2020, en la cual se realiza articulación entre la Gestión del Riesgo administrativo, asistencial, clínico, como estrategia de gestión del riesgo integral, con lo cual se permite el manejo mismo, así como el control en todos los niveles, brindando seguridad razonable frente al logro de sus objetivos. Falta que se actualice la matriz de riesgos COVID para realizar seguimiento a los procesos que pueden verse afectados a causa de este suceso.

La Oficina de Control Interno mediante el seguimiento y evaluación ha identificado mediante auditoria a la matriz de riesgo por cada proceso en las cuales se identifican los riesgos, se establecen causas, asimismo los controles que se implementan para lograr la mitigación y con lo cual se traza el plan de acción por parte de cada Profesional Líder de Proceso, esto atendiendo la política, el procedimiento, y el formato para tal fin

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

La matriz de riesgos incorpora en el análisis de cada uno de los riesgos determina la probabilidad y el impacto y estima la zona de riesgo y la aceptabilidad del riesgo.

Según el artículo 7 de la resolución estipula los niveles de aceptación, por cada clase de riesgo, dentro del mismo manifiesta NO ACEPTAR ningún nivel de riesgo para el tipo de Riesgo de corrupción.

Una vez determinado el riesgo residual, se trataran los riesgos según el nivel de aceptación determinado para cada tipo de riesgo:

1. Riesgo de Gestión
2. Riesgo de Corrupción
3. Riesgo de seguridad digital
4. Riesgo asistencial y Clínico

Se debe finalizar con la actualización de la matriz de riesgo institucional, la cual incorpora todos los procesos de la entidad. Además de realizar el seguimiento y la evaluación a los controles.

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

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

Según se establece en la política de Gestión y en Planeación Estratégica Institucional, en la que instituye la forma de conseguir la Misión Institucional, mediante el monitoreo, seguimiento, medición debidamente documentada, concluyendo con la Evaluación de los Resultados; asimismo se desarrolla el seguimiento y evaluación de la gestión del Riesgo. Se realiza por parte del proceso de Direccionamiento estratégico, el plan estratégico y el Plan de acción actualizados con el plan de desarrollo Institucional.

Dificultades en el cumplimiento de los tiempos de entrega de la información por parte de los responsables. Fortalecer los controles para la entrega oportuna de la información. La Evaluación de la planeación estratégica, se realiza en forma permanente, mediante evaluación de indicadores, teniendo en cuenta obstáculos, proyectando compromisos y estableciendo responsabilidades a que haya lugar. Según el procedimiento establecido para el seguimiento y evaluación de la planeación estratégica se realizó el análisis, en forma de lograr la coordinación del entorno interno con el externo de, los recursos financieros **con** recursos no financieros y los planes a corto plazo **con** los planes a largo plazo

Lineamiento4:

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.

El Plan estratégico del Talento Humano, es un Instrumento de planeación, que contiene las estrategias, objetivos, actividades, seguimiento y evaluación de los programas de Bienestar Social, capacitación, seguridad y salud en el trabajo y administración de personal, dirigidos a mejorar la calidad de vida, desarrollar competencias, mejorar la salud laboral, prevenir riesgos laborales y lograr una eficiente utilización y aprovechamiento de los recursos humano en función de los objetivos Institucionales. Se realiza seguimiento en el informe pormenorizado de control interno a cada uno de los planes en el componente de Gestión Humana.

Salud Sogamoso E.S.E. Mediante, la formulación del Plan Estratégico del Talento Humano, en el que considera como objetivo estratégico consolidar una cultura organizacional humanizada y segura", con el cual se articula el proceso de Gestión de Talento Humano, dentro de la estrategia, **Enfoque al Usuario y su Familia.**

La Evaluación se realiza en periodos trimestrales según el indicador que se estableció para su medición, el cual presenta para primer trimestre 100% de cumplimiento para el segundo trimestre Para el Segundo trimestre de la vigencia 2021 para el cumplimiento de este indicador se desarrolló y ejecuto cada una de las actividades establecidas en los planes documentados (Plan de Capacitaciones, Plan de bienestar Social e incentivos, Plan de Previsión de recurso Humano, Plan de SGSST, que son componentes del Plan Estratégico de talento humano acorde a las necesidades identificadas de los colaboradores y en cumplimiento a lineamientos de MIPG y acciones previstas para esta vigencia.

4.2 Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal

Este Se tiene establecido todo el procedimiento a partir de las necesidades del Personal, GTH_F-001, Mediante la CONVOCATORIA, SELECCION Y VINCULACION GTH-P-002 convocatoria y Presentacion de Hojas de Vida, Se realiza GTH-F-002 EVALUACION DE HOJAS DE VIDA, mediante la ADMINISTRACION DE HISTORIAS LABORALES GTH-P-00, mediante estas actividades se realiza el ingreso de personal a la I.P.S.

A través de esta estrategia el Profesional de la GETH vela por la vinculación del mejor talento humano, mediante herramientas de selección que permiten identificar el candidato con las competencias, los conocimientos técnicos y la vocación de servicio requerido, para articular su desempeño con los objetivos institucionales.

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

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

Realizar inducción a los colaboradores nuevos y re inducción periódica, según el GTH-P-019, se tiene establecida la GTH-F-064 Matriz entrenamiento por cargo. Se estableció el Programa GTH-PG-008 TRANSFORMACION CULTURAL, con el objetivo de Afianzar la Cultura Organizacional de Salud Sogamoso E.S.E., orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos y el compromiso con los principios y valores institucionales. Se estableció el Procedimiento GTH-P021, 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, GTH-M-002 MANUAL SITUACIONES ADMINISTRATIVAS GTH-F-081 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS (2) GTH-F-014 INFORMACIÓN DE QUEJA POR PRESUNTO ACOSO LABORAL, GTH-F-014 INFORMACIÓN DE QUEJA POR PRESUNTO ACOSO LABORAL, GTH-F-012 ENCUESTA CLIMA LABORAL, GTH-F-010 ENCUESTA PARA DETECTAR NECESIDADES DE BIENESTAR SOCIAL.

Es indispensable realizar monitoreo, seguimiento, medición y evaluación al comportamiento del personal y al cumplimiento de los planes individuales

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).

En la resolución 110 del 2019, se hace necesario establecer responsabilidades para las tres líneas de defensa para la Gestión de riesgo y Control, derivado del decreto 1499 del 2017, en la dimensión 7 y articulación con el decreto 648 del 2017.

La Oficina de Control Interno, según la Política establecida, realiza evaluación de las responsabilidades de cada línea frente al control interno, el cual está en la responsabilidad de cada servidor y mantenimiento del control interno.

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

Para realizar la evaluación relacionadas con el retiro se ha establecido el PROGRAMA DE DESVINCULACION ASISTIDA, GTH-PG-007, con el cual se busca establecer los 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.

Para el primer semestre 2021 las actividades relacionadas con el retiro de personal, se está implementando, así:

Las causales de retiro del Talento Humano que se incurrió en Salud Sogamoso corresponde a **ARTÍCULO 2.2.11.1.3 Renuncia**, renuncia se produce cuando el empleado manifiesta por escrito, de forma espontánea e inequívoca, su decisión de separarse del servicio.

Para el primer semestre se ha implementado parte de las actividades de la Fase de Implementación del Programa, como lo es:

El Seguro de desempleo: Salud Sogamoso E.S.E., informa a la Caja de Compensación Familiar - COMFABOY sobre la desvinculación de personal a fin de activar y apoyar las gestiones para que el ex servidor reciba el auxilio de desempleo. Se El auxilio de desempleo es un beneficio que se otorga la Caja de Compensación a los trabajadores cesantes (que estén sin vinculación laboral) que cumplan con los requisitos establecidos en la ley 1636 de 2013.

Durante el período cesante, los postulantes podrán acceder a los servicios de capacitación laboral, pago a salud, pensión, bonos de alimentación, cuota monetaria (si la recibía cuando era trabajador dependiente) e incentivo adicional por ahorro voluntario de cesantías.

4.6 Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación – PIC

El Plan Institucional de Capacitaciones se ha establecido con el objetivo de contribuir al mejoramiento Institucional, fortaleciendo las competencias laborales, en las dimensiones del ser, saber y el saber hacer.

Se realiza monitoreo, seguimiento y evaluación del desarrollo integral del plan Institucional de Capacitación, se determina el cumplimiento del mismo para el primer semestre en un 93% de lo programado, con lo cual se evidencia el cumplimiento de actividades de formación, mediante la generación del conocimiento del Talento Humano Institucional, fortalecimiento de competencias con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva.

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

Se ha determinado que según el Plan de Capacitaciones se ha dado cumplimiento, lo cual se evidencia en la medición del indicador que según el cronograma que acompaña el PIC se lleva cumplimiento promedio del 93%, frente a la programación acorde a las necesidades identificadas de los colaboradores y en cumplimiento a lineamientos de MIPG.

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

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

Frente a la evaluación de la responsabilidad de los supervisores quienes realizan la medición y evalúan los indicadores de eficacia sobre productos y/o servicios derivados de

los contratos realizan el seguimiento, monitoreo y análisis mediante los indicadores de cumplimiento de productos y servicios contenidos en los contratos supervisados,

En Salud Sogamoso E.S.E.S 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 primer semestre 2021; se realizó proceso contractual por el Servicio de Interventoría del Proceso Constructivo

Lineamiento5:

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 se han establecido en la Política de Control Interno, las cuales se han definido y socializado a los Profesionales Líderes de Proceso de en Salud Sogamoso E.S.E., en las cuales se establecen responsabilidades; en igual forma dentro de la proyección de los diferentes planes de acción se determinan los estándares de 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 conformante, las responsabilidades de cada una de las líneas asimismo implícitamente se determinan los estándares de reporte.

Asimismo en la Planeación institucional se establecen líneas de reporte, con periodicidad definida, lo cual surge de los resultados obtenidos en la Gestión de los estándares de proceso, donde los Líderes P.U. de proceso, son quienes dirigen las Líneas de Defensa del sistema de Control Interno, dentro de los cuales se han definido indicadores de Medición, que son socializados en Comité de Gestión y Desempeño.

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

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 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.

La oficina de Control Interno considera que la contabilidad de la Salud Sogamoso E.S.E. es un procedimiento de gran importancia y a la vez de gran cuidado, toda vez que es allí donde se destinan los recursos financieros para el desarrollo del objeto social de la Entidad, en forma de lograr el cometido, el cual corresponde a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y se propende por la generación del impacto en la prestación del servicio a los mismos.

Aunado a esto la alta dirección realiza Análisis de la procedencia de los ingresos, mediante análisis financiero y presupuestal con otras vigencias para determinar las posibles desviaciones y/o oportunidades.

Asimismo se realiza análisis de los diferentes conceptos de gastos incurridos por la Entidad, análisis que realizan en periodos mensuales previo a la firma y publicación de los mismos.

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

La alta Gerencia mediante seguimientos permanente de la gestión Institucional realiza monitoreo y evaluación al cumplimiento de los planes operativos que se articulan con el Objetivo institucional y objetivos específicos derivados de la planeación estratégica, buscando el logro de las Metas establecidas por la Entidad en su Plan de desarrollo.

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.

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

La Estructura de control se está evaluando en forma periódica, toda vez que se realiza seguimiento a los Mapas de riesgo cuatrimestralmente, con el objetivo de determinar el alcance de efectividad del control lo cual redundará en la mitigación del riesgo, y así lograr una buena administración del mismo.

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

Salud Sogamoso, mediante acta de Comité de Coordinación de Control interno, realiza la aprobación al Plan Anual de Auditorías que presenta la Oficina de Control interno, al cual realiza seguimiento durante la Vigencia.

En comité de Coordinación de Control Interno, se presenta la Programación del Plan de Auditorías, el cual es debatido por los diferentes Líderes de Proceso que conforman el Comité.

El seguimiento se realiza en periodos bimestrales, según indicadores establecidos en el Tablero de Indicadores, resultado que es socializado en Comité de Gestión y Desempeño donde se establecen compromisos en pro de la Mejora Continua, asimismo se presenta en Comité de Coordinación de Control interno el formato GQF-002, donde se relacionan los Informes de Ley y los Comités a asistir

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

Salud Sogamoso, a partir de la línea Estratégica, Primera y Segunda Línea, analizan los informes presentados por la Oficina de Control Interno, para tomar determinaciones en pro de la mejora con base en la evaluación y seguimiento permanente.

La Administración General de Salud Sogamoso E.S.E. Realiza monitoreo, análisis, seguimiento y evaluación a los informes tanto de las auditorías, resultados de planes de mejoramientos, Informes de Ley asimismo los informes requeridos; toda vez que con base en ellos toma decisiones del caso, buscando el Mejoramiento continuo de la Entidad

Lineamiento6:

Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i)Estratégicos; ii)Operativos; iii)Legales y Presupuestales; iv)De Información Financiera y no Financiera.

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

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con los mecanismos mediante los cuales articula el Plan estrategia, con los objetivos estratégicos y objetivos operativos, mediante la formulación del PAMEC, POAS y Objetivos Institucionales; ante los cuales identifica, analiza monitorea y administra los riesgos

Salud Sogamoso E.S.E. según direccionamiento estratégico formulado en el plan de desarrollo 2020-2024, se establecen y definen los objetivos estratégicos partir de los

cuales se realiza formulación de los objetivos operativos para el desempeño Institucional; los cuales son monitoreados, socializados y evaluados en periodos bimestrales, mediante el tablero de indicadores, socialización que realiza cada P.U. Líder de Proceso en Comité de gestión y Desempeño.

Cuenta con mecanismos como el manual de Direccionamiento estratégico, GDP-M-001, GDP-P-004 Elaboración e Implementación del tablero del Plan de Gestión.

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

Los objetivos de cada uno de los procesos programas o proyectos están definidos 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.

En necesario mencionar que el plan de desarrollo se delimita por años para efectos de medición en el logro de metas parciales, dentro de los cuales se realiza medición, seguimiento y evaluación en periodos bimestrales; con lo cual se tiene medición a corto mediano y largo plazo; dentro de las mediciones se establecieron indicadores estratégicos que son los de seguimiento en forma 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 establecida se realiza seguimiento, monitoreo y evaluación de todos y cada uno de los indicadores 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 determinaciones acertadas.

En Salud Sogamoso E.S.E. mediante la Alta dirección, evalúa periódicamente los objetivos, analizando su consistencia y oportunidad. Por medio del seguimiento y evaluación del POAS Institucional, el cual se realiza seguimiento en periodos bimensuales, permitiendo a la Entidad establecer su oportunidad eficacia y efectividad. Cada líder de Proceso realiza revisión permanente para verificar la consecución de los objetivos establecidos.

El seguimiento se realiza mediante socialización en Comité de Gestión y desempeño, mediante el tablero de indicadores por proceso. Cada Profesional líder de proceso realiza

informes en formato preestablecido, lo cual tiene seguimiento por parte de la profesional líder de Planeación y Gerencia. La presentación y el informe al igual que el tablero de indicadores por proceso, quedan como soporte del acta levantada en el Comité de Gestión, lo cual es insumo del informe de PDI.

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.

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 con un alcance desde La revisión de los lineamientos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos lo cual conlleva el seguimiento al impacto de las acciones establecidas en la mitigación de los Riesgos.

Mediante resolución 342 del 2019, se actualizó la política de administración del riesgo; en la cual se articula con la guía de riesgos del 2018, asimismo con el decreto 1499 del 2017 frente a los lineamientos y la metodología establecida para ello; La primera Línea de defensa y Línea estratégica según las responsabilidades establecidas, son quienes deben hacer seguimiento al cumplimiento de la política, estableciendo acciones de mejora a las posibles desviaciones.

La capacitación, Monitoreo y consolidación del Mapa, corresponde a la Segunda Línea de Defensa y la Evaluación. La tercera Línea de defensa le corresponde la verificación de la correcta formulación y efectividad de los controles, así como seguimiento a las actividades de tratamiento establecidas.

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

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 consolidado para realizar análisis por parte de Control Interno.

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

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

A partir de los informes presentados derivados de auditorías a la Gestión del riesgo, que se presentan ante la Gerencia y se socializa en Comité de Gestión y Desempeño.

Con base en la formulación y consolidación de la matriz de riesgos por proceso realizada por la Segunda Línea de defensa la matriz cuenta con una hoja de tratamiento donde se establecen las acciones de tratamiento a seguir en forma tal de lograr mitigar los riesgos, las cuales deben establecer un tiempo determinado para su realización teniendo en cuenta el cumplimiento del ciclo PHVA.

Sin embargo se establecen prioridades dentro del mapa de riesgo para aquellas actividades que dentro del mapa de calor se encuentran clasificadas en la zona de riesgo extremo y/o alto.

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.

Según la materialización del riesgo se requiere al P.U. Líder de Proceso para tomar acciones a que haya lugar y se actualice el mapa de riesgo del proceso, en el cual se identifique el riesgo, se identifiquen causas y se establezcan controles con actividades a realizar con el objetivo de la mitigación del riesgo.

La Profesional de la Oficina de Control interno asiste a los comités de Gestión y Desempeño y acompaña como rol preventivo. De igual manera realiza seguimiento a los Mapas para cada proceso para en periodos cuatrimestrales, mediante el cual realiza observaciones si hay lugar a ellas, e identifica la efectividad de los controles establecidos.

Los Líderes de Proceso como administradores de la gestión del riesgo, quienes en conjunto con la segunda línea de defensa en caso de determinar la materialización de riesgos, son quienes realizan actualización al mapa de riesgos, basados en históricos o en actividades nuevas que puedan conllevar la ocurrencia del mismo

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

La materialización del riesgo se generó en la presente vigencia, con lo cual se establece un plan de acción de acción por parte de cada Profesional U. responsable del proceso.

Los seguimientos se realizan por parte del P.U. de Planeación y la P.U. de Control interno, a los P.U. como Líderes del proceso donde se haya materializado el riesgo toda vez que son cada uno de ellos quienes los administran y gestionan según las responsabilidades establecidas en el procedimiento y Política

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

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

Se continua con el seguimiento en Salud Sogamoso E.S.E. a través de los Líderes de Proceso (Primera y Segunda Línea de Defensa) a los Mapas de Riesgos de Corrupción, en permanente monitoreo, revisión, contención y evaluación de los riesgos, toda vez que según la Política de Administración del Riesgo y el Procedimiento establecidos dentro de la Entidad, no se acepta ningún nivel de Riesgo de Corrupción. Adicionalmente, se tiene la evaluación y aportes de Control Interno sobre los riesgos de corrupción. Está pendiente la documentación de la periodicidad, frente la revisión de los riesgos de corrupción.

Salud Sogamoso E.S.E., realiza El monitoreo y seguimiento en primer momento lo realiza cada Líder de Proceso, siguiendo el que realiza por parte de la Oficina de Planeación además del seguimiento por la Oficina de Control Interno. El seguimiento de riesgos de corrupción es cuatrimestral, así como la evaluación por parte de la profesional de la oficina de control interno.

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

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

Salud Sogamoso E.S.E., mediante controles establece acciones concretas de las opciones del manejo de los riesgos, los que deben lograr prevenirlos o reducirlos, logrando buen manejo en la administración de los riesgos administrativos.

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

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

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

La Oficina de control Interno mediante el seguimiento y revisión busca determinar la efectividad de controles, además de establecer los cambios, modificaciones, ampliaciones necesarios asimismo estipular su adecuada implementación. El seguimiento se realiza una vez se haya consolidado la matriz por parte de la oficina de planeación..

9. Identificación y análisis de cambios significativos

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

La política de riesgo establece el monitoreo en forma permanente, a factores internos y externos para establecer estrategias que mitiguen la materialización del riesgo.

La política de administración del riesgo refiere frente a la necesidad de Asegurar que en cada proceso se reconozca el concepto de "administración del riesgo", la política y la metodología definida, los factores y entorno del proceso. Con lo cual se asegura que cada Profesional Líder de Proceso realice el monitoreo, seguimiento y evaluación de factores tanto interno como externos que puedan afectar y de los cuales se pueda determinar nuevos riesgos se para la realización de los ajustes a que haya lugar

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.

Según la responsabilidad de cada supervisor de contrato, es quien dentro del formato GAF-F-007, en el numeral 7 establece Análisis De Riesgos (riesgos previsibles) dentro de los cuales se deben identificar Riesgos de carácter jurídico, Riesgos de Carácter Financieros y Otros riesgos dentro de los cuales se deben establecer todos aquellos que no se tipifican en alguno de los riesgos anteriormente mencionados. Estos riesgos se convierten en la matriz de riesgos de tipo administrativos y operativos según corresponda a la parte puramente operacional

En el Manual de contratación en su artículo 2 contempla el establecimiento de los riesgos, está orientada al monitoreo por parte del Profesional Líder de cada proceso como administradores del mismo, con lo cual se pretende lograr que los procesos contractuales para adquisición de bienes, servicios y obra pública que requiera la

entidad, sean eficaces y eficientes de la etapa misma de planeación, hasta la liquidación del contrato, buscando con ello el estricto cumplimiento de los principios de la contratación estatal y la función administrativa con el objetivo de mitigar, controlar y eliminar los riesgos que como consecuencia de la contratación, puedan resultar comprometiendo la responsabilidad de la E.S.E. Esta actividad se complementa con la responsabilidad del P.U. Líder de Proceso que proyecta estudio de conveniencia y el seguimiento de los riesgos los debe realizar mediante monitoreo, seguimiento, medición y evaluación de la efectividad de los controles establecidos para mitigar el riesgo.

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 materialización de riesgos para la presente vigencia se ha ejecutado en 4 procesos, los cuales según el monitoreo, seguimiento y evaluación por parte de la oficina de control interno, manifiesta el deber de realizar seguimiento, análisis y modificación de controles a los mismos y de otra parte deben actualizar la matriz de riesgos donde contemplen controles que permitan identificar la efectividad de los mismos

Los Profesionales Líderes Proceso en la administración realizan monitoreo, seguimiento y evaluación de los riesgos en forma constante de lo cual revisan las circunstancias que permitieron la materialización de los riesgos aceptados, los cuales deben reevaluarse los controles establecidos, toda vez que es necesaria la actualización de la matriz de administración del riesgo en procura de la mejora continua Así mismo exige el cumplimiento de las directrices impartidas a través de la Política de Administración del Riesgo.

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 primer semestre se ha pasado informe de seguimiento, revisión, medición y evaluación de los controles que han fallado y que por tanto no han permitido evidenciar la efectividad de los mismos

Con base en los seguimientos y auditorías realizadas a la efectividad de los controles establecidos ante las posibles causas que podrían causar los riesgos, se establecen planes de acción que conlleven a la mejora del diseño y ejecución que conlleven a la efectividad de los mismos

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

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

La alta dirección debe sopesar que cuando se generen cambios en los procesos organizacionales, medir el impacto que pueden generar estos movimientos dentro del Sistema de 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., dando cumplimiento al art. 122 de la Constitución Política cuenta con la adecuada división de las funciones establecidas mediante acto administrativo, por el cual se designan las funciones laborales para el talento humano, las cuales se encuentran segregadas en diferentes personas para reducir y mitigar los riesgos según su tipología de alto impacto en todas las operaciones administrativas que se adelantan en la entidad, producto del desarrollo de los objetivos Institucionales establecidos. Verificación en página Intranet, Manual de funciones.

En Salud Sogamoso E.S.E., Se identifica la designación de funciones, bajo la normatividad establecida, por lo que cada actividad 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 procesos Institucionales, con lo cual se logra articulación y segregación de funciones.

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

Se 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.

Desde Control Interno se evalúa el cumplimiento a partir de las obligaciones legales como seguimiento al informe de la gestión por proceso, Informe de austeridad en el Gasto y el Informe de, los cuales se realizan de manera bimestral, trimestral, semestral y anual respectivamente.

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

Las normas internacionales están integradas al sistema de control de la entidad, tal como se puede evidenciar en la documentación, la cual se basa en la normatividad de calidad, y se desprende de la ISO, 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 para darle cumplimiento al Decreto 1499 de 2017, Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG

De otra parte se trabaja bajo el Manual de certificación de calidad para entidades de salud, trabajando sobre la autoevaluación de los estándares de acreditación que corresponden según el Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalario de Colombia.

Salud Sogamoso E.S.E. Dentro de su objetivo a mediano plazo (2024) es el de lograr ser una Institución acreditada que cumple estándares de excelencia en la prestación de servicios de salud, siendo referentes a nivel departamental y nacional en atención segura y humanizada, impactando positivamente la satisfacción de nuestros usuarios y su familia.

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. Selecciona y desarrolla actividades de control general sobre la Tecnología para apoyar el cumplimiento de los objetivos; toda vez que estas son indispensables para mitigar el riesgo de funcionamiento adecuado. Es importante mencionar que existen controles automatizados como lo son la generación de copias de respaldo a una hora programada.

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con actividades de control como lo son la infraestructura tecnología y documentada; dentro de los cuales con base en la caracterización de los recursos informáticos con base en la cual se cuenta con: procedimientos, formatos, manuales requeridos para 1) necesidades de la información 2) Administración y Seguridad de la Información 3) Todo lo relacionado con Plan de mantenimiento

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

Se realiza la supervisión a los diferentes contratos formalizados con la entidad, de cumplimiento de las actividades contratadas

Según la responsabilidad de cada supervisor de contrato, es quien dentro del formato GAF-F-007, en el numeral 7 establece Análisis De Riesgos (riesgos previsible) dentro de los cuales se deben identificar Riesgos de carácter jurídico, Riesgos de Carácter Financieros, Riesgos Informáticos y Otros riesgos dentro de los cuales se deben establecer todos aquellos que no se tipifican en alguno de los riesgos anteriormente mencionados. Estos riesgos se convierten en la matriz de riesgos de tipo administrativo y operativo según corresponda a la parte puramente operacional; que para este caso de proveedores de tecnología compete al profesional de recursos informáticos.

La Oficina de Control Interno determina que las actividades de control sobre la infraestructura tecnológica y se registran mediante los indicadores de gestión establecidos en el POAS, además que se verifican la documentación de las políticas pertinentes a la seguridad de la información y la protección de datos personales; todo esta compilado en el Manual de Gestión de la Tecnología, cuenta con indicadores de medición de Gestión.

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

Para acceder a los sistemas de Información se deben determinar roles y usuarios que se hayan establecido para cada software y/o clase de sistema de información dentro de los cuales esta asistencial, financiero, presupuestal....., ventanilla única, Enterprise, estableciendo responsables, usuarios a quienes se determinan permisos otorgados por el Profesional Líder.

El objetivo del Plan Estratégico de Tecnología de la información, es la de establecer las estrategias y acciones orientadas a implementar la gestión de las Tecnologías de la información acorde a las necesidades de Salud Sogamoso E.S.E. de manera que genere valor en cada uno de sus procesos y alineados con las metas y objetivos institucionales; determinando permisos de usabilidad a cada uno de los funcionarios dependiendo de la actividad realizada asimismo la responsabilidad incurrida.

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

La oficina d control interno, realiza seguimiento y evaluación al mapa de riesgos por proceso en periodos cuatrimestrales, en los cuales se realiza análisis de la identificación de los riesgos asimismo las causas que podrían propiciar la materialización del mismo, ante lo cual se establece controles que deben mitigar la ocurrencia y/ o materialización del riesgo. Los riesgos de parte de la relación contractual se tienen en cuenta en la etapa precontractual dentro del estudio de necesidades.

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

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 como objetivo dentro de la visión propuesta en el plan de desarrollo 2020-2024, contempla Entidad acreditada, lo cual conlleva 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.

Salud Sogamoso E.S.E. ha implementado la estrategia de revisión de la caracterización de los procesos por parte de los profesionales Líderes del mismo, con el objetivo de ser necesario su actualización, asimismo los procesos, procedimientos, actividades que conlleven al cumplimiento del objetivo procesal

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 la identificación del riesgo, establece causas posibles y a estas 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 conlleve a la mitigación del riesgo, donde se ajusta el control de ser necesario en pro de la mejora continua.

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 se 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 realizar 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 verificación de ejecución del control según el diseño, en primera instancia se revisa y se consolida por parte de la Profesional Líder de Planeación, pasando el consolidado de riesgos por proceso a la Oficina de Control Interno quien revisa la efectividad de los mismos.

La oficina de control interno evidencia que los líderes de proceso son quienes deben realizar la autoevaluación frente a la correcta implementación de los controles, identificando aquellos que no conllevan la eficiencia y efectividad ante el logro de los objetivos institucionales.

Es necesario mencionar que la revisión por parte de la Oficina de Control Interno, se realiza en periodos cuatrimestrales de lo cual se emite informa a la Gerencia, con el objetivo de toma de decisiones a que hubiere lugar.

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.

La matriz de riesgos establecida y derivada del procedimiento de administración de riesgos se realizó por cada proceso, lo cual coadyuva al seguimiento de los cambios que pudieren surgir a cada uno: sea por normatividad, por entorno interno y/o externo, por conveniencia, lo cual es autoevaluado por cada líder de Proceso, por el profesional de Planeación y /o por Control Interno.

Se evalúa la adecuación de controles de la mano con el Manual de acreditación, según la información suministrada por los profesionales líderes de proceso. Remitidas a calidad a planeación y a control interno, con lo cual se logra realizar el monitoreo, seguimiento medición y evaluación y se determina la efectividad de los mismos

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

Lineamiento13:

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 establece con base en los requerimientos por parte de cada profesional líder de proceso, pues por proceso es diferente la información a publicar y es en cada uno de ellos donde se debe determinar la clasificación de la misma

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 indicar si una decisión es la correcta o no, sin olvidar que existen otras variables que influyen en la misma.

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

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 indicar si una decisión es la correcta o no, sin olvidar que existen otras variables que influyen en la misma.

Salud Sogamoso mediante el Gestión documental Se cuenta con un inventario de la información solicitada por la Ley 1712 de 2014 sobre Transparencia y Acceso a la Información, la cual se va actualizando en la página web institucional, según el procedimiento y estrategia establecida por la P.U. de comunicaciones.

Seguir actualizando de manera permanente la información sobre Transparencia y Acceso a la Información

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 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 información obtenida 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.

Se 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 .

Se debe seguir la rigurosidad con el manejo y entrega de la información, procurando siempre la protección de los datos de los usuarios y el cumplimiento de la norma. Seguir con la socialización del procedimiento y solicitar el formato a todos los proveedores de artículos, actividades y servicios.

Lineamiento14:

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: Plan de Medios. Código. GMA-P-001 Versión. 03 Fecha. 23/04/2018. 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, GMA-F-004. Los canales de información del SALUD SOGAMOSO E.S.E., mediante el cumplimiento de la Matriz ITA se dan a conocer los avances y cumplimientos de los objetivos y metas estratégicas. Además se cuenta con y redes sociales, se debe fortalecer la evaluación de la efectividad en el acceso a los mismos.

Es necesario que Dentro de las actividades de Comunicación se realice un análisis que permita evaluar la utilización de los canales de comunicación internos y externos, y su efectividad y el impacto de la generación del conocimiento y asimismo adherencia a los diferentes procedimientos que se socializan que conlleva a la consecución de los objetivos y metas estratégicas Institucionales.

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

Se cuenta con una estructura administrativa conformada por Junta Directiva, Gerencia, y las Subgerencia administrativa y Financiera, Subgerencia de Prestación de Servicios; de las cuales penden los procesos, cuyo Mapa de proceso cuenta con el proceso de Información el cual es Transversal en toda 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.

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

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

Salud Sogamoso E.S.E, realiza el monitoreo, seguimiento al procedimiento de los canales internos de información, además se esta realizando medición para lograr la evaluación y el impacto de las estrategias de humanización establecidas

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

Se cuenta con un protocolo de comunicación interna, al igual que el procedimiento de comunicaciones GMA-P-005 PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIONES y dentro de la comunicación interna se estableció el Formato GMA-F-015 Formato de necesidades de Comunicaciones Internas.

Es necesaria la sensibilización de los Profesionales Líder de Proceso para que sean ellos quienes concienticen y capaciten al Talento Humano de los documentos existentes del proceso de comunicaciones.

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 tienen estructurados canales de comunicación con entes externos tales como la página web institucional, 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.

Salud Sogamoso E.S.E., ha establecido controles frente a los riesgos de la comunicación externa, los cuales están contemplados en la matriz de riesgos del proceso, los cuales son monitoreados, evaluados y gestionados. Dentro de los riesgos contemplados tenemos: Publicación de comunicación no validada, Publicación de información en la página web sin control respectivo, Inoportunidad en la publicación de información obligatoria en la página web.

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

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

Es 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).

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

La oficina de Control Interno, recomienda continuar con el monitoreo, seguimiento y evaluación de adherencia al procedimiento de Gestión y Trámite de Ventanilla.

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 el POAS de la vigencia.

Salud Sogamoso E.S.E., Para hacer seguimiento a las Publicaciones Programadas por cada líder de proceso. Y para visibilizar la gestión realizada bimensualmente por el área de comunicaciones. mediante evaluación del plan de comunicaciones se realiza verificación en la efectividad de las comunicaciones, tanto internas como externas, además que se verifican sus contenidos, mediante los controles establecidos según la identificación de los riesgos que puedan presentarse, seguimiento en periodos semestral por el líder de la oficina de comunicaciones, a partir de indicadores, de cumplimiento, eficacia, y efectividad.

Definir los procesos y procedimientos para evaluar la efectividad de los canales de comunicación, la oportunidad y la claridad de la información que se entrega

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

La caracterización de usuarios se realiza en forma frecuente por el servicio que se presta por tanto las bases de datos de todos los servicios exige la actualización a la caracterización de los mismos

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

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.

Se realiza en periodo mensual el informe de satisfacción del usuario, además semestralmente el proceso de control interno, realiza el seguimiento a las PQRSF donde se evalúa la oportunidad en la respuesta a los usuarios y se dejan recomendaciones

Dar respuesta de manera oportuna a las PQRS, en los tiempos establecidos por la norma. El reporte de las PQRS vencidas es muy alto

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

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?

La profesional de Control Interno, presenta el plan anual de auditorías basada en riesgos por procesos, el cual presenta también los informes de ley, asimismo la programación de los comités institucionales; 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 Gestion y desempeño mediante el tablero de indicadores.

Desde la oficina de Control Interno, se realiza la socialización de los informes de auditoría con la Gerencia y las partes interesadas, para que los auditados formulen el plan de mejora.

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.

Desde la alta dirección, a quien se realiza la socialización de las diferentes evaluaciones que se realizan en la entidad, en procura de la mejora continua en el funcionamiento de los procesos se toman acciones que ayudan en la efectividad del Sistema de Control Interno.

Es necesario que con base en los resultados entregados producto de las evaluaciones, se realice el plan de acción de mejora, donde se establezcan actividades precisas que conlleven a llegar a la consecución del producto requerido, en los tiempos establecidos, que permitan subsanar las posibles desviaciones.

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

El proceso de Control Interno, ejecuta su plan de auditoría basada en riesgos, con la periodicidad establecida, las cuales se entregan a la Gerencia como cliente interno previamente socializada con los auditados quienes formulan el plan de mejora para realizar seguimiento y evaluación y se determinan los riesgos para verificar la efectividad de los controles establecidos en la matriz del riesgo.

La oficina de control Interno al presentar el plan de auditoría, lo realiza con base en los riesgos institucionales y que podrían convertirse en procesos críticos. Se cuenta con las evaluaciones de la matriz de riesgos por cada proceso, con lo cual se evidencia la verificación de que proceso necesita la actualización del mapa de riesgos, con lo cual la oficina de control interno realiza su plan de auditorías basado en 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

Se cuenta con 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..

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

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

La entidad recibe auditorías de control externa como lo 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.

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 unas acciones de mejora para corregir las brechas o desviaciones que se estén presentando, bajo términos establecidos, los cuales se consolidan en el Plan de Mejoramiento Institucional.

Desde la Oficina de Control Interno, se recopilan todas las evidencias de cumplimiento de las acciones planteadas y se realiza en períodos cuatrimestrales un informe de seguimiento, el cual es socializado con la alta dirección y sus partes interesadas.

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

Las auditorías de entes externos, plasman hallazgos administrativos donde muestran algunas desviaciones o brechas que se presentan en la organización y que permiten tomar acciones de mejora para subsanarlas, con lo cual cada líder responsable de los hallazgos encontrados gestiona el subsanar de forma inmediata, eficaz, eficiente y efectiva.

Con base en los informes recibidos por auditorías realizadas por entes de control externos se establecen planes de mejoramiento para subsanar los diferentes hallazgos encontrados a los cuales se realiza seguimiento de manera permanente.

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

En Salud Sogamoso E.S.E., según la conformación del Comité de Coordinación de Control Interno, se conforma por los Profesionales Líderes de Proceso, con lo cual se establece que son ellos quienes lideran todo el sistema de control interno y es por ello que corresponde a ellos el subsanar las deficiencias que se hayan encontrado dentro del Sistema de Control interno y que sean de su competencia.

A pesar de que las deficiencias que se van presentando en el ejercicio del control interno, monitoreo continuo y seguimiento se reportan a la alta dirección, no se cuenta con políticas de reporte de las deficiencias Control Interno documentada y formalizada para el reporte de las mismas de manera formal. Por tanto es una actividad de mejora

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

La alta dirección desde los informes sobre el sistema de control interno, con base en todos los recursos (financieros, humanos, logísticos, físicos) con que cuenta la entidad, prioriza algunas acciones, por lo cual no siempre se puede dar cumplimiento en tiempos a todas las acciones establecidas.

Ser más rigurosos en el cumplimiento de las deficiencias comunicadas dentro del sistema de control interno, y tratar de subsanar en los tiempos establecidos.

La alta dirección tiene establecidos los canales de información con su Grupo de Profesionales Líderes de Proceso, en forma presencial, correo Institucional, redes Sociales; buscando la retroalimentación de las actuaciones administrativas realizadas por cada Líder de Proceso, según corresponda. Sin embargo existe una situación de tiempo que no es posible el cumplimiento oportuno.

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

Se realiza evaluación a la contratación de servicios en la presente vigencia a través de una muestra representativa, con el propósito de auditar el cumplimiento de los requisitos pre y post contractuales, en los cuales en la etapa precontractual en estudio de necesidades se determinan los riesgos y evaluando la economía, eficiencia y la eficacia de lo que se contrata.

Según la responsabilidad de cada supervisor de contrato, es quien dentro del formato GAF-F-007, en el numeral 7 establece Análisis De Riesgos (riesgos previsibles) dentro de los cuales se deben identificar Riesgos de carácter jurídico, Riesgos de Carácter Financieros y Otros riesgos dentro de los cuales se deben establecer todos aquellos que no se tipifican en alguno de los riesgos anteriormente mencionados. Estos riesgos se convierten en la matriz de riesgos de tipo administrativos y operativos según corresponda a la parte puramente operacional.

Dentro de la Matriz de riesgos por proceso se tiene establecido que los Supervisores de Contratos, son quienes deben estar atentos a los riesgos de cada contrato tercerizado, lo cual se debe haber establecido en la etapa precontractual en estudio de necesidades donde se deben tener en cuenta los riesgos jurídicos, financieros y demás, estableciendo los controles y plan de acción correspondiente. Se deben cumplir con las acciones de mejoras producto de las observaciones, luego de la evaluación al proceso de contratación.

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?

Por parte de la Oficina de Control Interno, se realiza evaluación semestral a las PQRSD que generan los usuarios, verificando la efectividad de las respuestas y el cumplimiento en los tiempos establecidos para la misma. Mediante el procedimiento de Atención, peticiones, quejas, reclamos y denuncias GMA-P-002, se realiza monitoreo, seguimiento a las PQRSD, por parte de la profesional de SIAU, Gestión Documental, Planeación, Jurídica;

con base en el cual la oficina de Control interno en periodos trimestrales, realiza evaluación consolidada de los 6 meses correspondientes. Sobre esta evaluación se emite informe, que se publica en la página WEB Institucional.

Aplicar las recomendaciones que realiza el proceso de control interno al informe de seguimiento a las PQRSF y Subsanan las brechas, que se puedan presentar y que coadyuven a la mejora continua. La Oficina de Control interno, realiza seguimiento, verificación y evaluación de Informes mensuales; además que realiza acompañamiento en la apertura de los buzones para verificar la apertura, verifica las interpuestas a atreves de la Intranet y de otra parte realiza seguimiento, verificación y evaluación a la correspondencia recibida y emitida a través de la Ventanilla Única.

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

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 GQL-F-020.

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 que se socializa 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)

Mediante la formulación del plan de mejora se establece un plan de acción que conlleva a subsanar las desviaciones encontradas en la auditoria, al cual se le realiza seguimiento, monitoreo y evaluación a las actividades expuestas, en forma de lograr el producto requerido en el hallazgo según la auditoria

La Gerente de Salud Sogamoso E.S.E. apoya la labor de Control interno y recibe los resultados de las auditorias con las deficiencias de control interno en los diferentes procesos y les da trámite para subsanarlas. Se realiza el seguimiento y evaluación que se socializa en Comité de Coordinación de Control interno

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

Se han presentado a la Gerencia, las evaluaciones correspondientes por parte del proceso de control interno, asimismo Las deficiencia de Control interno se reportan mediante las auditorias, análisis y seguimientos

Las deficiencias de control interno son objeto de mejora, según corresponda y seguimiento por parte de la Alta Dirección, quien apoya la labor de Control interno y

recibe los resultados de las auditorias con las desviaciones de control interno en los diferentes procesos y les da trámite para subsanarlas

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