

	INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO		
	JEFE OCI	GILMA JANETH PERICO GRANADOS	PERIODO
		EVALUADO	VIGENCIA 2018
		FECHA	

Para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, se adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG De acuerdo con el Manual Operativo MIPG, funcionara a través de 7 dimensiones.

1. Dimensión Talento Humano
2. Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación
3. Dimensión Gestión con Valores para el Resultado
4. Dimensión Evaluación para el Resultado
5. Dimensión Información y Comunicación
6. Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación
7. Dimensión Control Interno En concordancia con lo anterior, el Control Interno se integra, a través del MECI, como una de las dimensiones del Modelo, y en el mismo Decreto 1499 de 2017 se establece la actualización del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, en 5 **componentes:**

1. Ambiente de Control
2. Evaluación del Riesgo
3. Actividades de Control
4. Información y Comunicación
5. Actividades de Monitoreo

Conforme a lo anterior, la Oficina de Control Interno de SALUD SOGAMOSO E.S.E. presenta el Informe de Control Interno, de acuerdo con las 7 dimensiones MIPG y los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno, desarrollados en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, según artículo 2.2.22.3.5 del Decreto 1149 de 2017.

MIPG con el fin de adoptar los lineamientos establecidos en el Decreto 1499 de 2017, en cumplimiento del artículo No. 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998 y de Gestión de la Calidad que trata la Ley 872 de 2003 y lo articula con el Sistema de Control Interno consagrado en la Ley 87 de 1993 y en los artículos 27° al 29° de la Ley 489 de 1998, en un solo Sistema de Gestión.

1. ACTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIONALIDAD DE MIPG

1.1 Comité Institucional de Gestión y Desempeño

En cumplimiento del artículo 2.2.22.3.8 del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, SALUD SOGAMOSO E.S.E. conformó mediante Resolución 101 de abril 30 del 2018 el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, estableciendo las funciones y directrices derivadas del Decreto anteriormente mencionado,

INFORME COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

ACTA	FECHA	TEMAS
1	17 Mayo de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Lectura de Compromisos pendientes 3. Presentación informe de evolución de gasto vs producción. 4. Propositiones y varios
2	23 de Mayo de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum 2. Presentación de propuestas de la coordinación de prestación de servicios respecto al funcionamiento de la móvil y la prestación de servicios de salud desde el acceso, en Salud Sogamoso 3. Presentación del Plan de Producción. 4. Propositiones y varios
3	06 de Junio de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum 2. Presentación herramienta para la valoración del riesgo administrativo según metodología DAFP. 3. Seguimiento POAS y Plan de Gestión Segundo Bimestre de 2018. 4. Presentación y socialización de la política de referenciarían competitiva 5. Propositiones y varios
4	18 Junio de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Presentación de riesgos Administrativos según metodología DAFP 3. Presentación informe de proyección de UVR, Gastos e ingresos del año 2018. 4. Propositiones y varios
5	06 Julio de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Lectura de Compromisos pendientes 3. Presentación actividades POA y PAMEC, en estado de Atraso 4. Propositiones y varios
6	26 Julio de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Firma de actas aprobadas producto de las sesiones de comité de Gestión y Desempeño Institucional No. 03, 04 y 05 de 2018 3. Presentación Mapa de Riesgos según metodología DAFP 4. Presentación Autodiagnósticos Modelo Integrado de Planeación y Gestión 5. Propositiones y varios
7	10 de Agosto de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Firma de acta aprobada producto de la sesión de comité de Gestión y Desempeño Institucional No. 06 de 2018 3. Lectura de Compromisos Pendientes 4. Presentación propuesta Modelo de Gestión Empresarial 5. Propositiones y varios
8	15 de Agosto de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Lectura de Compromisos pendientes. 3. Seguimiento planes operativos tercer bimestre de 2018 4. Presentación matriz riesgos metodología DAFP 5. Presentación Autodiagnósticos MIPG 6. Propositiones y Varios

INFORME COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

ACTA	FECHA	TEMAS
9	22 de Agosto de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Entrega Instalaciones y Dotación UGRA Centro Salud Sogamoso – 6 de Septiembre de 2018 3. Propositiones y Varios
10	24 de Agosto de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Lectura de Compromisos pendientes. 3. Propositiones y Varios
11	10 de Septiembre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Retroalimentación de resultados visita de habilitación- UGRA Centro y Unidad Básica de Atención Magdalena. 3. Propositiones y Varios
12	14 de Septiembre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Firma de actas aprobadas producto de la sesiones de comité de gestión No. 07, 08, 09, 10 y 11 de 2018 3. Presentación de la Dimensión de Gestión del Conocimiento 4. Presentación mapa de riesgos metodología DAFP 5. Presentación auto diagnósticos MIPG 6. Lectura de Compromisos pendientes 7. Propositiones y Varios
13	10 de Octubre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Firma de acta aprobada producto de la sesión de comité de gestión No. 12 de 2018 3. Seguimiento planes Operativos Cuarto Bimestre de 2018 4. Propositiones y Varios
14	7 de Noviembre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Presentación del Programa de Gestión Documental de Salud Sogamoso ESE 3. Lectura de Compromisos Pendientes 4. Propositiones y Varios
15	14 de Noviembre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Presentación y socialización Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2019 3. Presentación planes operativos vigencia 2019 4. Propositiones y Varios
16	16 de Noviembre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Rendición de cuentas vigencia 2018 3. Propositiones y Varios
17	21 de Noviembre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Presentación informe Rendición de cuentas vigencia 2018 3. Propositiones y Varios

INFORME COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		
ACTA	FECHA	TEMAS
18	23 de Noviembre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Presentación Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2019 3. Presentación y Socialización Planes Operativos de la vigencia 2019 4. Proposiciones y Varios
19	04 de Diciembre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Firma de actas aprobadas producto de las sesiones de comité de gestión No. 14, 15, 16 , 17 y 18 de 2018 3. Lectura de Compromisos pendientes 4. Presentación Rendición de Cuentas Vigencia 2018 5. Proposiciones y Varios
20	05 de Diciembre de 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamado a lista y verificación del quórum. 2. Seguimiento planes operativos quinto bimestre (Septiembre – Octubre) de 2018 3. Planeacion rendición de cuentas año 2018 4. Proposiciones y Varios

1.2 Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno

SALUD SOGAMOSO E.S.E., en cumplimiento del artículo 13 de la Ley 87 de 1993, y en concordancia con el artículo 2.2.21.1.5 del Decreto 1083 de 2015 y el artículo 2.2.23.1 de la misma norma donde señala, que el Sistema de Control Interno se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades, se conformo y actualizo mediante la resolución 232 de agosto 4 del 2017. Lo cual genera genera Plan de mejoramiento 2019, en lo referente a la actualización y alineación con MIPG

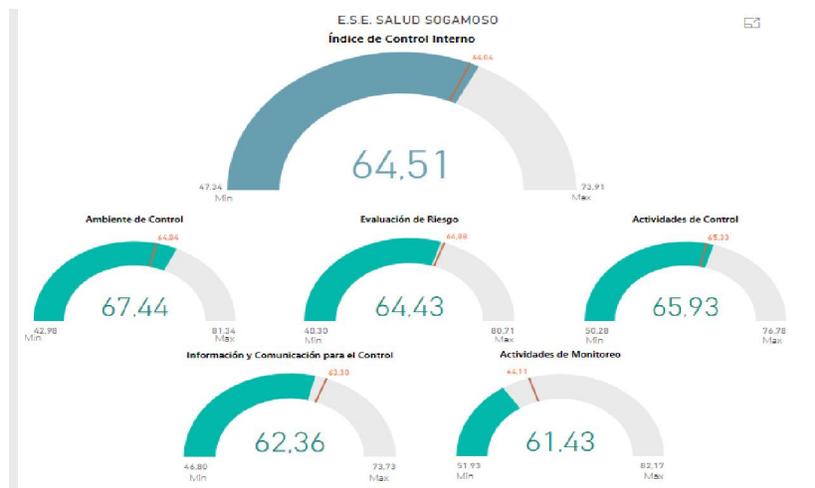
En la vigencia 2018, se llevaron a cabo 3 Comités, así

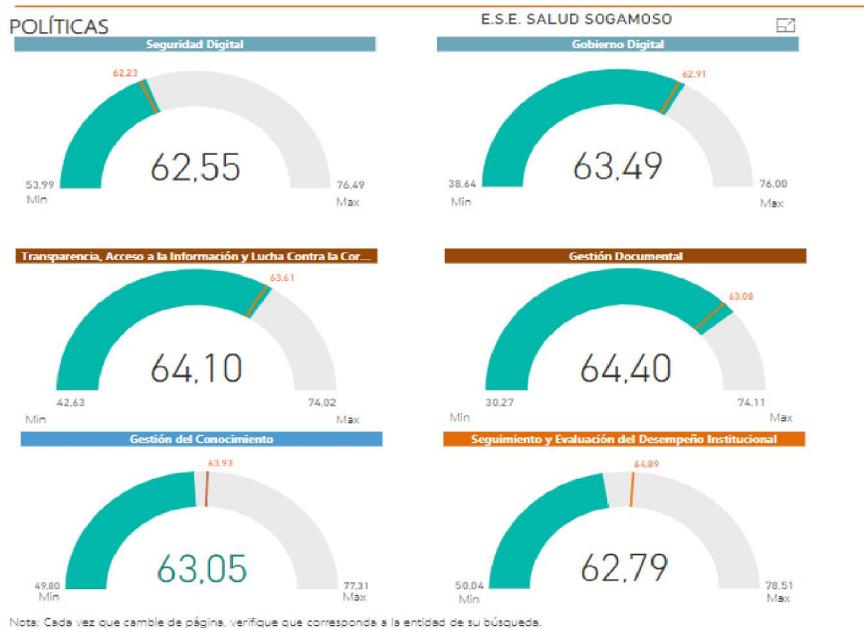
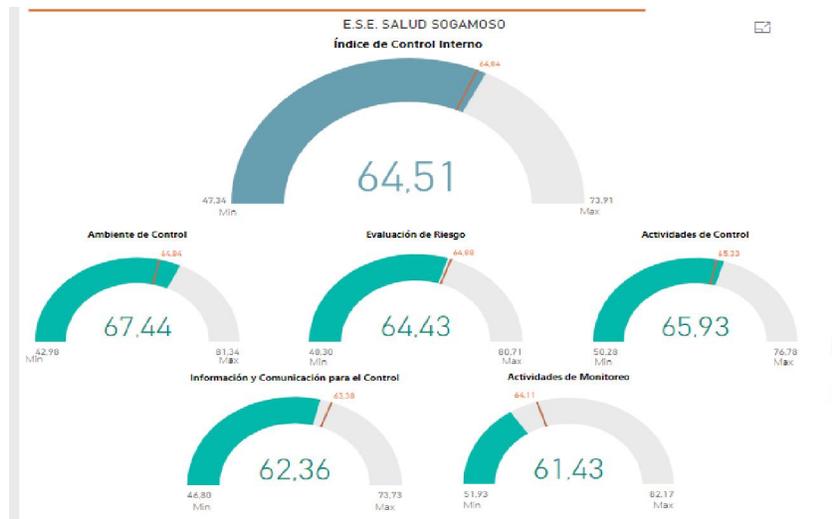
1. Comité primero de marzo 15 de 2018.
2. Comité segundo de 23 de Agosto y terminación Agosto 30 d 2018
3. Comité tercero de Noviembre 30 de 2018.

En los Comités se desarrollaron actividades importantes como la aprobación del Plan de Auditorias, Conocimiento MIPG, Conocimiento por parte de todos los Lideres de las Guías de Administración del riesgo, Revisión de los Autodiagnósticos por cada Proceso, Identificación y Actualización de los Riesgos, análisis, establecimiento de Controles y determinación de los planes de Acción por parte de cada Líder; se conformaron Mesas de Trabajo por proceso para adelantar actividades complementarias

1.3 Autodiagnósticos Obtenidos según FURAG II

Según el direccionamiento realizado por el departamento Administrativo de la función pública se realizó el diligenciamiento del FURAG II, el cual una vez revisados y calificados por su parte; se hizo necesario que SALUD SOGAMOSO E.S.E. A partir de las consideraciones establecidas y con base en ellas, tomándolas como línea base y a partir de ahí por parte de cada Líder de Proceso realizar análisis de Autoapreciación, estableciendo su plan de acción, en pro de llegar al deber ser establecido y así ellos lograron cumplir permanentemente, el monitoreo, evaluación y mejoramiento continuo de su gestión, desempeño y resultados.





La Ley 87 de 1993 y la Ley 489 de 1998 señalan que todas las entidades públicas tienen la obligación de contar con un sistema de control interno que garanticen el cumplimiento y satisfacción de las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

El MECI: Método estándar de control interno, el cual mantiene la estructura de factores de evaluación y niveles de madurez llevada a cabo en vigencias anteriores, que en concordancia con MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Es un marco de

referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la Gestión de la Entidad , con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, según dispone el Decreto 1499 de 2017.

MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

2. AVANCES DE MIPG

2.1 Dimensión Talento Humano

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, para el desarrollo de esta dimensión se deben tener en cuenta dos Políticas de Gestión y Desempeño Institucional:

1. Gestión Estratégica del Talento Humano
2. Integridad

2.1.1 Plan Estratégico Institucional

De acuerdo con lo establecido en el Plan Estratégico 2016-2020

Estrategia PDI	Políticas de Gestión y Desempeño	Objetivos Institucionales	Cumplimiento
Buen Gobierno	14. Talento Humano	Fortalecer las Competencias laborales y propiciar espacios que ofrezcan Bienestar a nivel Laboral	99%
	15. Integridad		

2.1.2 Plan de Acción Talento humano

SALUD SOGAMOSO E.S.E. , es consciente de que el capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto se requiere que el pago por concepto de remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO ESTRATEGICO	MEDICION DE COMPROMISOS		
	5.1 META PROYECTADA	5.2 RESULTADO	ANALISIS DEL RESULTADO
Identificar y controlar oportunamente los compromisos adquiridos por ESE por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios	DEUDA=0	DEUDA=0	bimensual se realiza seguimiento a la adherencia procedimiento de cuentas por pagar y giros de tesorería mediante el archivo en Excel de la trazabilidad de cuentas, archivo en Excel de egresos generados de acuerdo a las cuentas
Este indicador permite medir el nivel de percepción del clima organizacional	90%=clima	100%	CDe donde se concluyo que el personal evaluado percibe el trabajo en equipo como agradable, aunque se evidencia inconformidad frente a la forma en la que se llevan a cabo las relaciones entre los mismos trabajadores, ocasionando un ambiente laboral tenso, falta comunicacion asertiva, generandose conflicto y poca cooperación.
Este indicador permite medir la aplicación de la evaluación de desempeño de los colaboradores de acuerdo a su vinculacion laboral	100% Colaboradores	97%	1. Se revisa el procedimiento de medición de desempeño Laboral y se realiza ajustes al mismo, teniendo en cuenta la dinámica institucional y se incluyo el indicador de seguimiento y control.El comportamiento del indicador arroja un resultado de medición 97.10%.
colaboradores en comunicación asertiva, trabajo en equipo y servicio al cliente, con el fin de mejorar conocimientos, habilidades, actitudes y conductas de las personas en su lugar de trabajo.	90% de Colaboradores	100%	Se da continuidad al plan de trabajo establecido con ARL POSITIVA con el desarrollo de los talleres para todos los colaboradores

De conformidad con lo anterior, en el Plan de Acción se establecen estrategias y acciones que fortalecen los aspectos:

- Lograr que para con los servidores Públicos no se tengan Monto de la deuda superior a 30 días, en igual forma para quienes suministran servicios a la Entidad.
- La líder de Talento Humano con base en el auto diagnóstico de la Gestión Estratégica del Talento Humano, de acuerdo a la herramienta establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se establecieron actividades a realizar en procura de dar cumplimiento de la normatividad establecida.

Se evidencia que GETH, aplico la medición de desempeño laboral a todos los colaboradores para la vigencia 2018 y con apoyo de la Gerente, Coordinador de Prestación de servicios, Director Administrativo y Financiero que de acuerdo a Manual de Funciones y Competencias Laborales corresponde al Jefe Inmediato y los supervisores, el líder del área de Talento Humano Consolida los resultados a 31 de Diciembre de 2018. Los contratos de prestación de servicios se miden por el cumplimiento de las obligaciones pactadas de manera mensual y se evidencia en el informe de la supervisión.

Igualmente se observa que se desarrolló el plan de trabajo establecido con ARL POSITIVA con aplicación de talleres para todos los colaboradores, en Liderazgo, comunicación asertiva y servicio al cliente, con un porcentaje de cumplimiento del 100% para la vigencia 2018.

Con el desarrollo de estos talleres en Liderazgo y Comunicación Asertiva y servicio al cliente se brindaron herramientas, metodología y elementos de comunicación, a los colaboradores de la entidad se resaltó la necesidad de la tolerancia por la diferencia, el respeto, convivencia.

Para el Primer y segundo semestre se realizaron las mediciones por parte de la líder de la GETH aplico instrumento para medir clima laboral GTH-F-009, con el fin de conocer el “clima” o percepción de los colaboradores en Salud Sogamoso E.S.E. La información recogida a través de la encuesta permite obtener un conocimiento interno y poder aplicar acciones de mejora que sea necesario, y permite identificar si las acciones de mejora cumplen con el propósito de mantener un buen clima laboral. Es importante mencionar que el indicador de medición corresponde

DATOS DEL INDICADOR				RESULTADO DEL INDICADOR		
INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	META	FRECUENCIA DE MEDICION	I SEMESTRE	II SEMESTRE	RESULTADO ACUMULADO
Medición Clima Laboral	Numero de colaboradores con medición del clima laboral /Total Colaboradores de la ESE*100	>=90%	SEMESTRAL	91.85%	90.37%	91.11%

El permitir expresar opiniones de todos los colaboradores y saber que éstas van a ser conocidas y tenidas en cuenta por los responsables de la gestión permite su amplia participación y son instrumento para la elaboración del plan de capacitaciones y Bienestar social y estímulos, redundando en una mejora del clima laboral.

SALUD SOGAMOSO E.S.E. En concordancia con el decreto 1499 del 2017, igualmente se tienen establecidas dentro del Tema Rutas de valor así:

- 2.1.3 Temáticas asociadas a Rutas de Creación de Valor
 - 2.1.3.1 Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo – SGSST
 - 2.1.3.2 Plan Institucional de Capacitación – PIC
 - 2.1.3.3 Programa de Inducción y Re inducción
 - 2.1.3.4 Programa de Bienestar e Incentivos
 - 2.1.3.5 Sistema de Evaluación del desempeño
 - 2.1.3.6 Manual de Integridad y Buen Gobierno
 - 2.1.3.7 Manual de funciones, competencias y requisitos

2.2 Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, para el desarrollo de esta dimensión se debe tener en cuenta 2 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional:

1. Planeación institucional
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público

2.2.1 Planeación Institucional SALUD SOGAMOSO E.S.E., mediante acuerdo se formulo el plan estratégico 2016-2020 con base en los lineamientos establecidos en el plan de Desarrollo municipal; los elementos como misión, visión y política de la Entidad; El plan estratégico se soportó en los planes de acción 2018 de cada dependencia, los cuales se alinearon con los proyectos de inversión y el plan anual de adquisiciones. en el link: <https://saludsogamoso.gov.co/sp/docs/PLAN%20DE%20DESARROLLO%20Y%20PLAN%20DE%20GESTION%202016-2020.PDF>

SALUD SOGAMOSO E.S.E., es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Ambulatorios, del Orden Municipal, creada por el Acuerdo N° 082 del 30 de Diciembre de 1996 emitido por el Concejo Municipal de Sogamoso, e inició su pleno funcionamiento el 1 de Septiembre de 1997. Esto situó a Sogamoso como el primer

Municipio del Departamento de Boyacá que transformó su Institución prestadora de Servicios de Salud.

MISIÓN

“Somos una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención ambulatoria, acreditados como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, que garantiza el acceso en sus sedes a la población de su área de influencia en atención extra e intramural, con enfoque en promoción y prevención, mejorando así las condiciones de salud de los usuarios y sus familias. https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8024

VISIÓN

“ Para el año 2022 seremos una institución de servicios de salud acreditada, que responde con sus sedes a las necesidades de acceso y oportunidad para la población, a través de un modelo de atención y administración efectiva y auto sostenible que se integra y aporta a los programas y proyectos de salud incluyentes”. https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8024

2.2.1.1 Mapa Estratégico

Es importante mencionar que SALUD SOGAMOSO E.S.E., dado que es una Entidad de salud de primer Nivel y que es Entidad descentralizada del orden municipal; la Entidad Adopta el Modelo Integrado de Planeación Y Gestión- MIPG, como instrumento de articulación y reporte de la planeación, sin embargo es importante mencionar que al momento de las 16 políticas establecidas en el decreto 1499 del 2017, la Institución esta adoptando paulatinamente aquellas con las que aun no cuenta, esto a medida de sus requerimientos Institucionales las cuales se van alineando a los objetivos institucionales y estrategias del Plan Municipal de Desarrollo, como se puede consultar en el link: https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8062.

A continuación se observa el grado de avance a la fecha del Plan Estratégico 2018 con un nivel de cumplimiento del 96%, ubicándose en nivel **Sobresaliente?**

2.2.1.2 Plan de Acción e Indicadores de gestión

En cuanto al seguimiento al Plan de Acción de la Entidad, se obtuvo un resultado consolidado del 96% ubicándose en nivel **Sobresaliente** a la fecha, y comprende los resultados de los indicadores como de las actividades asociadas a los planes de acción de las dependencias del | | SALUD SOGAMOSO E.S.E. así:



CONSECUTIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	TENDENCIA	LIMITE INFERIOR
1	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	90%	Aumentar	80.0%
2	Porcentaje Diligenciamiento Tablero de Indicadores	90%	Aumentar	80.0%
3	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud PAMEC	90%	Aumentar	80.0%
4	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	90%	Aumentar	80.00%
5	Porcentaje de Implementacion de indicadores de gestion de la Sala ERA	100%	Implementar	100.0%
6	Tiempo promedio de espera para la asignacion de cita de medicina general	3	Disminuir	1.69
7	Oportunidad en la asignación de citas de consulta de odontología general.	3	Disminuir	2.2
8	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	65%	Aumentar	49.1%
9	Evaluacion de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	80%	Aumentar	73.8%
10	Implementación la RIA de Riesgo cardiovascular en la ESE	100%	Implementar	100.0%
11	Tasa de satisfaccion Global	90%	Aumentar	88.0%
12	Sostenibilidad de la estrategia IAMII	92%	Mantener	90.0%
13	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a).Compras conjuntas	51%	Aumentar	50.0%
14	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	0.99	Disminuir	0.92
15	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	0.91	Aumentar	0.8
16	Porcentaje de capacitación en la aplicación de tablas de retención documental	90%	Aumentar	80.0%



CONSECUTIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	TENDENCIA	LIMITE INFERIOR
17	Oportunidad promedio en la atención de consulta de medicina general	300%	Disminuir	169.0%
18	Porcentaje de cumplimiento de solicitudes en la fase precontractual conforme al estatuto y manual de contratación vigentes	70%	Aumentar	60.0%
19	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación	0%	Mantener	0.0%
20	Porcentaje de medición del clima laboral	90%	Mantener	80.0%
21	Porcentaje de medición de desempeño	100%	Mantener	90.0%
22	Porcentaje de capacitación Comunicación asertiva, Servicio al cliente y trabajo en equipo en los Colaboradores de la Institución	80%	Aumentar	70.0%
23	Porcentaje de informes entregados oportunamente	1	Mantener	1

Es importante mencionar que de los 23 indicadores establecidos en cumplimiento de eficiencia y eficacia, no se obtuvo el resultado esperado en uno de los indicadores; mientras que si se logro en 22 de ellos.

En lo referente a los Planes establecidos en el decreto 1499 del 2017 contamos con los siguientes:

1. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
2. Plan Anual de Adquisiciones
3. Plan Institucional de Capacitación
4. Plan de Tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la Información. Estrategia por POA, para 2019
5. Plan de Incentivos
6. Plan de Seguridad y privacidad de la Información. Estrategia por POA para 2019
7. Plan de Previsión de Recursos Humanos.
8. Plan de Trabajo Anual SST y MA. Estrategia por POA, para 2019
9. Plan de Rendición de cuentas. Estrategia por POA 2019

10. Plan Anti trámites. Estrategia por POA 2019

11. Plan Institucional de Archivos PINAR

Cabe resaltar que las actividades asociadas a los **planes**, fueron establecidas en los planes de acción 2018 de los procesos y dependencias Institucional, por lo que bimensualmente se realiza seguimiento por parte de los líderes de Proceso en comité de gestión y Desempeño Institucional.

Los aspectos a resaltar durante el período de análisis, son:

- Los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño efectuados con el fin de presentar los resultados de los seguimientos bimensuales para revisión y toma de decisiones de la dirección Administrativa.
- Las mesas de Trabajo con Control Interno, escenario en el cual se realizó seguimiento al cumplimiento de la administración del riesgo Institucional.
- Los planes anuales de las dependencias e indicadores y se propusieron las mejoras necesarias.
- Los Seguimientos a los autodiagnósticos por parte de cada área, con el propósito de avanzar respecto a los planes de acción correspondientes, y así revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden a las dependencias y procesos de la Entidad.

2.2.1.3 Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

En lo referente al seguimiento a la ejecución del Plan Anticorrupción a la fecha, se obtuvo un nivel de cumplimiento del **100%** ubicándose en nivel **Sobresaliente**.

Como se puede consultar en el link:

https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8609

Es importante resaltar que las actividades relacionadas al Plan Anticorrupción, fueron establecidas en los planes de acción 2018 de los procesos y dependencias de SALUD SOGAMOSO E.S.E., motivo por el que en forma similar se realizaba seguimiento y verificación del mismo. Sin embargo en forma el seguimiento y verificación se publico en forma cuatrimestral como se observa en el link https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8609

2.2.2 Política Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público

La política Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, se esta llevando a cabo en la Entidaden , sin embargo falta llevarla a procedimiento documentado; se encuentra alineada con su respectivo objetivo institucional, y el indicador resultante corresponde:

Estrategia PDI	Política de Gestión y Desempeño	Objetivo institucional	Cumplimiento
	Gestion presupuestal y de Eficiencia del gasto	Administrar eficientemente los Recursos Financieros	98%

De lo anterior, se observa que a la fecha los indicadores reportaron un nivel de cumplimiento del 98%, ubicándose en un nivel **sobresaliente**

2.3 Dimensión Gestión con Valores para Resultados

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, esta dimensión se debe entender desde dos aspectos así

a) “de la ventanilla hacia adentro

1. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
2. Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público
3. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea: TIC para la gestión y Seguridad de la Información
4. Seguridad Digital
5. Defensa jurídica

b) “de la ventanilla hacia afuera”:

1. Servicio al Ciudadano
2. Racionalización de Trámites
3. Participación ciudadana en la gestión pública
4. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea: TIC para el servicio y TIC para Gobierno Abierto

2.3.1 Perspectiva de la ventanilla hacia dentro

De acuerdo con lo establecido en el Plan Estratégico 2016-2020 tendríamos en cuenta, las **5 políticas de Gestión y Desempeño**

Defensa Jurídica

Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

Gobierno Digital

Seguridad Digital

Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público

2.3.1.1 Defensa Jurídica

Esta política se encuentra alineada al objetivo institucional y tiene asociados los siguientes indicadores:

- 1) Determinar y medir cumplimiento de solicitudes en la fase de planeación y selección conforme a lo estipulado en el manual y estatuto de contratación
- 2) El cumplimiento de este con corte a diciembre y tomando el promedio de los bimestres corresponde a un promedio de:
- 3) Eficacia en la atención Judicial y administrativa de procesos y acciones judiciales

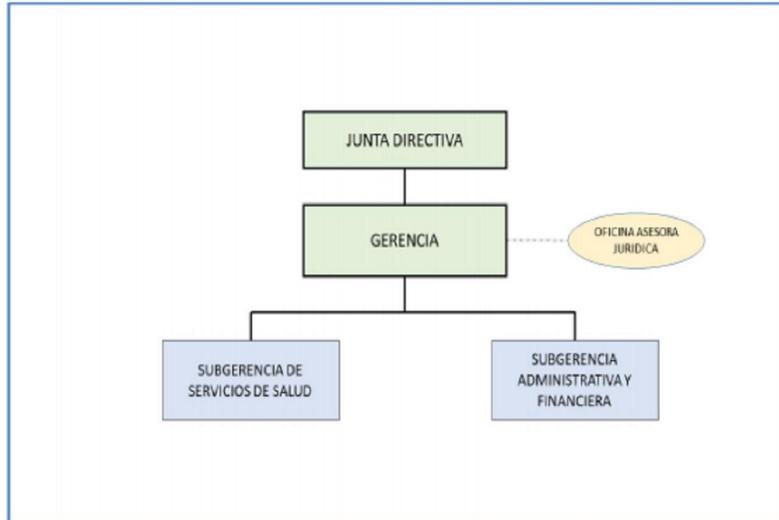
Eficacia en la atención Judicial y administrativa de procesos y acciones judiciales

2.3.1.2 Política Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

a. Estructura Organizacional

Durante el período en mención, no se presentaron modificaciones a la estructura Administrativa el cual fue probado mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 18 del 10 de Noviembre de 2017, actualmente se encuentra publicado en la página Web de SALUD SOGAMOSO E.S.E. en el link https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8036

Estructura Administrativa Salud Sogamoso ESE



Fuente: Acuerdo de Junta Directiva N° 18 del 10 de Noviembre de 2017

b. Modelo de Operación por procesos

SALUD SOGAMOSO E.S.E. en cumplimiento de su misión, visión Institucional y con el propósito de satisfacer las necesidades de sus usuarios, cuenta con un modelo de operación por procesos con enfoque sistémico, el cual se encuentra debidamente caracterizado, reflejando así las interacciones, las entradas y las salidas, garantizando una ejecución eficiente y el cumplimiento de los objetivos Institucionales. Además que se procura la alineación con la normatividad correspondiente al Modelo Institucional e Planeación y Gestión

ACUERDO 008 MAPA DE PROCESOS E.S.E.



c. Divulgación de los Procedimientos

Dado que los Planes de Acción corresponden a la totalidad de los procesos de la Entidad, la Oficina de Planeación estableció una estrategia para seguimiento bimensual que corresponde al seguimiento de los indicadores mediante la herramienta de Tablero de Indicadores, mediante el cual se realiza seguimiento y verificación de cumplimiento.

2.3.1.3 Gobierno Digital

El proceso de TICS deberá presentar el avance de la implementación de la **Estrategia Gobierno Digital**, Para lo cual deberá previamente establecer los lineamientos generales de la política de Gobierno Digital: <https://saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2018/Politica%20Gobierno%20Digital.pdf>; se observa que la misma contempla como objetivo el uso y Aprovechamiento de la tecnología de la información y las Comunicaciones, para consolidar un Estado de Ciudadanos Competitivos, proactivos, e inhovadores que generen valor publico en un entorno de confianza digital

Se observa que durante el período 2018, el Proceso de TICS reportó la realización de las siguientes acciones en el marco de la Política de Gobierno Digital:

Página Web

- Activación del nuevo sitio id. https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=10152 SALUD SOGAMOSO E.S.E.
- Ajuste en estilos a las secciones de información institucional
- Actualización de imagen corporativa

2.3.1.4 Seguridad Digital

Esta política se encuentra en proceso de desarrollo y buscando la alineación al <https://saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2018/Resolucion%20PPD%20152.pdf> objetivo institucional, se observa la Política de Protección datos personales

Se evidencia el trabajo de la actualización de documentos: Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI), Dominio de Información, flujos y componentes de información

2.3.2 Perspectiva de la ventanilla hacia afuera

De acuerdo con lo establecido en el Plan Estratégico según el Plan de desarrollo institucional, las siguientes **4 políticas**:

Estrategia PDI	Políticas de Gestión y Desempeño	Objetivos Institucionales	Cumplimiento
	Participación ciudadana en la Gestión Publica	Fortalecer la cultura institucional en términos de calidad, servicio y participación ciudadana	?
	Servicio al Ciudadano		
	Racionalización de Tramites		
	Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea: TIC para el servicio y TIC para Gobierno Abierto		

2.4 Dimensión Evaluación de Resultados

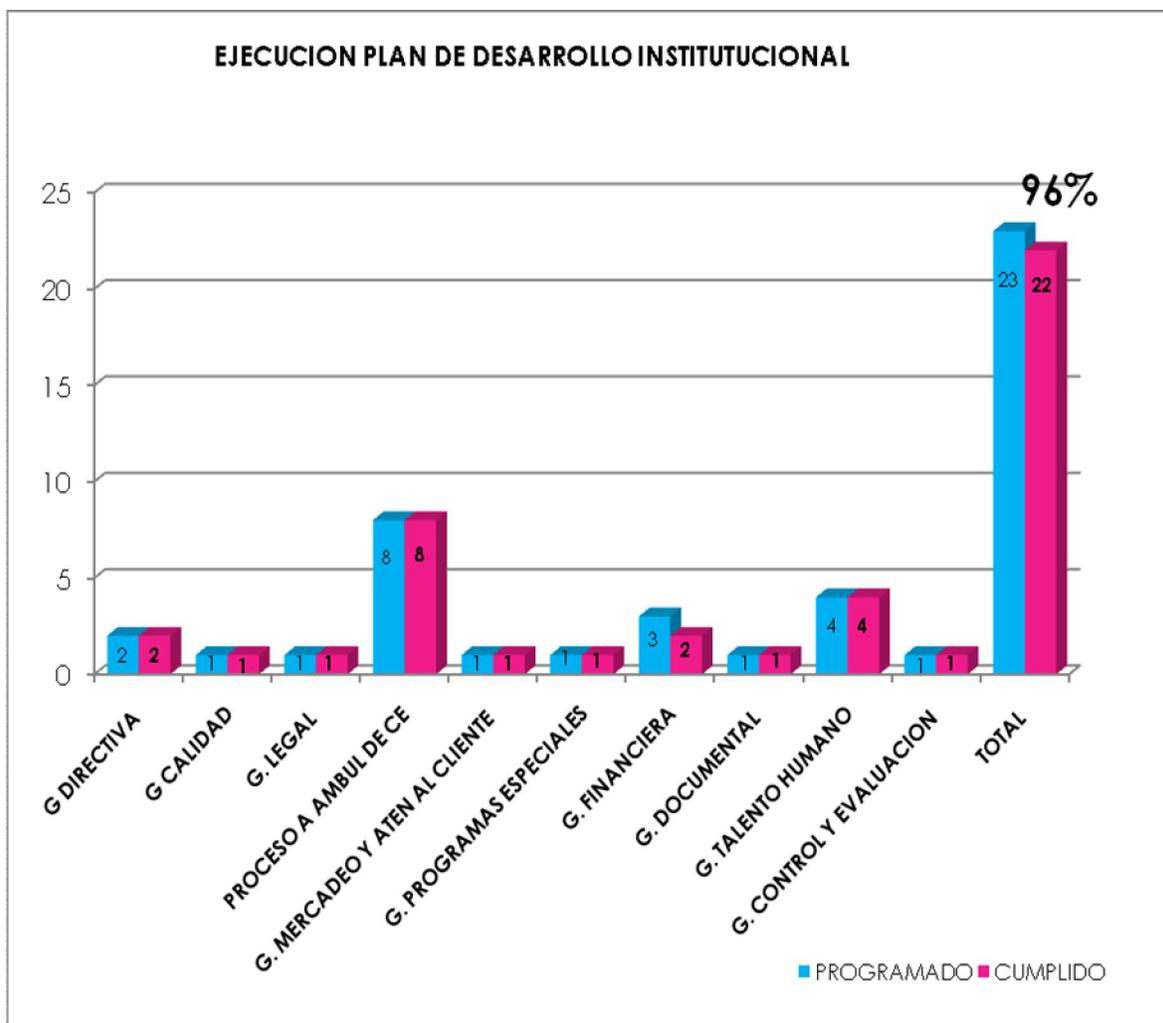
Política establecida según el MIPG, y que persigue los objetivos Institucionales de:

1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional

La política de seguimiento y Evaluación de desempeño Institucional, debe estar enfocada a fortalecer los programas y proyectos sociales con enfoque diferencial

2. Promover el desarrollo y seguimiento de los temas estratégicos, compromisos, la Eficiencia y la transparencia administrativa.

Atendiendo a las metas establecidas en el plan de desarrollo y plan de gestión 2016-2020 y adecuado a los planes de acción formulados para la vigencia 2018, se consolidó el avance de cumplimiento del plan de Gestión de la vigencia 2018, arrojando los siguientes resultados de acuerdo a las metas establecidas en cada proceso:



PROCESO	METAS PROGRAMADAS	METAS CUMPLIDAS
GESTIÓN DIRECTIVA	2	2
GESTIÓN DE CALIDAD	1	1
GESTION LEGAL	1	1
GESTIÓN DE MERCADEO Y ATENCIÓN AL CLIENTE	1	1
ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONSULTA EXTERNA	8	8
GESTIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES	1	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	4	4
GESTIÓN FINANCIERA	3	3
GESTIÓN DOCUMENTAL	1	1
GESTIÓN CONTROL Y EVALUACIÓN	1	1
TOTAL	23	22
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	96%	

2.5 Dimensión Información y Comunicación

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, esta dimensión tiene en cuenta las siguientes políticas:

1. Gestión Documental
2. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

De acuerdo con lo establecido en el Plan de Desarrollo 2016-2020, estas políticas se encuentran alineadas con los siguientes objetivos institucionales, así:

Teniendo en cuenta la aprobación de las tablas de retención documental para Salud Sogamoso ESE y considerando que son una herramienta que fortalece y apoya las estrategias de gestión documental, toda vez por medio de estas establecen las prioridades de archivo, el control de la producción de información y la categorización y optimización de los procesos, para la vigencia 2018, se priorizaron acciones encaminadas a orientar y capacitar a los colaboradores de la institución, en la técnica Archivística que

se debe cumplir para implementar las Tablas de Retención Documental en la Entidad, por cuanto para el periodo objeto de evaluación y seguimiento se realizaron veinticuatro (24) capacitaciones a las áreas productoras de las 24 existentes y con tablas de retención documental aprobadas respectivamente, para un resultado al cierre de la vigencia de 100% de capacitación en la aplicabilidad de las tablas de retención documental en las áreas productoras.

De igual manera y sumado al proceso gestión documental, se elaboró el programa de gestión Documental, según los parámetros establecidos en el Manual para la implementación de un programa de gestión documental, expedido por el Archivo General de la Nación y la normatividad vigente, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y publicado en la página Web institucional.

2.6 Gestión del Conocimiento

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, esta dimensión se entenderá desde la política de **Gestión del Conocimiento y la Innovación**. Esta política se encuentra alineada al objetivo institucional y tiene asociado todos los procedimientos y herramientas que se desarrollen, para efectos de la Mejora continua Institucional.

Dentro de estos adelantos realizados, contamos con una herramienta de Medición como lo es el tablero de Medición de Indicadores el Programa de calidad en el Salud Sogamoso ESE, formula El Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, para la vigencia del periodo comprendido entre Enero a Diciembre de 2018, con un total de 153 acciones de mejoramiento programadas teniendo en cuenta la totalidad de los 8 grupos de estándares de acreditación; para el VI bimestre del 2018 se logra el cumplimiento del 99%

indicador con nivel de cumplimiento del **99%** a la fecha:

2.7 Dimensión Control Interno

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, esta dimensión se entenderá desde la **política de Control Interno**, que se desarrollará a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECl, el cual fue actualizado en el marco general de MIPG y fundamentado en 5 componentes. Esta política de Control Interno se encuentra alineada al objetivo de la Entidad según el Mapa Estratégico institucional.

Otro objetivo, corresponde al indicador POA 2018, Informes Internos y Externos de todos los Procesos institucionales.

Es importante mencionar que los indicadores formulados se encuentran alineados a los **roles** que enmarcan el funcionamiento de la Oficina de Control Interno de acuerdo con el Decreto 648 de 2017 así como, a los **5 componentes** del Modelo Estándar de Control Interno establecidos en el Decreto 1499 de 2017.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO ESTRATEGICO	MEDICION DE COMPROMISOS		
	5.1 META PROYECTADA	5.2 RESULTADO	ANALISIS DEL RESULTADO
Cumplimiento del Programa de auditorías del DAPRE	70% auditorías programadas	62%	Se realizaron auditorías que se debían realizar diferentes a las programadas, las hubo la necesidad de realizar, por lo que fue imposible cubrir el 100% de las auditorías programadas
Informes de Ley internos y Externos todos los procesos	100% Informes presentados	100%	Se realiza la Concertación, Diligenciamiento y Aprobación del formato GCE-F-014 PROGRAMACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES A LOS ENTES DE CONTROL Y VIGILANCIA. En mesas de trabajo con cada líder de proceso,

2.7.1 Ambiente de Control

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG este componente se encuentra relacionado con las dimensiones de :

DIMENSIONES QUE SE RELACIONAN
Talento Humano
Direccionamiento Estratégico y Planeación
Gestión con Valores para Resultados

Sabiendo que el Ambiente de Control esta conformado por un Conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la Administración de las Entidad con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno. Conocedores de ello SALUD SOGAMOSO E.S.E. para la implementación del Ambiente de Control, se enfatizo en que el servidor Publico de la Entidad, tenga amplio conocimiento de la Estructura Organizacional como son: Comprensión del Objetivo Principal de la Entidad, Misión, Visión, Meta trazada dentro de la Estrategia de su función; y que esto aunado a la Gestión del Talento humano; y que apoyado en la Integridad del servidor Público, en el ejercicio de la Función Publica; igualmente la Cultura Organizacional; En la misma Expectativa de los usuarios del servicio, grupos de valor y grupos de Interés, se logra la consecución del Componente Ambiente de Control.

Salud Sogamoso E.S.E., ha trabajado y sigue trabajando para asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control Interno. Todo lo que se logra con el compromiso, liderazgo, siguiendo los lineamientos establecidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y por supuesto del trabajo del Comité Institucional de Control Interno.

Para llegar a un adecuado y efectivo ambiente de control es indispensable que:

La Entidad demuestre el compromiso con la integridad (valores) (en proceso) y principios del servicio público.

– El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno cumpla las funciones de supervisión del desempeño del Sistema de Control Interno y de determinación de las mejoras a que haya lugar.

– La gestión del Talento humano tenga un carácter estratégico, de manera que todas las actividades estén alineadas con los objetivos de SALUD SOGAMOSO E.S.E.

- Se tengan definidas y asignadas en personas idóneas las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control.

Para Garantizar un adecuado ambiente de control SALUD SOGAMOSO E.S.E. propende por definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así:

Línea Estratégica – Gerencia y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno son los responsables en diseñar, mantener y mejorar el Sistema de Control Interno, por ello:

- Son los que inician la lucha contra la corrupción y promover la integridad (valores), el cumplimiento de estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público.

- Orientan el direccionamiento Estratégico y la Planeación Institucional
- Determinan las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la Corporación
- Desarrollan los mecanismos incorporados en la GETH

Primera Línea – Gerencia y Líderes de Procesos, a quienes corresponde:

- Promover y cumplir, a través de su ejemplo, los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público, en el marco de integridad.
- Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público de sus equipos de trabajo.

Segunda Línea – Líderes responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

- Aplicar los estándares de conducta e integridad (valores) y los principios del servicio público
- El área de Talento Humano facilita la implementación, monitorea la apropiación de dichos estándares por parte de los servidores públicos y alerta a los líderes de los procesos, cuando corresponda.
- Apoyar a la Gerencia y los líderes de los procesos para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y meta Institucional.
- Trabajar coordinadamente con los líderes de los procesos y demás responsables del cumplimiento de los objetivos Institucionales.
- La Oficina Legal y de Talento Humano monitorea y supervisa el cumplimiento e impacto del Plan Estratégico de Talento Humano y determinando acciones de Mejora si se requiere.
- Así mismo, analizar e informar a la Gerencia y los líderes de los procesos sobre los resultados de la evaluación del desempeño y generando el Plan de Mejoramiento que correspondan.

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- Evaluar la eficacia de las estrategias de la entidad para promover la integridad en el servicio público, especialmente, si con ella se orienta efectivamente el comportamiento de los servidores, dando cumplimiento a la conducta e Integridad (valores) y los principios establecidos en Entidad; lo cual debe ser base para la gestión de los riesgos en forma permanente, observando la eficacia o no de los controles
- Evaluar el diseño y efectividad de los controles y provee información a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de los mismos
- Ejercer la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas

2.7.2 Administración del Riesgo

Este segundo componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo de los líderes de los procesos y de todos sus servidores, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

Durante el período evaluado, se actualizó la determinación de los riesgos por cada proceso para fortalecer la identificación, valoración y monitoreo de los mismos, los que obstaculizan la consecución de los objetivos Institucionales.

Como se mencionó anteriormente, es indispensable que el Control interno, realice el trabajo con las dimensiones de Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados y Talento Humano, es fundamental para materializar una adecuada gestión del riesgo, de conformidad con las siguientes interacciones:

En la dimensión de Direccionamiento Estratégico y la Planeación, el representante legal y la alta dirección deben definir los lineamientos para la administración del riesgo de la Institución; el equipo directivo debe identificar aquellos riesgos que impidan el logro de su Objetivo Institucional y las metas estratégicas.

La política para la gestión del riesgo se constituye en una política de operación para SALUD SOGAMOSO E.S.E., por lo que la misma es aplicable a todos los procesos, proyectos y programas especiales.

La política de administración de riesgos está determinada por las opciones de tratamiento:

Evitar el Riesgo, Reducir el Riesgo, Compartir o transferir el Riesgo y Asumir un riesgo.

Las responsabilidades establecidas por el decreto 1499 del 2017 se contemplan así:

Línea Estratégica – Administración General y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

- Establecer objetivos institucionales alineados, metas y estrategias de la Entidad
- Establecer la Política de Administración del Riesgo
- Asumir la responsabilidad primaria del SCI y de la identificación y evaluación de los cambios
- Retroalimentar sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles.

Primera Línea – Gerencia y Líderes de Procesos.

- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales
- Definir y diseñar los controles a los riesgos
- A partir de la política de administración del riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos, con base en lo cual se establecen los mapas de riesgos
- Identificar y controlar los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de sus objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos.

Es importante que se debe implementar procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y se debe revisar la exposición de la entidad al fraude.

Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo,

- Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada
- Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de corrupción.
- Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo

- Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia
- Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas
- Seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar
- Los supervisores e interventores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de estos e informar las alertas respectivas.

Tercera Línea – Oficina de Control Interno.

- Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa
- Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna
- Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías
 - Revisarla efectividad y la aplicación de controles, y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos
- Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas

2.7.3 Actividades de Control

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG este componente se encuentra relacionado con las siguientes Dimensiones

DIMENSIONES QUE SE RELACIONAN
Talento Humano
Direccionamiento Estratégico y Planeación
Gestión con Valores para Resultados

SALUD SOGAMOSO E.S.E., determino y estableció controles preventivos y correctivos para mitigar los posibles riesgos, los cuales se evaluaron, observando la incidencia de los mismos en el riesgo. El control tiene definido responsable al Líder de cada proceso y para su estudio debe tenerse en cuenta la frecuencia y descripción de operación.

- Se desarrollo una herramienta, que permite realizar el monitoreo, seguimiento, evaluación antes y después de la aplicación de los controles
- En la herramienta que se usa para tal fin, se observan evidencias de la aplicación de los controles.

2.7.4 Información y Comunicación

Durante 2018, presentó variación manteniéndose en la versión No. 03 del 04 de julio de 2018, el cual establece las directrices generales para el manejo efectivo de la comunicación interna y externa, asociado a todos los procesos que hacen parte del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE), en el marco de las funciones, responsabilidades y la normatividad aplicable.

2.7.4.1 Información Comunicada a nivel Externo

El propósito corresponde a Efectuar el control a la información y comunicación organizacional. En este cuarto componente del control se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de SALUD SOGAMOSO E.S.E. la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés (USUARIOS)

La Entidad tiene identificados los mecanismos de recolección de información externa, para lo cual se encuentran caracterizados por el procedimiento identificado con Código: GSI-P-026 Procedimiento de Comunicación Externa.

Además cuenta con otras herramientas así:

1. Formulario web para la recepción de PQRSF
2. Línea Telefónica 770xxxx
4. Sistema para el registro y gestión de correspondencia VENTANILLA UNICA
5. Buzón PQRS
6. Atención presencial

Durante el período 2018, el proceso de Atención al Usuario presentó los Informes bimensuales ante el Comité de Gestión Institucional del trámite de PQRSF correspondientes a la Vigencia del 2018, publicado en el link:

https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=9590

https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8068

La Líder De SIAU, esta en total Atención a la Ciudadanía quien mantiene el control de reportar las PQRSF pendientes a las áreas críticas para su seguimiento y respuesta en forma oportuna, y a la Coordinadora de Prestación de Servicios, y a Control Interno para sus seguimiento y verificación.

Dentro de la Entidad se cuentan con Procedimientos y Formatos para el ejercicio de Comunicación Externa así: GSI-P-028 CANALES DE Comunicación E Información, GSI-P-021 BOLETIN DE PRENSA,

Responsabilidades así:

Línea Estratégica – Gerente y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

- Es responsable de la fiabilidad, integridad y seguridad de la información. Esta responsabilidad incluye toda la información crítica de la entidad
- Establece políticas apropiadas para el reporte de información fuera de la Entidad, política de información de carácter reservado; política de confidencialidad y seguridad de la información Política de Comunicaciones, Política Tratamiento y Protección de Datos. Son los primeros llamados a luchar contra la corrupción y promover la integridad (valores), el cumplimiento de estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público

Primera Línea – Gerencia y Líderes de Procesos, a quienes corresponde:

- Gestionar información que da cuenta de las actividades cotidianas, compartiéndola internamente
- Desarrollar y mantener procesos de comunicación facilitando que todas las personas entiendan y lleven a cabo sus responsabilidades de control interno
- Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales corrientes
- Asegurar que entre los procesos fluya información relevante y oportuna, así como hacia los ciudadanos, organismos de control y otros externos

– Informar sobre la evaluación a la gestión institucional y a resultados Implementar métodos de comunicación efectiva.

Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo (Líderes de Proceso y Coordinador de Planeación) y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

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

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

– Apoyar el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias – Proporcionar a la gerencia información sobre los resultados de sus actividades Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el control interno.

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

– Evaluar periódicamente las prácticas de confiabilidad e integridad de la información de la Entidad y recomienda, según sea apropiado, mejoras o implementación de nuevos controles y defensas.

– Informar sobre la confiabilidad y la integridad de la información y las exposiciones a riesgos asociados

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

Comunicar a la primera y la segunda línea, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación.

2.7.4.2 Seguimiento a compromisos de la Ley 1712

Durante el período evaluado y de acuerdo con la información suministrada por la Oficina de Planeación y presentada en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño con corte 31 de Diciembre 2018, el cumplimiento en la implementación de la Ley 1712 de 2014, se realizó, sin embargo no se publicó; por lo que para la vigencia 2019 será actividad de mejora, enfocado “Reportar eventos, actividades y fechas claves relacionadas con los procesos clave en el calendario de la Entidad”.

Adicionalmente es importante precisar que cada trimestre se realiza la validación de cada uno de los requisitos, teniendo en cuenta que toda la documentación y requerimientos de Ley debe actualizarse de manera periódica, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 1712.

2.7.4.3 Información comunicada a nivel Interno

Durante el período en mención, se mantuvo la comunicación a través de los medios dispuestos por la Entidad, como: correo informativo, Intranet, página web, entre otros; a través de los cuales se informaron los temas de interés institucional a los servidores públicos.

2.7.4.4 Divulgación y consulta de la documentación del Sistema de Gestión

Las directrices para el control de documentos se establecieron en el Procedimiento Generación y Control de Documentos y la Guía para la elaboración y control de documentos, dando cumplimiento a la política(s) de Gestión Documental y de Fortalecimiento organizacional y simplificación de Procesos, establecidas en el Decreto 1499 de 2017.

2.7.4.5. 6 Sistemas de Información y Comunicación

Durante el período evaluado, se continuó con el manejo de los sistemas que permitieron la administración eficiente de correspondencia a través del **VENTANILLA UNICA**.

Presupuesto y Contabilidad de la Entidad en **SOFTWARE CNT PRESUPUESTAL**, Integrado con la prestación del Servicio de Salud por el Modulo de Pacientes, con el Modulo de Cartera, Modulo de Activos Fijos, Modulo de Inventarios, Modulo de Cartera. Como Actividad de Mejora para el 2019, se prevé la adquisición del Modulo de Costos de Producción y el Modulo de Nomina.

2.7.5 Actividades de Monitoreo

2.7.5.1 Evaluación continua o Autoevaluación

Teniendo en cuenta que la autoevaluación de gestión, lleva a cabo el monitoreo a la operación de la Entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento.

De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un lapso determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño, prosiguiendo con planes de mejoramiento.

Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno – CICSCI

En cumplimiento del artículo 2.2.21.1.5 del Decreto 648 del 19 de abril de 2017, se ha adoptado y se estipulan directrices para el desarrollo del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, según resolución 232 de agosto del 2016, mediante el cual se establecieron las funciones y directrices según resolución, la cual debe ser actualizada en concordancia con la normatividad reciente, Plan de Mejora que debe ser atendida en Enero 2019.

Durante el período evaluado, se llevaron a cabo reuniones de Comité

- 1) Comité de Marzo 15 del 2018
- 2) Comité de Agosto 23 y 30 del 2018
- 3) Comité de Noviembre 30 del 2018

Mesas de Trabajo del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno – CSCI

En la vigencia 2018 se realizaron 18 mesas de Trabajo; como acompañamiento y asesoría requirente respecto a la identificación de Riesgos, con el establecimiento de Controles por parte de cada líder de proceso, al punto que cada uno de ello estableciese el plan de acción correspondiente.

2.7.5.2 Auditoría Interna

El Programa Anual de Auditorías Internas aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno el 05 de marzo de 2018, contiene un total de **54 Auditorías internas**, de las cuales se elaboraron 39

CUADRO RESUMEN AUDITORIAS EFECTUADAS 2018. OFICINA DE CONTROL INTERNO SALUD SOGAMOSO E.S.E.					
Dependencia.	Cantidad.	Fecha.	Responsable.	Hallazgos.	Observaciones
Farmacia	5	Marzo-Mayo-Agosto-Diciembre	Jefe Nubia Yaneth	Faltantes y sobrantes mínimos subsanados	Presenta informe de Auditorias con observaciones sin generar Plan de Mejoramiento.
Almacén	2	Marzo-Noviembre	Diana Coy bello	Se encontraron inventarios con observaciones	Presenta informe de Auditorias con observaciones en desarrollo el Plan de Mejoramiento
Caja Menor.	3	Abril-Junio-Octubre	Rocio Naranjo T	No Aplica	Presenta Auditorias sin hallazgos
Facturación	9	Enero a Septiembre	Viviana Paola Castro	El servicio de Facturación hallazgos de digitación	Presenta informe de Auditorias con observaciones se ha generado Plan de Mejoramiento, el cual fue presentado y las actividades planteadas en este, están en desarrollo, monitoreo, evaluación y mejoramiento continuo.
Cartera	9	Enero a Septiembre	Viviana Paola Castro	El servicio de Facturación hallazgos de digitación	Se realizaron mensualmente las auditorias pasando trimestralmente los informes de las auditorias, en forma tal de solicitar plan de mejoramiento en pro de la mejora continua
Contratación.	1	Enero-Diciembre	Lady Lucila Sánchez	No genero Plan de mejoramiento	Se realizo la revisión de la Contratación realizada con tiempo anterior al 26 de enero del 2018 fecha que inicio el tiempo de amnistia.
Proceso Contable	1	Enero-Diciembre	Isabel Gonzalez Nova	Se observo la falta de documentación del proceso Contable en su totalidad, el cual esta en desarrollo	Se realiza desde los registros contable, revisando los documentos soporte, revisión de la afectación presupuestal, observando la veracidad de los registros, compromisos, obligaciones y cancelación de las mismas.
Administración de riesgos.	2	Marzo a diciembre	Responsable de los procesos	Según la Matriz de Riesgos con con grado de exposición Residual Alta generaron Pland e Mejoramiento el cual sigue en continua evaluacion	Se realiza actualización del Mapa de Riesgo por Proceso, con desarrollo de la Herramienta para el desarrollo de la Matriz, lo cual se vino realizando auditoria permanente a cada proceso para dar cumplimiento a la normatividad establecida
Relación Entes Externos.	4	Según Formato CGE-F-014	Viviana Paola Castro	Los hallazgos corresponden a la oportunidad de revisión, plan de mejoramiento	Se revisa envío y contenido de los informes según cronograma acordado, formato CGE-F-014
Riesgos de Corrupción y atención al ciudadano.	3	Abril-Agosto-Diciembre	Angie Catherine Soler	N/A	Se revisa el cumplimiento de actividades acordadas. Sin novedades y cumple con Ley 1474 de 2011.

El Programa Anual de Auditorías permite cumplir con el componente del Modelo Estándar de Control Interno establecido en el Decreto 1499 de 2017 "Monitoreo o Supervisión Continua", dado que comprende la auditoría interna al Sistema de Control Interno, de tal forma que se evalúa la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad promoviendo la mejora continua.

El Programa Anual de Auditorías Internas al para el 2018

Se ejecutó en el 72%, es decir que se realizaron las 39 auditorías de las 54 programadas El lapso comprendido de realización de auditorías inicio en Marzo 5 a Diciembre 31 del 2018, en colaboración con personal del área auditada Según la normatividad del decreto 1499 del 2017, que en cierta forma es nuevo para Las Empresas Sociales del Estado de primer Nivel y el cual debe cumplir con ciertos requerimientos específicos, demandaron tiempo y recurso humano, motivo por el que no fue posible llevar a cabo la planeación de Auditorias, quedando procesos de gran importancia que generan priorización para el 2019, sabiendo que estas se deben programar con base en los riesgos Se generaron mesas de trabajo que complementan las auditorías realizadas a cada proceso respecto a los Riesgos Institucionales, las que fueron atendidas en un 100%.

Se generaron Planes de mejoramiento a las Auditorías de Procesos:

1. Procedimiento de Facturación
2. Procedimiento de Cartera
3. Procedimiento de Almacén
4. Procedimiento de Auditoría y glosas
5. Procedimiento Contable.

A continuación se presenta la **conclusión general** obtenida de la ejecución del Programa de Auditorías Internas:

Terminado el Ciclo de Auditorías Internas 2018, se pudo determinar que:

a. El Sistema Integrado de Gestión), de los dieciocho procesos se encuentran armonizados con los objetivos, misión y visión institucional; se dispusieron los recursos necesarios para la operatividad de la gestión de la entidad, se deben emplear controles y mecanismos de medición y seguimiento. Todo lo anterior, evidenciado en una mejor aplicación del sistema, en cuanto a la seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y seguridad de la información y en la prestación de los servicios internos y externos con altos estándares de calidad.

Sin embargo, es importante que la Dirección y los responsables de los Procesos, fortalezcan a través de la implementación de planes de mejoramiento eficaces, los siguientes requisitos:

- Legales: Leyes Ley 1755 de 2015 Regula el Derecho Fundamental de Petición, Ley 1712 de 2014 de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional; Decreto: 1072 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, 1081 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República, 2844 de 2010 por el cual se reglamentan Normas Orgánicas de Presupuesto y del Plan Nacional de Desarrollo; Resoluciones Resolución 0987 de 2016 se reglamenta el trámite interno del Derecho de Petición en el DAPRE,

Resolución 757 de 2017 por la cual se delegan unas funciones, Resolución 1111 de 2017 por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para Empleadores y Contratantes, Resolución 0493 de 2017 por la cual se conforman los órganos de Coordinación del sistema de Control Interno del DAPRE.

- NTC ISO 9001:2015: 6.1.1 Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades, 7.5.3 Control de la

información documentada, 9.1.1, 10.2.1 literal b), 9.1.3. Análisis y evaluación,

- NTC ISO 27001:2013: No se encontraron no conformidades.

- MIPG: Dimensión de Información y Comunicación.

- Organización (DAPRE): Caracterización del Proceso de Direccionamiento Estratégico y del Proceso de Gestión Financiera. Procedimientos Procedimiento de Formulación y Seguimiento a la Planeación Institucional P-DE-01, Procedimiento Formulación, Registro y Análisis de Indicadores P-DE-02, Procedimiento de Gestión de Recursos de Cooperación Internacional (P-DE-11), Procedimiento de formulación, seguimiento y evaluación de planes de mejoramiento P-EM-06, procedimiento P-GF-14 Ejecución Presupuestal, Procedimiento P-TH-11 Trámite de Comisiones y Gastos de Viajes.

Manuales

2.7.5.4 Auditorías de cumplimiento presentación otros informes de Ley

La Oficina de Control Interno realiza seguimiento permanente a la presentación de los

Informes de Ley programados, previa observación de la información requerida para su elaboración. Posteriormente, son comunicados en los términos señalados en los respectivos requisitos legales.

El grado de cumplimiento con corte a Diciembre 31 del 2018, correspondió al 100% de los mismos 21 Informes Externos y de los Informes a otros Entes son 44

INFORMES DE LEY REALIZADOS POR OCI	
1	INFORME CUENTA FISCAL A LA CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA
1	EVALUACION DEL CONTOL INTERNO CONTABLE
1	INFORME LEGALIDAD DEL SOFTWARE
3	SEGUIMIENTO ESTRATEGIAS PLAN ANTICOORRUPCION
1	VERIFICACION DE LA INFORMACION APLICATIVO SECOP
2	INFORME DE PQRSF
2	INFORME PORMENORIZADO CUATRIMESTRAL
3	INFORME TRIMESTRAL DE AUSTERIDAD DEL GASTO
1	INFORME DE AUDITORIAS INTERNAS
12	VERIFICACION DE PRESENTACION OPORTUNA ENTES INTERNOS Y EXTERNOS
3	ACTAS DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO
1	INFORME EJECUTIVO FURAG II

Garantizar un adecuado desarrollo de la auditoría interna requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, de la siguiente manera:

Línea Estratégica – Gerencia y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

- Analizar las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa
- Asegurar que los servidores responsables (tanto de la segunda como de la tercera línea de defensa cuenten con los conocimientos necesarios y que se generen recursos para la mejora de sus competencias
- Aprobar el Plan Anual de Auditoría propuesto por el jefe de control interno o quien haga sus veces, tarea asignada específicamente al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Primera Línea – Gerencia y Líderes de Procesos, a quienes corresponda – Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso

- Informar periódicamente a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de SALUD SOGAMOSO E.S.E..
- Comunicar deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda

Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

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

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- Establecer el plan anual de auditoría basado en riesgos, priorizando aquellos procesos de mayor exposición
- Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa
- Evaluar si los controles están presentes (en políticas y procedimientos) y funcionan, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional Establecer y mantener un sistema de monitoreo de hallazgos y recomendaciones

GILMA JANETH PERICO GRANADOS

Oficina de Control Interno

SALUD SOGAMOSO E.S.E.