

**INFORME DE EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DICIEMBRE-2022**

**SALUD SOGAMOSO E.S.E.**

**COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL**

**Lineamiento**

**1:**

La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público

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

Para el 2022 la P.U. Líder de GETH, y el Equipo de Apoyo, enfocados en la Integridad del Talento Humano, generando documento de Análisis del Instrumento de la Medición de Cultura Organizacional, con énfasis en adherencia y aplicación del código de integridad. En el cual realiza Análisis y medición de las desviaciones, determinando oportunidades de mejora. Este documento se toma como insumo para toma de decisiones, mediante plan de acción que promueva la adopción e interiorización de Valores Institucionales, ejercitados en la Integridad del Talento Humano, con lo cual se abordan los conflictos de Interés e implícitamente coadyuva en la mitigación de riesgos de corrupción.

En el MIPG, se considera que la política de integridad es el motor de implementación, Salud Sogamoso ESE adapta en su direccionamiento estratégico. Según acuerdo 005 del 2020, se establecen como valores de integridad Institucional según resolución No. 164 del 22 de Marzo de 2019.

Para la vigencia 2022 y en articulación con el código de integridad se busca 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, a través del programa de transformación cultural, así como también fortalecer la gestión de conflictos de interés.

De otra parte se realiza seguimiento a Quejas o denuncias sobre servidores (PQRSF-Comité Ética- Comité de Convivencia), GMA-P-010 elaboración del informe de PQRSF.

La Oficina de Control Interno, evidencia adherencia a la cultura organizacional, mediante la aplicación e interiorización del código de Integridad y código de Ética.

Se evidencia práctica de Estrategias a partir de la promulgación del código de Integridad; mediante adopción de valores, prendiendo una luz como compromiso de iluminarlo e irradiarlo en el diario vivir Empresarial y Personal, demostrando conocimiento cumplimiento y adherencia al código de integridad: Se practica Auditoria, mediante.

- a) Encuestas en forma general al Talento Humano,
- b) Encuestas focalizadas a Líderes como gestores de la práctica y verificación de las obras por parte de cada servidor público.

Se evidencia el documento denominado "Implementación de los valores del servicio público", el que contiene un diagnóstico del estado de los valores que contiene del código del integridad de la entidad y su armonización con el código de ética. Adicionalmente se cuenta con un plan de trabajo que contiene un cronograma de trabajo. Sin embargo, el documento no presenta de manera explícita una metodología de implementación, por lo cual se recomienda incluir un capítulo que oriente sobre la metodología que se va a emplear y es soporte del plan de trabajo.

Se evidencia documento en [HYPERLINK "http://www.saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2019/Codigodeintegridad.pdf"](http://www.saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2019/Codigodeintegridad.pdf)  
<http://www.saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2019/Codigodeintegridad.pdf> .

Procedimiento de Tramite de Peticiones, Quejas, reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones GAU-P-007 V5 abril 22, Res 180 la que modifica la resolución No. 278 de 2019 " Por medio de la cual se unifican el Comité institucional de gestion y desempeño con el Comité del sistema obligatorio de garantía de la calidad de Salud Sogamoso E.SE.

Comité de Humanización

Comité de Ética

GTH-PG-008- Programación de Transformación Cultural

Plan Operativo Anual del Código de Integridad.

## 1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés

Salud Sogamoso E.S.E., a través de la P.U. de GETH y de la P.U. Contratación, desarrollan el autodiagnóstico de Conflictos de Interés, identificando oportunidades de mejora de lo cual se emite Plan de Acción para ser desarrollado en el 2023.

Como Fortaleza identificada dentro del Autodiagnóstico: Busca evitar riesgo que el Talento Humano, pueda afectar incorrectamente el desarrollo de sus deberes y responsabilidades oficiales.

La Oficina de Control interno, se ha estado presente mientras la realización del análisis del autodiagnóstico **Manejo de Conflictos de Interés**; insumo primordial de complemento para controlar el riesgo Conflictos de Interés.

A partir del Autodiagnóstico las P.U. líderes logran realizar un programa que coadyuven en la anulación de conflictos de Interés Institucionales,

Con lo cual se erradica el que la integridad de sus acciones, tiendan a estar indebidamente influenciadas por un interés secundario.

Se hace necesario, documento denominado "Lineamiento para la apropiación del conflicto de interés" como mecanismo para lograr una adecuada implementación e interiorización en los funcionarios de Salud Sogamoso E.-S.E., sobre la transparencia en el ejercicio de la función pública y la prevención de conflicto de interés.

Frente a la articulación de los Comités de coordinación de Control Interno y el Comité de Gestión y Desempeño, se ha establecido a partir de conformación por la Alta dirección, sin embargo se hace necesario mayor comunicación asertiva, en forma de lograr la Mejora Continua Institucional y la Evaluación del Sistema Control Interno se realice de forma acertada

## **2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa.**

Salud Sogamoso E.S.E., con el objetivo de especificidad de la definición y documentación de las Líneas de Defensa y sensibilización sobre adherencia a las responsabilidades por parte de cada línea de defensa Institucional; se actualizó la política de control interno según resolución 156 del 2022, en la cual se enfatiza en la conformación de las líneas de defensa y se definen responsabilidades por cada una de ellas por cada componente del MECI (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Seguimiento y Monitoreo).

Asimismo en la Política de Administración del Riesgo Institucional, aprobada según resolución 342 del 2020, se establecen los niveles de responsabilidad para cada Línea de defensa definidas en el Modelo de Planeación y Gestión

La oficina de Control Interno, evidencia que según la resolución 110 del 2019, establece claramente las líneas de defensa, responsabilidades, seguimiento y monitoreo del sistema en sus diferentes componentes, con el objetivo de articularla con el decreto 1499 del 2017 y el decreto 648 del 2017 ; La misma ha sido actualizada en forma periódica, donde la más reciente de las actualizaciones se realizó el día 26 de abril del 2022 mediante resolución 156-2022, mediante la cual se refuerza de quienes conforman cada línea, responsabilidades de los conformantes de cada una de ellas basándose en los componentes MECI.

## **Evaluar la forma como funciona el Esquema de Líneas de Defensa, incluyendo la línea estratégica**

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

Se Establece líneas de reporte que van desde los P.U. Líderes de cada proceso hasta socializarlo en Comité de Gestión y Desempeño y/o Comité de Coordinación de Control Interno a la Alta Dirección para su adecuada y oportuna Toma de decisiones.

Cada líder suministra información de forma periódica, con datos y hechos que le permitan la toma de decisiones a la Alta Dirección, asignar la responsabilidad y autoridad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de reporte.

La línea de reporte es transversal e identificada acorde a la responsabilidad y autoridad de cada línea de defensa y TH conformante, teniendo en cuenta que la comunicación se establece a través de la Entidad al interior y se realiza hacia el exterior con los grupos de valor y grupos de interés Institucionales

laboral de salud Sogamoso E.S.E. permitiendo a la Institución, establecer actividades de Mejora Continua.

Asimismo se cuenta con procedimiento de buzones de PQRSF, para interponer las diferentes situaciones irregulares o que no correspondan a servidores públicos, con el ánimo de dar efectiva y oportuna respuesta y de ser el caso se solicita formulación de Planes de Mejora al Profesional pertinente, por parte del Jefe Inmediato.

Desde la Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso ha verificado que se ha establecido el procedimiento de administración del Buzón de PQRSF para Talento Humano de la I.P.S., (escuchándote Mejoramos) como estrategia de comunicación interna, en forma tal que se tomen las acciones del caso.

Este procedimiento va desde la formulación de la PQRSF (Petición, queja, reclamo, sugerencia y felicitaciones) internas por parte de los colaboradores en el mecanismo definido por la institución, hasta el trámite y respuesta a la misma. El colaborador encargado da trámite a resolver, revisa tiempos para dar respuesta oportuna, eficaz y efectiva, por los medios establecidos para ello, agradeciendo y confirmando el recibido de la misma y señalando los tiempos formales de respuesta y/o solución a su solicitud. La asesora de Control interno, está presente en cada apertura del Buzo verificando las PQRSF interpuestas en búsqueda del cumplimiento de leyes y normas aplicables, Código de Integridad.

### **Lineamiento**

**2:**

Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno

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

Salud Sogamoso E.S.E. A partir de la constitución del Comité de Coordinación de Control Interno, ha mantenido en forma permanente actualizado el mismo acorde a la normatividad vigente y articulación con la misma.

Para el 2022, Según resolución 156 del 26 de abril del 2022, se ha realizado actualización del mismo reforzando la responsabilidad por parte de cada línea de defensa, Se establecen reuniones periódicas cuatrimestralmente, sin embargo de ser necesario se realizan en forma extraordinaria. Es indispensable reforzar la sensibilización de las responsabilidades de cada profesional líder de proceso

Como control para este Comité se cuenta con el Plan de Acción Operativo vigencia 2022, el cual tiene seguimiento periódico en Comité de Coordinación de Control Interno en periodos bimestrales y seguimiento de Gestión y Desempeño Institucional.

La oficina de Control Interno, evidencia que según la periodicidad establecida para reuniones ordinarias de Comité de Coordinación de Control Interno, es cuatrimestral ; se evidencia que se realizaron reuniones durante la vigencia 2022, 3 reuniones de carácter ordinario y cuatro de carácter extraordinario.



Se hace necesario Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales normales

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

Se han establecido políticas apropiadas para el reporte de información fuera de la entidad y directrices sobre información de carácter reservado, regulaciones de privacidad y tratamiento de datos personales, y en general todo lo relacionado con la comunicación de la información fuera de la entidad.

Salud Sogamoso cuenta con Matriz de Instrumentos de Información actualizado, en esta se encuentra el índice de información clasificada y reservada, asimismo se encuentra actualiza la política de gestión documental

Salud Sogamoso cuenta con procedimiento de tratamiento y protección de datos personales GRI-P-007, Formato de Autorización tratamiento datos personales GRI-F-007, Protocolo de Anonimización de datos personales GRI-PT-001, con lo cual se busca que además de identificar los posibles riesgos de suficientes mecanismos que coadyuvan a la prevención del uso inadecuado de información privilegiada con lo cual se los riesgos para la entidad, además se fortalecen los controles que previenen uso inadecuado de información privilegiada; a través de procesos y procedimientos de gestión documental, partiendo del autodiagnóstico, programa de gestión documental el cual contiene planeación estratégica documentada a partir de la organización, transferencia documental, producción documental, preservación documental, plan de emergencias documentales, formato de inventario documental, clasificación documental, valoración documental, tabla de retención documental. Mediante lo cual se busca fortalecer los controles que previenen uso inadecuado de información privilegiada.

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

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

Desde GETH, con base en el autodiagnóstico realizado y de acuerdo a los resultados FURAG, se evidencia la evaluación de acciones transversales de integridad que conllevan a la mitigación del riesgo de corrupción, según se evidencia a continuación: Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con la Matriz Anticorrupción, la cual consta de la identificación de Riesgos de corrupción, a los cuales se identifican causas y las posibles consecuencias para formular los posibles controles con los cuales se logren mitigar la materialización de estos. Con base en la promulgación de la Integridad en el talento Humano se busca desarrollar la lucha contra de la corrupción, mediante interiorización en el Talento humano, toda vez que es a él a quien corresponde desarrollar la responsabilidad de

prevención Institucional, mediante la actuación personal con integridad y la adopción de decisiones basadas en la ética.

Mediante Resolución 081 del 2022, se aprobó el Plan Anticorrupción para la vigencia, el cual consta de evaluación y seguimiento en periodos cuatrimestrales. PRIMER COMPONENTE: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES, SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES, CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO. QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN, SEXTO COMPONENTE INICIATIVAS ADICIONALES

Donde los objetivos son:

Identificar, prevenir, controlar y mitigar los riesgos de corrupción.

Fortalecer el componente de racionalización de trámites, a fin de facilitar al ciudadano el acceso a los trámites y servicios que brinda la entidad.

Desarrollar los mecanismos de rendición de cuentas de Salud Sogamoso ESE. ✓ Fortalecer los mecanismos de atención al ciudadano tendientes a mejorar los servicios prestados.

Garantizar la transparencia de la información y el acceso a la información pública

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

Es importante mencionar que la evaluación de las acciones de Integridad, también se realizan a través de seguimiento a la adherencia del Procedimiento de PQRSF, en lo pertinente a aquello que contempla las PQR de actuaciones de Profesionales, motivo por el que corresponden a un insumo o Mecanismo de evaluación de Integridad del talento Humano que presta directamente el servicio de salud al ciudadano. Como soporte Institucional, se cuenta con actas del Comité de Ética (actas de reunión periódicas), en el cual se efectúa seguimiento de actuaciones tanto en aspecto profesión como personal.

**1.5 Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. NOTA: Si la entidad ya cuenta con esta línea en funcionamiento, establezca si ha aportado para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales.**

Salud Sogamoso E.S.E., para efecto del establecimiento de línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares; en primer instante se cuenta sistema de ventanilla Única, en el que se establece línea de denuncia interna sobre contextos anómalos, en la cual se logra registrar las diferentes Solicitudes, Peticiones Quejas Reclamos, las cuales pueden ser internas o externas; asimismo se cuenta con el Procedimiento Escuchándote Mejoramos, GTH-P-021, cuyo objetivo es el de garantizar el derecho de los colaboradores de Salud Sogamoso, para presentar PQRSF, que surjan con temas relacionados a convivencia

Salud Sogamoso E.S.E., en lo correspondiente a las líneas de reporte, cuenta con procedimiento interno de Comunicaciones, cuyo objetivo es el de: Estructurar e implementar el procedimiento de comunicaciones, que garantice una información eficaz y asertiva, dando respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa de Salud Sogamoso E.S.E. Además se establecen lineamientos para el reporte de la información que conlleve a una acertada toma de decisiones por parte de Alta Gerencia y las líneas de defensa

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

La Oficina de Control Interno, evidencia que Salud Sogamoso E.S.E., a través del Comité de Gestión y Desempeño, y del Comité de Coordinación de Control interno; contempla la responsabilidad establecida para cada línea de defensa, examina que se estén cumpliendo con los diferentes compromisos adquiridos por cada una de ellas; como lo es el de Planear por parte de la Primera Línea, Ejecutar lo planeado por parte de la Segunda Línea de defensa y la verificar por parte de la tercera línea.

Se cuenta con procedimientos, formatos, matriz y herramientas en general, de reporte de información para la toma de decisiones,

### Lineamiento

**3:**

**Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección**

**3.1 Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.**

La Profesional U. de Planeación realizó revisión y actualización de la Política de Administración del Riesgo mediante la resolución 342 del 2020, teniendo en cuenta el contexto interno y externo de Salud Sogamoso E.S.E., así como los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública. De la misma forma se establece el procedimiento de administración del riesgo GDP-P-009, en el cual se instituye el paso a paso para lograr efectividad en la Gestión y Administración. Sin embargo la Entidad debía haber cumplido actualización de la documentación para administración del Riesgo, articulándola con la versión 5 del DAFF, actividad que por circunstancias internas de acreditación, no se logró realizar para el 2022; y con base en la determinación tomada por la Alta Gerencia y el Comité de Coordinación de Control Interno en Reunión

celebrada según acta 4 del 2022, en la que se decidió realizar todo el procedimiento de actualización de la política y de la matriz como herramienta en la vigencia 2023; situación que deja como prioridad esta actividad

La Oficina de Control Interno, monitorea y hace seguimiento a que se haga actualización y Evaluación de la Política de Administración del Riesgo; toda vez que en el momento se están atendiendo lineamientos de la Guía 2018 DAFP. Según decisión tomada en la vigencia 2022 en Comité de CCCI del mes de junio, solicita de forma consecuente que realice la actualización de política y procedimiento del riesgo, articulándola con la Guía DAFP V5 2020, esto como actividad prioritaria 2023.

### **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.**

Salud Sogamoso E.S.E., mediante Resolución 342 de 20 de Octubre del 2020, Actualización de "Política de Administración del Riesgo" se describe los niveles de aceptación del riesgo y tratamiento del Riesgo Residual, Mediante la cual se refiere que Salud Sogamoso E.S.E., se compromete a gestionar los riesgos Institucionales, a través de una metodología aplicada de acuerdo a los procesos, con el fin de obtener resultados positivos en el logro de los objetivos Institucionales. En el Procedimiento se identifican los niveles de aceptación del riesgo, estableciendo que para los riesgos de corrupción no existe margen de aceptación alguno.

La oficina de Control Interno, evidencia que con la política se establecen el tratamiento de los riesgos en el artículo 7, en el cual se observa la valoración del riesgo final (residual).

Se califica teniendo en cuenta la solidez del conjunto de controles para reducir el riesgo inicial; para el riesgo residual se establece nuevamente plan de acción del riesgo con corte a diciembre 31 del 2022, el cual será plan de acción del 2023; vuelve a medirse y según nueva evaluación se determina la nueva zona de riesgo, así mismo el nivel de aceptación del riesgo; este seguimiento se realiza en forma de lograr la mitigación casi que absoluta del riesgo.

Según procedimiento de Administración del Riesgo frente a los riesgos de Corrupción, no hay lugar a nivel de aceptación alguna.

Es necesario mencionar que para efectos de la verificación de los controles se ha tenido en cuenta la Guía del DAFP V5 2020

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

El seguimiento de la planeación estratégica en Salud Sogamoso E.S.E., se realiza en forma periódica a través del Plan Operativo Anual y el PAMEC, en periodos bimestrales, los



cuales tienen seguimiento y medición mediante el SGI. <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim>; Este Sistema de Gestión Integral de Almera, constituye un método organizado, planificado, y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de apoyar los procesos de acreditación como meta a mediano plazo, para Salud Sogamoso E.S.E. cuyos resultados se encuentran a disposición permanente para los usuarios internos, Equipos Primarios de Mejoramiento, Equipos de Autoevaluación, Equipos de Mejoramiento y el Talento Humano institucional

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso, según el monitoreo, seguimiento y evaluación, evidencia que El Sistema de Gestión Integral de Almera, constituye un método organizado, planificado, y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de apoyar los procesos mediante lo cual se generan alertas requeridas, conforme al lineamiento dado para este criterio. Con base en este seguimiento del software y verificación del desarrollo de los planes de acción correspondientes se determina calificación de evaluación por dependencias.

#### **Lineamiento**

**4:**

**Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, permanencia y retiro.**

#### **4.1 Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano**

**Salud Sogamoso con base en la Gestión Estratégica del talento Humano que se le ha dado dentro de la Entidad, en la que con base en el plan de desarrollo Institucional del 2020-2024 aprobado según acuerdo 9 del 2021, proyecta el plan de Gestión Estratégica del Talento humano.**

#### **Así mismo Se proyecta el Plan operativo Anual del talento humano**

Para los diferentes momentos del despliegue de actividades (Ingreso, Permanencia y retiro) se hace referencia que se mantiene Banco de Hojas Vida (actualizada), las cuales son administradas atendiendo el procedimiento GTH-P-001 y Formato GTH-F-002 Evaluación hojas de Vida. Asimismo se cuenta con los procedimientos de GTH-P-002. Este documento contempla la necesidad de contratación de Talento humano, Proceso de Selección y Vinculación, Publicación de la Convocatoria, Postulaciones, preselección de Hojas de vida, Aplicación de Pruebas de conocimiento y Competencias, y/o Entrevista, Autorización para la vinculación, verificación de la documentación del Aspirante, Acto Administrativo de Nombramiento, Comunicación, Posesión, Programación de examen Médico de Ingreso, Diligenciamiento de Afiliaciones, Apertura de cuenta, Solicitud de usuario y/o recurso tecnológico.

Una vez culminada la primera etapa se procede a realizar la Planificación de la

Inducción, Entrega de carne, Archivo de proceso selección, Apertura de Historia Laboral. Posteriormente si fuere del caso, se contempla todo lo correspondiente a la Desvinculación del Funcionario.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E., evidencia que el plan estratégico de talento Humano se encuentra enmarcado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual, entre otros, fomenta las capacidades, del compromiso, comportamiento ético, cambio cultural, ciclo de vida de los servidores públicos, así mismo se verifican los Manuales de funciones y requisitos mínimos según lista de chequeo aprobada, con lo cual se establece una cultura basada en el crecimiento, rendimiento y desempeño.

El plan estratégico de Talento Humano tiene como objetivo determinar las acciones a seguir para el desarrollo de los planes, programas y proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los servidores públicos y sus familias, articulando estratégicamente las diferentes funciones relacionadas con el talento humano, alineándolas con los objetivos misionales y generando sentido de pertenencia y productividad institucional.

Como conclusión final se determina que la Planeación Estratégica se profundiza en la planeación por proceso y en el Ciclo de Vida del Servidor Público Institucional

#### **4.2 Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal**

Salud Sogamoso E.S.E. frente al proceso de GETH cuenta con los procedimientos de GTH-P-002 Selección, vinculación y retiro de personal de planta permanente, personal de libre nombramiento y remoción y personal temporal. Se cuenta con Formato de Selección y vinculación GTH-F-008, Formato de desvinculación asistida GTH-F-007

Este documento contempla la necesidad de contratación de Talento humano, Proceso de Selección y Vinculación, en el cual analiza la necesidad de vinculación de personal nuevo y las formas posibles de provisión; una vez generada la vacante se solicita la aprobación de gerencia, para iniciar el proceso de selección y/o vinculación de personal, se procede a realizar la publicación de convocatoria.

Se realiza Examen de salud ocupacional, previo al ingreso y posterior a la firma de aceptación del nombramiento.

La oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E, realiza seguimiento y verificación de que la P, U, de GETH vele por la vinculación del mejor talento humano, mediante adherencia a procedimientos como GTH-P-001, GTH-P-002 y demás 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.

Salud Sogamoso E.S.E. se ha enfocado en la transformación cultural es decir Afianzar la

Cultura Organizacional orientándola al cumplimiento de los objetivos estratégicos y el compromiso con los principios y valores institucionales, y es por ello que se está trabajando de forma importante en la selección e ingreso del Talento Humano.

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

Se cuenta con procedimiento de GTH-P-002 Selección, vinculación y retiro de personal de planta permanente, personal de libre nombramiento y remoción y personal temporal. Se cuenta con Formato de Selección y vinculación GTH-F-008, Formato de desvinculación asistida GTH-F-007

Se desarrolla como etapa inicial una vez se haya realizado la verificación de documentación del candidato seleccionado según GTH-F-003, se procede a programación del examen médico de vinculación. Se continúa con emisión del acto administrativo de nombramiento, comunicación de nombramiento, posesión del cargo, afiliaciones, creación usuario sistemas, Planificación e Inducción, Entrega de carne, apertura de historia laboral, La permanencia se desarrolla en tres grandes frentes como lo son: **Bienestar, Educación continua, Medición del Desempeño Laboral.**

Salud Sogamoso E.S.E. Ha desarrollado actividades para fortalecer las competencias de los funcionarios, solicita a todos los P.U. Líderes, el ayudar a construir y formular el Plan Institucional de Capacitación, en forma de lograr Talento Humano competente.

La Oficina de Control Mediante el desarrollo de los diferentes procedimientos que buscan el Bienestar del Talento humano, la permanencia del personal a partir de Inducción, la cual se realiza, con el objetivo de lograr Talento humano preparado para desarrollo de sus actividades propias del cargo a desempeñar, se prosigue con estrategia del Plan Padrino de Cargo, quien brinda acompañamiento de las actividades de su rol. Según se evidencia capacitaciones que abarcan la mayoría de los procesos de la Gestión Institucional como son: Funcionamiento Software Almera, Socialización del PAMEC Institucional, Intencionalidades de los Equipos de Autoevaluación, Programa de reporte de Eventos, Plan acción de humanización, Socialización Informe Adherencia a Guías de Practica Clínica, Estrategia IAMMI, Lactancia Materna, Estándar de Ambiente Físico, Estándar de Talento humano. Manejo de Emociones, Primeros Auxilios, Riesgos de Proceso, Matriz de Necesidades de la Información, Modelo de Atención y prestación de servicios, Seguridad del paciente y Aplicación, Protocolo de Reacción Inmediata, Valores Críticos de Laboratorio Clínico, Procedimiento de orientador al Usuario, Manual de Atención al usuario, Manual de Historias Clínicas, Trabajo en Equipo y Comunicación asertiva.....

Se considera de gran importancia lo referente al trabajo desarrollado por la Entidad frente a la Estrategia en torno a la Estrategia de Permanencia: Bienestar: Educación continua: Medición del Desempeño Laboral.

#### **4.4 Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la**

**responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa).**

Salud Sogamoso una vez observa la necesidad de establecer responsabilidades claras, de modo que cada Líder de Proceso, se asegure de conocer sus compromisos establece políticas (política de control interno y responsabilidades de los servidores públicos según línea de defensa a la que correspondan , política de administración del riesgo y responsabilidades de cada servidor público, con las que se determina como articular su rol en la estructura general de riesgo y control de la Entidad; asimismo coordinando, con eficiencia, eficacia y efectividad los controles con los cuales se busca la eliminación de brechas.

La Política de control Interno mediante resolución 156 del 26 de abril del 2022, en la cual se enfatiza en la conformación y responsabilidad de las líneas de defensa por cada componente MECI (5 componentes) asimismo se enuncia las responsabilidades de cada servidor interno y externo sobre el desarrollo y mantenimiento del Control interno se socializó en Comité de Coordinación de Control interno según acta del día 3 de mayo del 2022.

La Oficina de Control Interno, evidencia a través de la ejecución de auditorías la responsabilidad de cada línea de defensa, frente al Sistema de Control Interno, determinando la efectividad en su desempeño frente a su ejercicio. Así mismo

mediante el seguimiento a cada POAS por proceso, el cual se realiza en periodos bimestrales

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

La Entidad cuenta con un procedimiento GTH-P-002 Selección, vinculación y retiro de personal de planta permanente, personal de libre nombramiento y remoción y personal temporal.

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

La Oficina de Control Interno evidencia que existe documento de desvinculación asistida GTH-PG-007, programa mediante el cual posibilita el retiro del servidor público de la entidad, con beneficio para la persona, su familia y para el ambiente organizacional. En el que establecen lineamientos que busca dar acompañamiento al funcionario en la etapa de desvinculación de la entidad, independiente de la causal que sea (pensión, retiro, sanción disciplinaria, entre otras).

Finalmente, se observó que el GETH, que se hace necesario de un funcionario, que pueda "Brindar herramientas de carácter personal y/o laboral para afrontar la



desvinculación laboral a través de estrategias metodológicas y prácticas que permitan a los funcionarios que se encuentren en proceso de desvinculación laboral, fortalecer sus habilidades y potencialidades en torno a un nuevo proyecto de vida." Lograr la articulación con las cajas de compensación para desempleados (documentar)

#### **4.6 Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación – PIC**

Salud Sogamoso E.S.E. ha diseñado y documentado el Plan Institucional de Capacitación el cual contempla sus indicadores dentro de los cuales se encuentran los de cumplimiento, cobertura, ejecución, satisfacción procesal, efectividad (% de adherencia a guías de atención de acuerdo con la línea base). El PIC, goza de alguna flexibilidad siempre que sea aprobado por la Alta Gerencia.

La Oficinas de Control interno, evidencia sobre los resultados socializados en periodos bimestrales, frente a indicadores preestablecidos. Según adherencia al Procedimiento de elaboración, implementación y evaluación del Plan Institucional GTH-P-006, cuyo objetivo es el de Orientar las necesidades de capacitación de funcionarios de Salud Sogamoso E.S.E., así como Diseñar, establecer y documentar el plan de formación y capacitación, para fortalecer los conocimientos y competencias laborales con el fin de generar eficacia personal, grupal y organizacional que permitan el mejoramiento en la prestación del servicio.

La Entidad, mediante la estrategia de transformación cultural Institucional apalanca el logro de los **objetivos estratégicos**, al tiempo que se garantiza una experiencia efectiva en los empleados.

El impacto se evidencia mediante medición de transformación cultural dentro del cual se establecen varias líneas de acción, de las cuales se han y continúan trabajando:

1. Implementación y ejecución del plan de Bienestar, estímulos e incentivos.
2. Programa "Somos Felices somos Saludables"
- 3 líneas que se trazaron y se efectuaron durante la vigencia, enfocada al cuidado y bienestar de los colaboradores de la ESE. (Tips saludables - Clases de Rumbo terapia-Acompañamiento emocional).
3. Fortalecimiento del Trabajo en equipo y liderazgo:
4. Código de integridad- Valores institucionales: Con base en el autodiagnóstico a inicios del 2022 se estableció plan Operativo Anual vigencia 2022, con lo cual se logró fortalecer la política de integridad de la entidad.
5. Capacidad de respuesta escuchándose mejoramos..

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

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

Como herramienta de la supervisión se actualiza el formato GLE-F-006, junio 15 del 2022, en el que se actualizan ítems y se adiciona ítem 16 análisis de los riesgos asignados en estudios previos, en forma de lograr complementar el ciclo PHVA

La P.U. Asesora Jurídica., La P.U. de contratación y la P.U. asesora de Control Interno realizan 6 auditorías mensuales, para verificar adherencia al Manual de supervisión Institucional, a cada uno de los profesionales designados como tal, estableciendo planes de mejora de ser pertinentes,; en pro de logro del ciclo de la mejora continua. Contractual. A Diciembre 31 del 2022, se logró la realización de 48 auditorías de adherencia al Manual de Supervisión Institucional.

#### **Lineamiento** **5:**

La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

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

Salud Sogamoso según la socialización de conformación de cada línea de defensa y sus respectivas responsabilidades y con base en el Procedimiento de Información y Comunicación Interna y externa, se han establecido los estándares de reporte acorde a la plataforma estratégica mediante indicadores de gestión y resultados, con el objetivo de la toma de decisiones acertadas por parte de la Alta Gerencia. Asimismo se determina que informes suben a cada línea de defensa y a la Línea Estratégica, según el Plan de comunicaciones Institucional.

Se cuenta con el formato de programación de comités institucionales, el cual esta aprobado por Junta Directiva: GD-F-004 PROGRAMACIÓN DE COMITÉS Y MESAS DE TRABAJO INTRAINSTITUCIONALES

La oficina de Control Interno determina como conclusiones para cada línea de defensa que: La Primera Línea de defensa corresponde a Controles de Gerencia Operativa (Líderes de proceso y sus equipos). Quienes se responsabilizan del mantenimiento efectivo de controles internos asimismo ejecutan procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. De otra parte identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos. **Como conclusión la primera línea es quien debe Informar sobre la evaluación a la gestión institucional y resultados e Implementar métodos de comunicación efectiva**

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

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

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

La alta dirección lee, analiza e interpreta los informes financieros que según líneas de reporte son entregados, esto con el objetivo de tener una visión más completa sobre la

situación Económica y Financiera de las Entidad. Los Informes son analizados en periodos mensuales, previo a su aprobación por parte de la Alta gerencia y de ser socializados los resultados en Comité de Gestión y Desempeño, con el objetivo de dar cumplimiento con la normatividad financiera y presupuestal Publica Institucional,

Los diferentes Estados financieros son publicados en la página web, como lo estipula la resolución 182 del 2017 de la Contaduría General de la Nación

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

La Oficina de Control Interno, evidencia durante las operaciones Institucionales que Salud Sogamoso E.S.E., a partir de la Planeación Estratégica, establece metas de Gestión; la alta Dirección es quien realiza articulación con las líneas de defensa y el Talento humano pertinente para lograr efectividad en la emisión de Estados Financieros Veraces y oportunos. Con lo cual verifica que La alta dirección, como Líder de la misma realiza seguimiento, monitoreo y evaluación de la información a los reportes financieros, previo a la publicación, emisión y entrega a grupos de Interés y usuarios externos.

### **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 Dirección con base en la información emitida por la segunda y tercera línea de defensa toma decisiones, ya que esta cumple con criterios de oportunidad y veracidad, lo cual se convierte en insumo primordial para la toma de decisiones que conlleven al logro de metas y objetivos.

La Planeación Estratégica de Salud Sogamoso E.S.E., Además de la Misión Institucional, define explícitamente los objetivos específicos y la Visión a corto Plazo; ante lo cual se realiza Monitoreo, seguimiento, evaluación y verificación para lograr las Metas establecidas.

Realizada la evaluación de la Oficina de Control Interno, se pudo verificar la siguiente información: Se verificó el registro de las actas sesión de Comité de Gestión y Desempeño en los cuales se realiza seguimiento y verificación del tratamiento de los compromisos por parte de cada P.U. Líder de Proceso y de Comité de Coordinación de Control Interno durante la vigencia 2022 , con lo cual se determina la participación de la Línea Estratégica y las tres líneas de defensa.

### **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. cuenta con una estructura de controles sobre procesos, procedimientos, actividades; se determina la efectividad de los controles mediante la evaluación y verificación directa sobre la calificación de estos; la clasificación de estos corresponde al carácter (Preventivos, detectives, correctivos) de los mismos.

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa evalúa los cambios producidos en los procesos, procedimientos y demás herramientas que pueden generar situaciones que impidan el logro de los objetivos Institucionales.

Así mismo Se determina que a través de la Matriz de Riesgos, se identifican los controles que conlleven a mitigar la materialización del (los) riesgo(s), y estos a su vez son evaluados, con lo cual se comprueba la efectividad.

Es necesario mencionar que para la vigencia 2022 se trabajó con la matriz de administración de riesgos "Mapa de riesgos integrado" lo anterior conforme a lo establecido en la política de administración del riesgo 342 del 2020 y Procedimiento GDP-P-009. Mediante seguimientos se realiza monitoreo a la estructura de control teniendo en cuenta los cambios de proceso.

**Se hace indispensable actualizarla política y el procedimiento a la versión 5 del DAFP.**

#### **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 E.S.E mediante resolución 108 de 15 de febrero del 2022, realiza actualización de la conformación, responsabilidades, funciones entre otros del Comité de Coordinación de Control Interno; una de las funciones corresponde a la de aprobación del Plan de Auditorías presentada por la Oficina de Control Interno.

En Comité de Coordinación de Control interno, celebrado el día 31 de marzo del 2022, se presentó y sustento el POAS de la Oficina de Control Interno, dentro del cual forma parte el programa de Auditorías, para su aprobación, se verifica que una vez realizados os ajustes a que hubo lugar, fue aprobado por los conformantes del Comité de CCCL, según acta 2 de CCCL del 2022.

Como Función Complementaria a la anterior corresponde al Comité de Coordinación de Control interno realizar en forma permanente el seguimiento al plan y la evaluación al mismo. Actividad que se realiza en forma periódica (bimestralmente) cuyos resultados son socializados en Comité de Gestión y desempeño y en Comité de Coordinación de Control Interno

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

La Entidad realiza análisis y evaluación a los informes elaborados por la Oficina de Control, los cuales son analizados por la Alta Dirección en los diferentes Comités Como lo son el de Gestión y Desempeño, Comité de coordinación de Gestión | y desempeño. Así mismo se realiza socialización a los líderes de proceso en las reuniones de cierre y socialización de auditoría. Falta realizar plan de mejoramiento institucional.

Dentro de los informes se encuentran Informes de



- 1) Liderazgo estratégico (Presentación de Informes FURAG.....)
- 2) Enfoque hacia la Prevención (acompañamiento..... A procesos)
- 3) Relación con Entes Externos (Informes presentados por los diferentes procesos)
- 4) Evaluación de la Gestión del Riesgo (Evaluación y Seguimiento a efectividad de controles).
- 5) Evaluación y Seguimiento (Implementación del Plan anual de Auditorías Formulado .....)

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

Que durante la vigencia 2022, la Oficina de Control Interno además de elaborar informes de evaluación y seguimiento, ha dado cumplimiento con el programa de auditorías internas 2022(evaluaciones independientes) las cuales se han basado en riesgos por proceso. Estos informes se han socializado a su primer cliente interno en primer lugar y luego a los miembros del CCCI Institucional para la toma de decisiones basada en recomendaciones y sugerencias que procuren su optimización. El cumplimiento del Plan de auditorías correspondió al 100% con un total de 36 auditorías de las cuales se realizaron 20 auditorías a diferentes procesos según la criticidad del riesgo y 16 asignadas por el Proceso legal dirigidas a la supervisión de contratos

## **COMPONENTE EVALUACION DEL RIESGO**

### **Lineamiento**

**6:**

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

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

El Direccionamiento Estratégico de Salud Sogamoso E.S.E., articula el Plan Estratégico con los objetivos Estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos a través del Procedimiento de: Formulación, aprobación, seguimiento y Evaluación del plan estratégico y Plan de Gestión, cuyo objetivo es el de definir y formular los manuales que integran la Gestión Institucional.

La Oficina de Control Interno, verifica que Salud Sogamoso además de contar con objetivos estratégicos que correspondan a la misión, visión, metas, y plan de desarrollo

Institucional, mediante lo cual se garantice la ejecución de los programas y proyectos Institucionales, articulado con el Plan de Desarrollo 2020-2024. Así mismo verifica que la Planeación Estratégica además de articularse con los objetivos estratégicos, se permitan la mejor disposición de los recursos financieros, recursos físicos y del Talento Humano coadyuvando a la consecución de las metas propuestas y el logro de la Misión Institucional. La Oficina de Control Interno, realiza seguimiento permanente a los recursos fiscales institucionales (presupuesto, ingresos, gastos, cartera, facturación, contratación).

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

Salud Sogamoso articula la Administración Institucional a través de La Gestion por Procesos, los cuales parten de la caracterización; lo que permite una comprensión cabal del objetivo de cada proceso y los aspectos clave de cómo debe ejecutarse. Asimismo se cuentan con las diferentes políticas Institucionales que le permiten formular el plan de acción por 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, todo lo cual se socializa en los comités pertinentes y en Comité de Gestión y Desempeño e incluso se lleva a Equipos de mejoramiento institucional

El plan de acción de Salud Sogamoso E.S.E. con la definición de 18 procesos, que abarca PAMEC- POAS-RIESGOS, lo cual cuenta con sus respectivos indicadores de procesos.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E, verifica que a partir de los objetivos estratégicos la Entidad se enfoque a la consecución de la Misión u Objeto Social Institucional, mediante el establecimiento de programas, procesos y actividades; Asimismo evalúa la medición que realiza la Entidad a través del monitoreo y seguimiento del plan de acción establecido por proceso y posterior socialización en comités planeados y programados para la vigencia. Con esto se logra la comprensión en términos de especificidad, medición alcance y logros; todo reflejado en la matriz de medición con indicadores los cuales se dividen a) Estratégicos y por b) proceso

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

Salud Sogamoso E.S.E. a través del Manual de Procesos y Procedimientos V16 de Diciembre del 2022, y cada responsable por proceso, quienes estan en permanente actualización Normativa e Institucional, quienes buscan lograr articulación Plan de Desarrollo Institucional actualizado, con los objetivos estratégicos que van de la mano con la Visión propuesta por la Entidad (Acreditación - Calidad ICONTEC)

Este criterio se articula con el inmediatamente anterior, toda vez que corresponde al seguimiento periódico de POAS, PAMEC y RIESGOS, en los cuales se efectúa seguimiento, monitoreo y evaluación de los objetivos estratégicos, determinando la eficacia y efectividad en la consecución de las metas propuestas.

Según resultados obtenidos se establecen planes de mejoramiento, que conlleven la mitigación de las brechas, con lo cual se busca que la Alta Dirección logre tomar decisiones acertadas y oportunas.

El seguimiento se realiza mediante socialización en Comité de Gestión y desempeño, por medio de los indicadores en módulo medición de Almera [HYPERLINK "https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim"](https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim)

<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim>, en la cual se registran indicadores y avances de los mismos los cuales se encuentran articulados con POAS, PAMEC, RIESGOS, Objetivos Estratégicos, Misión, Visión. Todo lo cual está directamente apropiada por la Alta Dirección y Junta directiva

La Oficina de Control Interno, verifica que se realicen el seguimiento, monitoreo y evaluación; todos los resultados obtenidos por proceso se socializan en comités Institucionales, mediante lo cual se verifica el alcance obtenido en cada indicador de proceso, verificando que conlleven logro de Metas Instauradas. Quedando como soporte el acta surgida del Comité de Gestión. Esta medición es realizada en el cierre de la vigencia operativa formando parte importante del PDI. Mediante lo cual se determina la eficacia y efectividad de las actividades realizadas en pro del Objetivo (s) Institucional(es)

#### **Lineamiento**

**7:**

Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).

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

Salud Sogamoso E.S.E. A través de la Política de Administración del Riesgo establece los lineamientos aplicables a todos los procesos de la entidad, a partir de la identificación de factores internos, externos, dándole la suficiente importancia a la administración del riesgo de Gestión y de Corrupción. Esta política se actualiza mediante la resolución 342 del 2020, además se complementa con el procedimiento de Gestión del Riesgo GDP-P-009

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

Es necesario continuar con la articulación de la Política Institucional de Riesgos así como el procedimiento de administración de riesgos, documentación y formatos complementarios con la guía DAFP V5 2020.

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

Salud Sogamoso E.S.E. Con base en el procedimiento de Administración del Riesgo, donde la PU. Líder de planeación es quien consolida la información, junto con el soporte

que es la Matriz de Proceso, con el objetivo de realizar análisis por parte de Control Interno como tercera Línea de defensa.

La segunda línea de defensa en la Política de Administración del Riesgo realiza el seguimiento a la operatividad de los controles establecidos en los mapas de riesgos de los procesos de la Entidad.

La Oficina de Control Interno verifica que con base en el seguimiento realizado por la segunda línea de defensa a los mapas de riesgos de los dieciocho (18) procesos se haya determinado la eficacia de las acciones establecidas en el plan de acción de la matriz de riesgo y que a la vez como resultado se evidencie la efectividad de controles que conlleven a la mitigación del riesgo.

**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.**

La alta Dirección de Salud Sogamoso E.S.E, a través de la segunda línea de defensa quien consolida información realiza seguimientos a los Mapas de Riesgo por proceso, determina las causas y/o motivos de las desviaciones si las hubiere; realiza análisis de los resultados obtenidos según reportes entregables y que a la vez permite la medición de la efectividad de controles.

La Oficina de Control interno, con base en el seguimiento mediante mesas de trabajo cuatrimestrales sobre los riesgos monitorea y logra verificar los mapas de riesgos por proceso, plan de acción, efectividad en la implementación de controles, pertinencia de actividades con lo cual se verifica que se contrarreste la materialización del riesgo identificado

**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.**

Salud Sogamoso E.S.E. dando cumplimiento a la metodología del riesgo, contempla controles fuertes de aspecto preventivo y detectivo, previo a la materialización del riesgo. Posterior a la materialización se establecen controles de aspecto correctivo.

La Oficina de Control Interno, buscando la mitigación del riesgo antes de su materialización solicita a los P. U. Líderes de Proceso reforzar los controles de aspecto preventivo y detectivo. Asimismo sugiere documentar toda la trazabilidad de la materialización de alguno ocurrido, con todos sus soportes, con lo cual se incrementa la Gestión de conocimiento con lo cual se logra atacar puntos críticos generadores de la materialización del riesgo.

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



En la actualización del procedimiento de administración del riesgo se debe establecer el curso de acción a tomar, a partir del informe emitido por el P.U. Líder del proceso que incurrió en la materialización del riesgo, así mismo fortalecimiento de los controles

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

Salud Sogamoso manteniendo adherencia al procedimiento de administración del Riesgo institucional y de la Política de Administración del Riesgo; establece Matriz del Riesgo, en la cual identifica los riesgos, determina controles y determina el plan de acción por cada Riesgo identificado, el cual tiene seguimiento periódico por parte de la P.U. Líder de Planeación, P.E. Líder de Calidad y la Asesora de Control Interno, lo cual queda documentado y soportado.

La Oficina de Control Interno, verifica los seguimientos a los planes de acción definidos, sin embargo sugiere documentar y soportar las materializaciones de riesgo incurridas, con base en lo cual se deben establecer nuevos planes de acción en pro de la mejora continua.

En la actualización del procedimiento de administración del riesgo es indispensable establecer un capítulo especial de seguimiento por parte de Control interno y calidad.

**Lineamiento**

**8:**

Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.

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

Salud Sogamoso E.S.E. En el análisis de contexto identifica aquellos eventos internos y externos que pueden materializar riesgos de corrupción; los cuales se registran en la Matriz de Riesgos de corrupción; estos son identificados y proyectados por cada Profesional Líder de proceso (Alta Dirección), monitoreado por la Profesional de Planeación, socializado y aprobado en Comité de Gestión y desempeño. Dichos riesgos identificados son registrados en las 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 Riesgos de corrupción en periodos cuatrimestrales, teniendo revisión de los mismos y su posible ocurrencia, Mediante el monitoreo permanente con el Equipo de profesionales Líderes (Primera línea de defensa) evitando la materialización de alguno de los identificados, los cuales pueden interponerse al logro de los objetivos de Gestión y misionales.

Las líneas de defensa de primera y segunda línea están atentos a su monitoreo y seguimiento como mecanismo de protección. La oficina de Control Interno evalúa la efectividad de controles establecidos.

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

Atendiendo la Política de Administración del Riesgo, los riesgos de corrupción a través de los líderes de proceso realiza monitoreo en forma permanente de los mismos con lo cual se busca la no Materialización de estos.

Con base en la Guía de la Función Publica se tienen en cuenta:

1. Política de Administración de Riesgos.
2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción.
3. Consulta y Divulgación.
4. Monitoreo y Revisión.
5. Seguimiento.

De igual manera, el Profesional de Planeación realiza seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, efectuando revisión de los riesgos, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento para la Administración de Riesgos.

La Oficina de Control Interno, evidencia que el seguimiento a los riesgos de corrupción, lo realizan los Líderes de cada Proceso, mediante el monitoreo permanente y quien consolida en periodos cuatrimestrales es la segunda línea de defensa, dando cumplimiento a la política de administración del riesgo Institucional.

De acuerdo con lo reportado en la Matriz del Riesgo, la Primera y Segunda Línea de Defensa aplican y monitorean los controles documentados, por las áreas responsables del monitoreo.

Adicionalmente, se realizó seguimiento a los riesgos de corrupción evidenciando que la entidad implementa los controles para los riesgos de corrupción

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

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

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

Es importante mencionar que hasta el 2022, se evidenciaron algunos fallos de calidad en la práctica de la segregación de las funciones, los cuales se subsanaron en 2023, mediante la distribución y segregación de funciones acorde a las necesidades funcionales.

En las auditorías internas realizadas durante la vigencia 2022, se verificó que los responsables de la ejecución de los procesos y procedimientos aplicaron los controles relacionados con la segregación de funciones y su respectiva documentación, de conformidad con los lineamientos del Modelo de Operación por Procesos y su impacto frente a la mitigación de los riesgos identificados.

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

La alta Dirección a través de los P.U. Líderes de proceso son los responsables de evaluar el diseño y ejecución de los controles, con lo cual se determina la efectividad de los mismos; La P.U. Líder de Planeación consolida y realiza verificación a los mapas de riesgos comprobando la operatividad de los controles teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Política y Procedimiento de administración del riesgo. Se hace necesario que se continúe con la articulación de la Política de Administración del Riesgo Institucional con la Guía de administración del riesgo DAFP V5 2020

Por otra parte, la Oficina de Control Interno, evalúa el diseño de los controles establecidos en los mapas de riesgos para establecer su coherencia y efectividad frente a la materialización de los riesgos, acorde a la Guía de Administración del Riesgo DAFP V5 2020

Además verifica la efectividad del plan de acción que mitigue los riesgos de corrupción.

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

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

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



periodicidad cuatrimestral. Se evidencia que Salud Sogamoso E.S.E., tienen en cuenta que dentro de los factores internos, contemple factores que tienen que ver con el funcionamiento de la Entidad en lo referente a la Gestión de los procesos, Talento Humano, Tecnología. Como factores externos que corresponden a situaciones fuera del control de la Entidad.

**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.**

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

La Línea Estratégica y La Primera Línea de Defensa toma como base líneas de comunicación y reporte, por parte de la segunda y tercera línea de defensa

La Oficina de Control Interno, según la revisión de los riesgos asociados a las actividades contratadas, y con base en **GLE-F- 006 versión 4**, el cual fue actualizado en su contenido y aprobado por junta directiva mediante Acuerdo N° 17 del 15 de junio de 2022, en el cual uno de los puntos de gran importancia corresponde al numeral 16 del formato que contiene **ANÁLISIS DE LOS RIESGOS ASIGNADOS EN ESTUDIOS PREVIOS**, con este seguimiento se debe revisar lo correspondiente a:

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

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

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

La Oficina de Control Interno, hace seguimiento a los riesgos materializados en el diferente proceso, con el objetivo de realizar seguimiento a los controles establecidos posteriormente a la materialización, con el objetivo de determinar que estos nuevos controles cumplan con las características de efectividad y que logren su propósito que es el mitigar el riesgo.

El seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos de Salud Sogamoso E.S.E. 2022, es realizado por parte de la P.U. Líder de Planeación, quien identifica la efectividad de los controles establecidos en los mapas de riesgos, así como su diseño y las características para sostenerlos como riesgos aceptables dentro de cada proceso, conforme a



lineamientos del procedimiento. La mesa de trabajo se realiza junto a la P.E. de Calidad y P.U. Líder de Control Interno.

**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.**

Las Líneas de defensa Primera, segunda y tercera para el 2022, realizan mesa de trabajo con el objetivo de hacer seguimiento a la administración de riesgo, en periodos cuatrimestrales lo cual se socializa en comité de <gestión y Desempeño al a par con la Socialización del POAS, PAMEC, con lo cual se realiza evaluación por parte de la Alta dirección.

La oficina de Control Interno, con base en la mesa de trabajo realizada para verificar el cumplimiento, monitoreo, seguimiento, y evaluación de los riesgos en periodos cuatrimestrales, procede a realizar evaluación de la efectividad del control según los lineamientos establecidos en la Guía de administración del riesgo V5 del 2020. Con los resultados obtenidos se debe tener como insumo para la identificación de los riesgos 2023.

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

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

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

La tercera línea evalúa el establecimiento de segregación de funciones y ha evidenciado muchas actividades responsabilidad de contratistas de prestación de servicios La tercera línea evalúa el establecimiento de segregación de funciones y ha evidenciado muchas actividades responsabilidad de contratistas de prestación de servicios, Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).

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

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con una adecuada división, designación y segregación de funciones en diferentes personas, lo cual conlleva a mitigar riesgos; asimismo ocurre con el desarrollo de actividades de control, las cuales son ejercidas por los Profesionales Líderes de Proceso, apoyándose en el talento Humano de cada proceso mediante actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o procesos que participan en determinadas actividades. ¶ HYPERLINK "<https://saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2019/MANUAL%20FUNCIONES%20PLANTA%20TEMPORAL.pdf>"

lineamientos del procedimiento. La mesa de trabajo se realiza junto a la P.E. de Calidad y P.U. Líder de Control Interno.

#### **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.**

Las Líneas de defensa Primera, segunda y tercera para el 2022, realizan mesa de trabajo con el objetivo de hacer seguimiento a la administración de riesgo, en periodos cuatrimestrales lo cual se socializa en comité de <gestion y Desempeño al a par con la Socialización del POAS, PAMEC, con lo cual se realiza evaluación por parte de la Alta dirección.

La oficina de Control Intenso, con base en la mesa de trabajo realizada para verificar el cumplimiento, monitoreo, seguimiento, y evaluación de los riesgos en periodos cuatrimestrales, procede a realizar evaluación de la efectividad del control según los lineamientos establecidos en la Guía de administración del riesgo V5 del 2020. Con los resultados obtenidos se debe tener como insumo para la identificación de los riesgos 2023.

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

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

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

La tercera línea evalúa el establecimiento de segregación de funciones y ha evidenciado muchas actividades responsabilidad de contratistas de prestación de servicios La tercera línea evalúa el establecimiento de segregación de funciones y ha evidenciado muchas actividades responsabilidad de contratistas de prestación de servicios, Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).

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

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con una adecuada división, designación y segregación de funciones en diferentes personas, lo cual conlleva a mitigar riesgos; asimismo ocurre con el desarrollo de actividades de control, las cuales son ejercidas por los Profesionales Líderes de Proceso, apoyándose en el talento Humano de cada proceso mediante actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o procesos que participan en determinadas actividades. □ HYPERLINK "<https://saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2019/MANUAL%20FUNCIONES%20PLANTA%20TEMPORAL.pdf>"

acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, buscando los Estándares Calidad Institucional

### **Lineamiento**

**11:**

Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos.

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

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

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

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

Salud Sogamoso con base en los diferentes manuales entregados por los diferentes proveedores de tecnología, realiza seguimientos para evidenciar la efectividad de controles establecidos dentro de la misma tecnología ofrecida, en forma de lograr articulación de efectividad entre manuales y procedimientos internos de control Institucional.

La Oficina de Control Interno, evidencia que Salud Sogamoso a través de P.U. de Recursos Informáticos, quien es el supervisor designado para el contrato con el proveedor del servicio CNT, P.U. Gestión Documental como supervisor de Software ENTERPRISE, P.E. Calidad como supervisor de Software Almera, como supervisor de Software Seguridad del paciente, como supervisor de Software de Consentimientos Informados; los supervisores de contrato son quienes ejercen actividades de control y seguimiento; con base en términos de referencia establecido dentro de cada relación contractual.

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

Salud Sogamoso E.S.E. a través de la Oficina de Recursos Informáticos ha definido el "Manual de Políticas de Seguridad de la Información, dentro de los cuales se encuentra los P.U. Líderes de Proceso: de Planeación, Salud Pública, Talento humano, Financiera,

Presupuestal, Calidad.... A cada uno de los usuarios según la asignación establecida por los Subgerentes Administrativo y de Servicios, y acorde al rol laboral, se establecen permisos de usabilidad.

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

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

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

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

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

La Oficina de Control Interno verifica que en cumplimiento de la Política y Procedimiento de Administración del Riesgo; adelantó la evaluación a la efectividad de controles establecidos en el mapa de riesgo del proceso "Gestión de Recursos Informáticos" en el primer cuatrimestre del 2022, como se encuentra registrado en el mapa de riesgo de dicho proceso, conforme al lineamiento dado para este numeral.



**Lineamiento**

12:

Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).

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

Salud Sogamoso E.S.E. dentro de la Visión Institucional la acreditación en el año 2024; implícitamente contempla la actualización de políticas, manuales, procesos, procedimientos..... en el transcurso de autoevaluación interna y revisión de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario, por tanto la Línea Estratégica se ha trazado una serie de objetivos, dentro de los cuales está la de la evaluación, actualización de procedimientos, políticas, manuales, guías, formatos y otras herramientas necesarias en pro de lograr estándares óptimos.

La Oficina de Control interno, evidencia que dentro de la actualización de los Procedimientos, Guías, Manuales Institucionales, Formatos..... es realizada en forma permanente, mediante aprobación por Junta Directiva, según se demuestra en el Manual de Procesos y procedimientos, que la última versión para esta vigencia es la Versión 13 con corte a junio 15 del 2022, determinando así que para primer semestre se realizan 2 actualizaciones al Manual de Procedimientos, toda vez que la última versión 2021 fue la versión 11

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

La Oficina de Control Interno de 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, así como el plan de acción correspondiente que coadyuve a la mitigación del riesgo, comprobando que el control realmente se ajusta a los requerimientos

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

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

La Oficina de Control Interno, con base en 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, verifica 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 y se da continuidad a la Mejora continua.

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

Salud Sogamoso E.S.E. con base en el procedimiento de Administración del riesgo institucional y bajo el direccionamiento de la P.U. Líder del proceso, asigna la Persona(s) que ejecute el control, quien debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutar el control dentro del proceso y sus responsabilidades deben ser adecuadamente segregadas o redistribuidas entre diferentes individuos, para reducir así el riesgo de error o de actuaciones irregulares o fraudulentas. Si ese responsable quisiera hacer algo indebido, por sí solo, no lo podría hacer.

La Oficina de Control Interno, mediante monitoreo, seguimiento y evaluación a los controles por cada riesgo y en cada proceso, determina la efectividad de, partiendo del desarrollo establecido por la Guía de Administración del Riesgo del DAFP V5 2020.

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

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

La oficina de Control interno evidencia que dentro de los aspectos a considerar se incluyen los cambios en el entorno que afectan la ejecución de los controles establecidos y que podrían generar nuevos riesgos.

## **COMPONENTE DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

### **Lineamiento**

**13:**

Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internas y externas; Procesa datos relevantes y los transforma en información).

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

Salud Sogamoso ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información en forma de lograr requerimientos de información definidos.

**A partir del diseño y mantenimiento de los sistemas de información,** según procedimientos; GRI-M-001 Manual de Seguridad de la Información; GRI-G-001, Guía de

Así mismo se evidencia la permanente actualización de la Gestión Documental, se realizan transferencias documentales en forma oportuna.

**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 varias fuentes de datos tanto externas como internas, sobre las cuales se trabaja en forma permanente para lograr la mayor cobertura de información y con lo cual se logra el desarrollo de la misión Institucional enfocándose en la meta trazada

La oficina de Control Interno, evidencia que como canales de comunicación a nivel interno cuenta con el software <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true> , Software CNT, Software Enterprise, BASES DE DATOS DE EAPB que ingresan, BASES DE DATOS que se generan en la Entidad en el desarrollo de las actividades propias de la Entidad. (Backup)

Desde la página web esta publicada el inventario de información de interés para la ciudadanía.

A nivel interno la entidad tiene inventarios de información en Almera (módulos de riesgos, documentación, indicadores, planes de mejora); en la intranet existe inventarios de información a nivel indicadores (Resolución 256, SIHO, indicadores de calidad, entre otros) que de forma complementaria y de acuerdo a las necesidades de información del usuario da respuesta a la información requerida

A nivel de La Entidad hacia afuera (usuarios, grupos de interés, grupos de valor) con los cuales la Entidad cuenta son: CANALES OFFLINE: televisión, radio, prensa, vallas publicitarias, eventos, etc. CANALES ONLINE: Página web, blog, redes sociales, email, etc.

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

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

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

La Entidad ha establecido el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, desde el proceso de Gestión de la Información , en el cual se establece que este mismo plan describe el quien, el que, el por qué, el cuándo y el cómo de la seguridad de la información

Salud Sogamoso E.S.E. Dentro de los controles en el proceso de información establece controles que amparen los principios de la información relevante dentro de los cuales contamos con: GRI-P-007 procedimiento de protección de datos personales, GRI-F-007 de autorización para el uso de datos personales, dando cumplimiento la ley de

Gestión de Incidentes de la Información; GRI-P-006, Contingencia de recursos informáticos; GRI-P-12 Administración de Redes ; GRI-P-005 Generación de Copias de Seguridad, todo lo cual conforma el <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#>. Es importante señalar que tanto los Sistemas de información misionales como de apoyo a la gestión, están diseñados conforme a las necesidades de los usuarios externos e internos mediante la matriz de necesidades de la información GTB--012. Procedimiento identificación de necesidades de comunicación GRI\_P\_009.

En lo correspondiente a la información de los software sobre los que se recopila información de gestión; se cuenta con el software  HYPERLINK "<https://sgi.almeraim.com/sgi/index.php?conid=sgisaludsogamosoese>"  <https://sgi.almeraim.com/sgi/index.php?conid=sgisaludsogamosoese>  , Proceso documental mediante el software de ventanilla única, software CNT, es integrado en todo lo correspondiente a la información de aspecto administrativo (contabilidad, cartera, facturación, activos fijos, inventarios, presupuesto) y asistencial (consultas odontológicas, medicas, historias clínicas...) así mismo se cuenta con el software AsPL16 CONTROL DE VALIDACION ENTERPRISE (laboratorio)

La Oficina de Control Interno Institucional, verifica que se hayan diseñado sistemas de información que capturan y procesan los datos que competen al desarrollo del objeto social de la Entidad, los cuales transforman y expresa información clara, precisa y útil, dando respuesta a los requerimientos que conlleven al logro de los objetivos estratégicos Institucionales.

### **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., cuenta con inventario de información relevante interna y externa mediante implementación del Software Ventanilla Única, para lo cual cuenta con GDO-P-006 procedimiento Gestión y Tramite Ventanilla Única de Correspondencia, acompañado de formatos GDO-F-008 Registro Información y Comunicación Enviada y GDO-F-007 Registro Ingreso Información y Comunicación Interna Y Externa. Cuenta con mecanismos para su actualización mediante tablas de control de acceso aplicados en los archivos de Gestión Documental y archivo central, con el fin de mantener la integridad de los documentos y garantizando el acceso a la información, de las personas de interés, con medidas de seguridad. GDO-F-009 Registro de Activos de Información, GDO-F-010 índice de información clasifica y reservada.

La Oficina de Control Interno determina que la Entidad cuenta con inventario de información interna y externa según activos de información y que los mismos se encuentran actualizados a la fecha de emisión del informe, actividad que se realiza con regularidad y oportunidad.

Se evidencia adherencia al Programa GDO-PG-001 Programa de Gestión Documental, GDO-P-006 procedimiento Gestión y Tramite Ventanilla Única de Correspondencia, GDO-P-007 Procedimiento de Produccion Documental, GDO-P-008 Procedimiento de Planeación Documental, GDO-P-009 Procedimiento de Valoración Documental.



transparencia; garantizando el derecho de acceso a la información, transparencia y accesibilidad.

La Oficina de Control Interno, ha realizado auditoria al procedimiento de comunicaciones y se ha determinado que falta trabajar en todo lo referente al anexo de datos abiertos de la resolución 1519 del 2020.

#### **Lineamiento**

**14:**

Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; Facilita líneas de comunicación en todos los niveles; Selecciona el método de comunicación pertinente).

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

Salud Sogamoso E.S.E. establece mecanismos de comunicación interna y externa atendiendo los procedimientos de: Procedimiento de Comunicaciones GMA-P-005. GMA-F-004. Procedimiento de Ambientación de espacios GMA-P-007, Procedimiento Rueda de Prensa GMA-P-006. Lista de Chequeo ley de Transparencia y acceso a la información pública de salud Sogamoso E.S.E. GMA-F-004. Se establecieron indicadores de medición de eficacia y efectividad de los mismos, en procura de verificar el logro del objetivo Institucional.

La Oficina de Control interno verifica que Salud Sogamoso E.S.E., atendiendo la ley 1712 del 2014 cuyo objetivo es el de regular el derecho de acceso a la información pública, que articulado con el componente de información y comunicación de MECI busca que mediante los procedimientos, formatos y otros mecanismos, se logre la captura, procesamiento y generación de datos que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación sea adecuada a las necesidades y expectativas de los diferentes usuarios. Dentro de los canales de información interna, encontramos. 1. Correo Electrónico, 2. Intranet, 3. Circulares Internas, 4. Plan Institucional de Capacitación, 5. Cartelera institucional, 6. Redes sociales internas por Chat Interno (Familia Salud Sogamoso, Entérate, Chat por Grupos según el proceso, 8. Actas socializadas de Comités Institucionales, 9. Plan de comunicación por cada vigencia, con seguimiento evaluación en periodos bimestrales, 10. Café con Gerencia, 11. Pantalla de Computadores con Fondo de escritorio Institucional, según requerimiento por proceso.

Mediante Estos canales permiten dar a conocer los objetivos y las metas estratégicas, seguimiento, evaluación Institucional.

Se hace necesario que se trabaje Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información articularlo con el Mapa de Riesgos de gestión integral del riesgo.

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

Salud Sogamoso E.S.E., con el objetivo de resguardar y proteger la información buscando mantener la confidencialidad, la disponibilidad e integridad de datos, establece, socializa e implementa el GRI-M-001 manual de gerencia y seguridad de la información, como el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones y de los sistemas tecnológicos de la Entidad. Asimismo se adopta la Guía GRI-G-001 gestión incidentes seguridad de la información. Como complemento del proceso de comunicaciones, se cuenta con el plan de comunicación, Buenas Prácticas Para Gestionar y Desarrollar la Adecuada Comunicación entre las personas en salud Sogamoso E.S.E.GMC-P-001. GMC-P-005 Procedimiento de Comunicaciones,

La Oficina de Control Interno, verifica que Salud Sogamoso cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información mediante GRI-M-001 manual de gerencia y seguridad de la información y la Guía GRI-G-001 gestión incidentes seguridad de la información como documentos que aunados con la Política de Comunicaciones, Política de Seguridad de la Información, establecen claramente los niveles de responsabilidad y autoridad en lo referente a la administración de la Información Institucional. Se evidencia que se cuenta con Cronograma de Comunicaciones GMC-F-003, Se tiene cuenta La matriz de necesidades de Comunicaciones Internas GMC-F-015, Plan de Comunicaciones GMC-F-039.

Se hace necesario, que se establezca dede cada proceso, procedimiento, política y..... lo relacionado a la administración 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 canales de información interna, en la cual se pueden interponer denuncias confidenciales de alguna desviación y además cuenta con el correspondiente mecanismo para su manejo así:

GTH-P-021 Procedimiento, 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.

Procedimiento GAA-P-050 tramite de PQRSF. Es un procedimiento que procede tanto para colaboradores como para usuarios de situaciones internas como externas. Aunado a este se encuentra el Procedimiento GAA-P-033 manejo de buzón de sugerencias, GAA-P-060 elaboración del informe de PQRSD. Acompañado de estos procedimientos se establecieron formatos pertinentes: GAA-F-058 elaboración del informe de PQRSD, GAA-F-057 consolidado PQRSF, GAA-F-056 buzón de sugerencias, GAA-F-055 peticiones, quejas y

reclamos, GAA-F-054 acta de fijación y des fijación, GAA-F-053 apertura de buzón de sugerencias.

La oficina de Control Interno, atendiendo el diferente proceso, procedimientos, formatos y otros documentos, verifica que con la compilación de los diferentes documentos se busca eficacia y eficiencia en el manejo de la denuncia anónima o no anónima, o confidencial de posibles situaciones irregulares, generando confianza hacia quienes los interponen. Control Interno mediante el monitoreo, seguimiento y evaluación de la apertura de buzones, verifica adherencia al procedimiento PQRSF intranet, Peticiones, solicitudes y demás mecanismos utilizados por la Entidad.

Desde la Oficina de Control Interno, se evidencia que los diferentes canales de comunicación al interior de la Entidad se cuenta con canales presenciales Anónimos si así se desea, como el caso del Buzón producto de la estrategia Escuchándote mejoramos, en el cual las personas pueden interponer potenciales denuncias sobre comportamientos irregulares que van en contravía al Código de Integridad institucional; se cuenta con la estrategia Café con Gerencia como mecanismo de comunicación interna con la Gerente, así mismo se cuenta con la Oficina de Asesoría jurídica, quien cuenta con la responsabilidad del "Control Interno disciplinario" como mecanismo habilitado adicional para informar potenciales situaciones de denuncia

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

Salud Sogamoso E.S.E. dentro de las políticas y procedimientos que conllevan a una adecuada comunicación interna efectiva, está la política de comunicaciones con la cual se busca responder de manera oportuna y eficiente a los intereses y necesidades de la comunidad por medio de la información transmitida por la entidad, garantizando el adecuado uso de la imagen corporativa que se ajusta a los lineamientos establecidos en el plan de comunicaciones. Asimismo establece el procedimiento GMA-P-005 procedimiento de comunicaciones con el cual se busca Estructurar e implementar el procedimiento de comunicaciones, que garantice una información eficaz y asertiva, dando respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa de Salud Sogamoso E.S.E.

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

▮ HYPERLINK "https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim"  
▮ <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim>

#### **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).**

Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido mediante procedimientos, procesos, Guías; GQL\_G-015 Gestión de la Adecuada Comunicación, GQL-F-047 Comunicación Efectiva del Personal de Salud, GQL-F-010, Formato para Auditoria de comunicación asertiva, GMC-P-005 Procedimiento de Comunicaciones el cual contempla Comunicación Interna, Externa, Medios de Comunicación, Componente de Comunicación Publica, Comunicación Organizacional. GMC-F-015 Necesidades de comunicación. GMC-F-003 cronograma de comunicaciones, GDO-F-08 Registro de Información Enviada; con el ánimo de lograr canales de comunicación efectivos con entes externos, con grupos de valor, proveedores, contratistas, grupos de interés y demás usuarios. Asimismo se cuenta procedimientos para el uso de página web institucional, redes sociales y correo electrónico.

La Oficina de Control Interno, verifica que se han establecido controles frente a los riesgos de la comunicación externa, los cuales están contemplados en la matriz de riesgos del proceso, riesgos que son monitoreados, evaluados, administrados y gestionados.

Dentro de los riesgos identificados tenemos: a) Publicación de comunicación no validada, b) Publicación de información en la página web sin control respectivo, c) Inoportunidad en la publicación de información obligatoria en la página web

Identificar oportunidades de mejora, según recomendaciones de FURAG, lo cual se sustenete con informes donde se involucre todo lo correspondiente a comunicaciones

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

Dentro del procedimiento se levanta el GMA-F-01, en el cual se establecen las comunicaciones internas y externas. Registro Fotográfico y video para apoyo de actividades de comunicaciones, Grupos de WhatsApp, Plataforma Electrónica. Página Web, Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido mediante procedimientos, procesos, Guías; GQL\_G-015 Gestión de la Adecuada Comunicación, GQL-F-047 Comunicación Efectiva del Personal de Salud, GQL-F-010, Formato para Auditoria de comunicación asertiva, GMC-P-005 Procedimiento de Comunicaciones el cual contempla Comunicación Interna, Externa, Medios de Comunicación, Componente de Comunicación Publica, Comunicación Organizacional. GMC-F-015 Necesidades de comunicación. GMC-F-003 cronograma de comunicaciones, GDO-F-08 Registro de Información Enviada: todos los procedimientos, formatos, guías... son socializados a todo nivel de la Entidad, una vez son aprobados por Junta Directiva para su correspondiente implementación.

La Oficina de Control Interno, realiza seguimiento en POAS, PAMEC, RIESGOS en forma periódica, en lo cual se identifica que todos los documentos aprobados por Junta Directiva, sean socializados y correspondan a los que se estén implementando. Se hace adherencia de lo correspondiente a los diferentes procedimientos establecidos, cree importante continuar con el fortalecimiento de los medios de comunicación internos y externos Institucional, dentro del objetivo del procedimiento GMA-P-005, cuyo objetivo



corresponde transmitir de manera veraz, asertiva y oportuna, a clientes internos y externos de Salud Sogamoso la información general de acuerdo a las necesidades de información requeridas por proceso.

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

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con el módulo Registro de correspondencia de Ventanilla Única, cuyo propósito es el de: centralizar, administrar y normalizar el trámite de los documentos que ingresan a la institución (respuestas y/o solicitudes) garantizando una adecuada prestación del servicio en cumplimiento a la normatividad vigente; software que permite a los usuarios internos realizar los trámites como permisos, autorizaciones, licencias, certificaciones, necesarios para prestar servicios y a los usuarios externos responder las solicitudes, requerimientos.....La Gerencia analiza deriva en la profesional responsable de ventanilla Única la derivación de la información a quien corresponda.

La Oficina de Control Interno, mediante revisiones de informes que envía el P.U. Líder de Gestión Documental logra establecer desviaciones, las cuales son monitoreadas y evaluadas, en forma de lograr adherencia total al procedimiento de Gestión y Trámite de Ventanilla, por parte del Talento humano de la Entidad, por cuanto se deben establecerse auditorias de adherencia en forma permanente.

**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 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, Para cada vigencia Se establece un Plan de Comunicaciones , el cual cuenta con seguimiento periódico para determinar posibles desviaciones o fallos de calidad; mediante indicadores establecidos en los POAS, PAMEC, RIESGOS, Asimismo mediante indicadores de proceso.

La Oficina de Control Interno, verifica que la P.U. Líder de comunicaciones realice monitoreo y seguimiento a la efectividad de los canales de comunicación y sus contenidos a nivel externo, la medición la realiza a través de indicadores establecidos dentro del procedimiento de comunicaciones así:

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

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

Con base en la Información por parte de la P.U. de Planeación y la Subgerente de servicios quienes actualizan la caracterización de usuarios; la P.U. SIAU grupos de interés para lo cual se establece realizarla en forma periódica. En la Página Web se encuentra al año 2021, se hace necesaria la publicación de la caracterización 2022, toda vez que esta es indispensable previo a la formalización contractual; sin embargo es importante mencionar que las bases de datos de usuarios está caracterizada según requerimientos y se realiza personalización interna en forma permanente teniendo en cuenta que para ser atendidos deben estar identificados para sus correspondientes ofertas institucionales.

La Oficina de Control Interno, evidencia que con el objetivo de Tener información de calidad sobre tus **usuarios** y poder ofrecer los servicios de Salud en forma efectiva se tienen en cuenta variables como características de población rural o urbano, ocupación, curso de vida..... a las cuales se busca que sean medibles identificables, con lo cual se logra efectividad en la prestación del servicio, facturación, causación de cartera y presenta mayor seguridad de lograr el recaudo de recursos, todo se enfoca a la mejora en el Diseño del Portafolio de servicios, diseño de los canales de atención, diseño de comunicación, diseño de RDC, diseño de Participación Ciudadana.

Es necesario la actualización de caracterización de usuarios

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

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

La Oficina de control Interno de Salud Sogamoso E.S.E. en forma permanente realiza seguimiento, monitoreo y evaluación frente a la respuesta de manera oportuna a las PQRS de los usuarios, por sede, las cuales se consolidan y se analizan persistentemente. Los resultados de estas encuestas son el insumo para la mejora continua en la prestación del servicio.

Se requiere que dentro de las auditorías de PQRSF, se tenga en cuenta a grupos de valor y grupos de interés

**COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO**

**Lineamiento 16.** Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.

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

En el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (resolución 108 del 15 de febrero del 2022) como una de las funciones corresponde la aprobación del Plan de auditoría, formulado y presentado por la Profesional Líder de Proceso, quien lo realiza bajo criterios de severidad del riesgo, la Oficina de Control Interno presenta el Plan Anual de Auditoría de la vigencia, basada en riesgos por procesos, en el cual registra los informes de ley, asimismo la programación de los comités institucionales, aprobado y publicado en la página web. Para la vigencia 2022 se aprobó mediante acta 2 de Abril 12 del 2022.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E. socializa para la aprobación por parte del Comité de Coordinación de Control Interno, el cual fue aprobado en comité de coordinación de control interno acta 2 de abril 12 del 2022. Al plan anual de auditorías se realiza seguimiento en periodos bimestrales lo cual es socializado en comité de gestión y desempeño mediante el tablero de indicadores. [gi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true#](http://gi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true#), según actas de Gestión y desempeño y actas de Comité de Coordinación de Control interno. <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim>

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

La alta Dirección de Salud Sogamoso E.S.E., evalúa Todos los Informes que se lleven a cabo por parte de la tercera línea de defensa Los informes con los resultados de cada actividad incorporada en el Plan Anual de Auditorías Independientes se remiten formalmente a cada uno de los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: - Informes de visitas de Asesoría, Evaluación y Seguimiento. - Informes de Ley - Informes de Seguimiento. Entre otros. El POA de la Oficina de Control Interno, goza de monitoreo, seguimiento y evaluación mediante socialización frente a la Alta Dirección y Comité de Coordinación de Control Interno, en periodos bimestrales mediante análisis de indicadores.

La Alta Dirección en Comité de Coordinación de Control Interno conformado por todos los P.U. Líderes de Proceso Institucional y presidido por la Gerente, en cumplimiento de las funciones establecidas en la resolución 108 del 2022, donde refiere que corresponde al CCCI **-Evaluar el sistema de control Interno y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema partir de la normativa vigente, de los informes presentados por el Asesor de Control Interno. Asimismo es necesario mencionar que para el Comité de Coordinación bimestrales.**

La Oficina de Control Interno en desempeño de los diferentes procedimientos que conforman el Sistema de Control Interno, estableció su POA de la Oficina de Control Interno, el cual debe ser desarrollado con tiempos y movimientos y se mide en periodos bimestrales, presentando los avances en Comité de Gestión y Desempeño en forma periódica, lo cual conlleva un seguimiento permanente.

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

La Oficina de Control Interno, realiza evaluaciones independientes periódicas, acorde al Plan Anual de Auditorías basada en riesgos, aprobado en Comité de Coordinación de Control Interno; Dicha programación se realizó según la criticidad del riesgo por proceso y teniendo en cuenta el POAS Institucional 2022, PAMEC Institucional 2022. Como punto de evaluación del riesgo por parte de la Oficina de Control Interno, se realiza seguimiento a todos los proceso con lo cual se evidencia la efectividad de los controles establecidos.

La oficina de Control Interno, ha planteado el POAS de la Oficina en el que se relaciona el Programa de Auditorías, así mismo informes de ley exigidos por Entidades de control por ventanilla Nacional, Departamental, Municipal. En periodo Cuatrimestral se hace seguimiento a la efectividad de los controles por proceso mediante auditorías internas, las que fueron radicadas Única en Gerencia.

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

Según las líneas de defensa la Entidad a través de la Oficina Asesora de Planeación y Control Interno se establecieron los lineamientos y mecanismos para definir los responsables de los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación, asimismo la política de control interno actualizada mediante resolución 156 del 2022 se aprueba la política de Control interno, en la cual se instituyen las tres líneas de defensa: donde refiere a los conformantes, las responsabilidades de cada una de ellas en cada componente del MECI.

La Oficina de Control Interno, junto con la P.U. Líder de Planeación y P.U. especializada de calidad, acorde con el esquema de Líneas de Defensa monitorea a través del seguimiento de los Planes institucionales POAS, PAMEC, PAAC, Plan de desarrollo para el 2020-2024, Plan financiero Anual (Presupuesto), todos los cuales está en permanente interacción y evaluación, con seguimientos periódicos por bimestre, cuatrimestre, semestre, con lo cual se realiza medición y evaluación parcial para la toma de decisiones, todo lo cual se socializa en Comité de Gestión y Desarrollo, donde la coordinadora es la P.U. Líder de planeación.

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

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, toma como referentes los informes de evaluación elaborados por los entes externos como son los de la Contraloría General de Boyacá, según la presentación de la cuenta anual, quien formula recomendaciones de prevención de daño antijurídico, recursos financieros como lo son la contratación.



La Evaluación realizada por el DAFP (FURAG), cuyas recomendaciones y observaciones son incluidos en el capítulo de planes de mejoramiento de los informes de evaluación independientes elaborados por esta Oficina.

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

### 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), en los que se formulan por parte de los evaluados acciones de mejora, para corregir las brechas o desviaciones que se estén presentando y que se interponen ante la consecución de objetivos del proceso y de la Entidad, bajo términos establecidos, los cuales se consolidan como actividades de mejora en el Plan Operativo Anual,

La Oficina de Control Interno a través de las evaluaciones independientes logra verificar la efectividad del sistema de control interno, una vez ha realizado las auditorías independientes donde identifica no conformidades que deben ser subsanadas mediante la formulación de los planes de mejora. Las actividades planteadas en la formulación de los planes gozan de monitoreo, seguimiento, evaluación y medición de avance, mediante lo cual se determina la efectividad de las gestiones.

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

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

Los P.U. Líderes de proceso son los responsables de subsanar las desviaciones que correspondan a cada uno dependiendo de los diferentes roles.

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

desarrollo y cumplimiento de la corrección de las desviaciones encontradas, buscando eficiencia y efectividad de las mismas.

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

La Entidad cuenta con políticas donde se establece a quien reportar las deficiencias de Control Interno, como resultado del monitoreo continuo, como lo son: Resolución 108 del 2022, en la cual se establecen funciones y responsabilidades del Comité de Coordinación de Control Interno; la Política de Control Interno (resolución 156 del 2022) en la cual se establecen responsabilidades y conformación de las tres líneas de defensa en cuya política menciona el compromiso de estas, frente al sistema de control interno, y se permite desarrollar un control interactivo que busca la mejora continua.

En forma similar la Entidad cuenta con políticas por cada proceso en la cual se contemplan los indicadores de evaluación, seguimiento y monitoreo en forma de lograr la efectividad de las mismas, lo cual conlleva a un control interno más fortalecido.

Así las cosas el Comité de Coordinación de Control Interno es el primer llamado a ejercer el proceso de seguimiento a las deficiencias del sistema de control interno. La Oficina de Control Interno, actualiza el Autodiagnóstico, con el cual se establecen fortalezas y debilidades con el ánimo de emprender acciones que mitiguen las brechas en su seguimiento y evaluación

Concluyendo que Las deficiencias del Sistema de Control Interno son analizadas en Comité de Gestión y desempeño, de donde se genera los compromisos por parte de cada líder de proceso

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

En Salud Sogamoso E.S.E., según la conformación del Comité de Coordinación de Control Interno y el Comité Gestión y Desempeño conformados por los P.U. Líderes de Proceso y presidido por la Gerente de la Entidad, dando cumplimiento a la resolución 108 del 2022 (Actualización del Comité de Coordinación de Control Interno, que contempla las funciones del Comité de Coordinación de Control Interno) realiza seguimiento permanente a las acciones correctivas a que haya lugar producto de desviaciones del Sistema de Control Interno

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

La Oficina de Control Interno realiza asistencia en los Comités de Gestión y Desempeño y hace las veces de secretaria en el Comité de Coordinación de Control Interno, comités en los que se realiza seguimiento y evaluación a las deficiencias que se presentan en el Sistema de Control interno, con el ánimo de lograr el cumplimiento a los compromisos establecidos por cada Miembro conformante de estos.

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

Salud Sogamoso E.S.E acorde al Manual de Contratación Institucional en la sección de estudios previos y en el artículo 10 en 10.7. Contempla lo referente al análisis de riesgos previsible y la forma de mitigarlos, se prevén los riesgos a partir de la justificación de necesidades, buscando con ello el estricto cumplimiento de los principios de la contratación estatal y la función administrativa a efecto de mitigar, controlar y eliminar los conflictos que como consecuencia de la contratación, puedan resultar comprometiendo la responsabilidad de la ESE.

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

La Oficina de Control Interno realizó durante la vigencia auditoría a la supervisión de 16 contratos, en los cuales se evidencia el seguimiento al componente de los posibles riesgos en que se pudiere incurrir y que pudiere afectar el objetivo procesal.

**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?**

Salud Sogamoso E.S.E. Mediante el procedimiento de Atención, peticiones, quejas, reclamos y denuncias GMA-P-002, Versión 5 de Junio 15 del 2022, realiza monitoreo, seguimiento a las PQRSD, por parte de la profesional de SIAU, Planeación, Jurídica; con base en el cual la oficina de Control interno en periodos semestrales, realiza evaluación consolidada de los 6 meses correspondientes. Sobre esta evaluación se emite informe, que se publica en la página WEB Institucional. Asimismo se consolidan las PQRSD que se puedan generar de la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios en forma diaria y se consolida mensualmente siendo estos resultados publicados en la Página web botón transparencia sección satisfacción del usuario.

La Oficina de Control Interno verifica la evaluación al proceso **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.** Se hace uso del procedimiento GAU-P-007 Trámite de Peticiones Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones medición satisfacción del usuario" con el fin de verificar el cumplimiento de la gestión realizada a las comunicaciones que ingresaron durante el periodo de estudio considerado en la presente evaluación, y que fueron identificados como Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSD a través de los canales de atención al ciudadano establecidos por la Entidad, teniendo en cuenta lo establecido por la Ley 1755 de 2015. Asimismo se realizó auditoría en el mes de diciembre a todo lo correspondiente a las PQRD con corte a Septiembre del 2022

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

Salud Sogamoso E.S.E. realiza la verificación del avance y cumplimiento de acciones derivadas de planes de mejora según el procedimiento producto de las autoevaluaciones se realiza Según Procedimiento GQL-P- 002 planes de mejoramiento, junto con el Formato GQL-F-006 plan mejoramiento, además que la segunda línea de defensa es quien debe estar atenta : Recepcionar el plan de mejora, analizar y revisar el contenido, la viabilidad del plan frente a objetivos estratégicos y/o gestión, aspectos financieros e impacto sobre el usuario. Retroalimentar al responsable acerca de su pertinencia o necesidad de ajuste definir las responsabilidades de cada línea de defensa, y el análisis respecto

La Oficina de Control Interno verifica que el procedimiento del plan de mejoramiento, corresponde a la identificación de desviación de procesos, ajuste o corrección de fallos de calidad, incluyendo el seguimiento al grado de cumplimiento del mismo. Lo cual para su verificación se solicita soportes, además que debe efectuarse con los criterios establecidos, para su desarrollo se realiza el seguimiento y evaluación por parte de la segunda Línea de Defensa, evaluada por la Tercera Línea de defensa y posteriormente, los resultados consolidados se socializan en Comité de Coordinación de Control interno.

Este indicador se mide junto con el indicador de efectividad de los planes de mejora que estas contemplado en el software de almera <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true>.

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

Salud Sogamoso E.S.E. mediante la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa adelanta evaluación a las acciones establecidas en los Planes de Mejoramiento del Sistema, de conformidad con lo establecido en el procedimiento GQL-P-002 planes de mejoramiento, aunado con el Formato GQL-F-006 plan mejoramiento, Se realiza el seguimiento a los planes en forma periódica según GQL-F-020.seguimiento auditoria y según el POAS de la Oficina de Control Interno

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa realiza la evaluación a la efectividad de las acciones establecidas en los Planeas de Mejoramiento del Sistema en el mes de junio de 2022, en cumplimiento al PAA 2022 y de conformidad al procedimiento GQL-P-002 planes de mejoramiento. Se realiza seguimiento del mismo según actividades del POAS, PAMEC y Riesgos de Gestión.

Se cuenta con indicador de medición de formulación de los planes de mejora y otro indicador de medición de efectividad de planes de mejora en periodos cuatrimestrales. El cual para la vigencia 2022 quedo en 97.35% de cumplimiento. <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true>

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




Salud Sogamoso E.S.E. en Comités de Gestión y Desempeño y en Comité de Coordinación de Control Interno, se realizan análisis transversales del Sistema de Control Interno, así mismo se presentan a Gerencia evaluaciones por parte del proceso de control interno en las cuales se evidencian desviaciones del Control Interno estableciendo acciones de compromiso por parte de las tres líneas de defensa que conllevan al mejoramiento del sistema de control interno.

La Oficina de Control Interno, socializa en forma permanente a la Gerencia y a los líderes auditados que corresponda los informes de auditorías realizadas, con los resultados de las actividades, seguimientos y evaluaciones, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017, específicamente en lo relacionado con el Rol de Evaluación y Seguimiento y el Decreto 338 de 2019 y decreto 989 del 2020 "Por los cuales el cual se modifica y actualiza el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, Se hace retroalimentación frente a la evaluación del Sistema de Control Interno, identificando las desviaciones del mismo.

Es necesario mencionar que con base en dicha socialización y de ser el caso se formulan planes de mejora que logren mitigar las desviaciones encontradas, las cuales gozan de seguimiento y evaluación de efectividad.

## RESULTADOS PRIMORIALES

### CONCLUSIONES GENERALES

<p><b>Nombre de la Entidad:</b></p> <p><b>Periodo Evaluado:</b></p>	<p>SALUD SOGAMOSO E.S.E.</p> <p>VIGENCIA A DICIEMBRE 31 2022</p>	
	<p><b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</b> 86%</p>	
<p><b>Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno</b></p>		
<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (S/ en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p><b>En proceso</b></p>	<p>Con respecto a este análisis y teniendo en cuenta las valoraciones dadas por cada uno de los lineamientos y criterios por componente evaluados, se puede evidenciar que los mismos se encuentran presente y funcionando en un nivel satisfactorio, sin embargo se podría decir que se continua en desarrollo de la articulación de los 5 componentes, en forma de lograr a una efectividad de ESCI que supere el 90%; ante lo cual es indispensable como plan de acción para el 2023 la actualización de la política y procedimiento del riesgo, fortalecimiento de los controles; dar cumplimiento a los requerimientos de Tecnología de la Información, tendientes a lograr la madurez del Sistema de Control Interno. Es de gran relevancia incluir mecanismos y puntos de control que involucren las tres líneas de defensa y la línea estratégica, todo esto con el fin de fortalecer todos los componentes y su integración en forma más efectiva, robusteciendo el sistema de control interno en su completitud.</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (S/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p><b>Si</b></p>	<p>Para verificar la efectividad del Sistema de Control Interno, analizándolo acorde con el modelo propuesto: por componente e interacción de los mismos; donde identificamos resultados así: Componente de Ambiente de Control con un resultado actual del 92%; Componente de Evaluación del Riesgo con un resultado actual del 82%; Componente de Actividades de Control con resultado actual del 75%; Componente de Información y Comunicación del 93% y con respecto al Componente de Monitoreo y Evaluación con un resultado actual del 89%; que una vez identificados los 5 componentes interactuados, da un resultado general del 86%, resultado que presenta disminución con respecto al obtenido el año inmediatamente anterior, esto debido a varios factores como son: falta de actualización de la política y procedimiento de administración del Riesgo, una segunda razón podría decirse que falta adherencia a la mayor identificación de riesgos de TI, Una tercera razón podría establecerse el refuerzo de efectividad de controles preventivos y defectivos para mitigar la probabilidad de ocurrencia, asimismo establecer plan de acción para tratamiento de controles correctivos que mitigan el impacto en caso de materialización del riesgo.</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 (S/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p><b>Si</b></p>	<p>Salud Sogamoso E.S.E., realiza evaluación y análisis de la responsabilidad de cada línea de defensa, por cada Componente de MECI; Estas se encuentran operando en atención a la Política de Control interno, La cual fue actualizada para el primer semestre 2022 mediante resolución 156 de abril del 2022, de acuerdo a las actividades normativas y descritas en la Séptima Dimensión de MIPG; El componente de Monitoreo, seguimiento y Evaluación ha identificado la necesidad de continuar con el fortalecimiento de las responsabilidades y autocontrol por parte de cada P.U. Líder de proceso, en forma de lograr una Institucionalidad que logre un Sistema de Control Interno Óptimo en todos los componentes</p>



**PRIMER COMPONENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO: AMBIENTE DE CONTROL**

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 anterior
Ambiente de control	SI	72%	<p><b>AMBIENTE DE CONTROL</b></p> <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En el Plan de acción MIPG se establecen las responsabilidades relacionadas con la ejecución y seguimiento de las actividades programadas para la vigencia, Salud Sogamoso E.S.E., acorde al mismo establece su POAS-PAMEC-RIEGOS</li> <li>- Se realizan reforzamientos para adherencia al código de integridad; durante la vigencia la estrategia con la cual se concluyó la búsqueda de interiorización, corresponde a "Prende una luz como adopción y sensibilización de un valor Institucional" según los establecidos en el Código de Integridad, mediante la cual se implementa como parte del estilo de vida.</li> <li>-Mediante la actualización del Auto diagnóstico de Integridad, se determinan las brechas que persisten y sobre las cuales se establece el Plan de Acción del 2023.</li> <li>-Se cuenta con un canal de comunicación denominado <b>Escuchándole Mejoramos</b>, el cual fue socializado en capacitación general y por medio de correo electrónico al interior de la entidad, estrategia que busca establecer oportunidades de mejora y con la cual se busca mitigar la brecha existente.</li> <li>- Los resultados obtenidos mediante auditorías independientes, son insumo para identificar riesgos y lograr efectividad en los controles que se establezcan en su mitigación.</li> </ul> <p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Es importante continuar con la actualización del procedimiento de administración, acorde a la Guía DAPP V 5 -2020, y se logre mitigar la brecha en el primer semestre 2023</li> <li>- Brindar apoyo socio laboral y emocional (desde el ser).</li> <li>-De gran importancia contar con mecanismos para transferir el conocimiento de los servidores que se retiran de la entidad a quienes continúan vinculados</li> <li>-Es trascendental realizar la revisión constante de los documentos publicados en el aplicativo.</li> </ul>	83%	4%

**SEGUNDO COMPONENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO: EVALUACION DEL RIESGO**

Evaluación de riesgos	SI	82%	<p><b>EVALUACION DEL RIEGO:</b></p> <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Línea Estratégica de defensa, ha logrado avances en el cumplimiento y consecución de objetivos estratégicos, enfocados a la Visión Institucional.</li> <li>• A través de los comités de Gestión y Desempeño, Comité de Coordinación de Control Interno, se realiza evaluación del riesgo, previo seguimiento de POAS-PAMEC-RIEGOS, según lineamientos establecidos.</li> <li>• Se cuenta con Matriz de riesgo por proceso, los cuales son consolidados por parte de la P.IJ. Líder de Planeación en periodos cuatrimestrales; asimismo se realiza seguimiento y evaluación en mesas de trabajo con P.E. de Calidad, P.IJ. planeación y P.IJ. Control Interno.</li> <li>• La Matriz de Riesgos se encuentra dentro del Software Almera. <a href="https://sgjalmeram.com/sgj/seguimiento/?nosgim">https://sgjalmeram.com/sgj/seguimiento/?nosgim</a></li> </ul> <p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante integrar a la matriz del Mapa de Riesgos Institucional 2023, los riesgos de seguridad de la información y los de tecnología de la información, acorde a la guía V5-2020</li> <li>• Es indispensable trabajar en forma comprometida en la correspondiente a tecnología de informática, y mantener adherencia a la resolución 1519 del 2020,</li> <li>• -Es necesario continuar con la evaluación de los controles, dando cumplimiento con la Guía DAPP V5 -2020</li> <li>• -Es necesario que cada P.IJ. Líder de Proceso documente y defina plan de contingencia, para el caso de materialización de los riesgos identificados; asimismo formular plan de mejora, donde se establezcan acciones a seguir.</li> </ul>	82%	0%
-----------------------	----	-----	---	-----	----

**TERCER COMPONENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO: ACTIVIDADES DE CONTROL**

Actividades de control	SI	75%	<p><b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b></p> <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el aplicativo <a href="https://sgj.dimeraim.com/sgj/seguimiento/?nosgim#">https://sgj.dimeraim.com/sgj/seguimiento/?nosgim#</a> se encuentran publicados los documentos asociados a cada proceso de la entidad; en su versión actual y versiones anteriores.</li> <li>• En la Guía de Administración de Riesgo, se contempla la valoración y diseño de controles.</li> <li>• El Monitoreo y seguimiento a los riesgos, se realiza por parte de los P.U. Líderes de Proceso, acorde a lo establecido en la Guía de Administración del Riesgo. Con este Monitoreo</li> </ul> <p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es indispensable que para el 2023 se realice actualización de política y el procedimiento de administración del riesgo según la GUIA-DAFP V5-2020</li> <li>• En el proceso de contratación con los proveedores de tecnología se establezcan acuerdos de niveles de servicio y garantías. Es indispensable que para el 2023, se revise y establezcan los controles acorde en la normalidad de seguridad de la Información.</li> <li>• Se debe realizar evaluación por parte de la tercera línea de defensa a la efectividad de los controles implementados por el proveedor del servicio en forma que se mitiguen los riesgos, en todos los procesos institucionales, previo a la formulación de riesgos para el 2023.</li> </ul>	75%	0%
------------------------	----	-----	--	-----	----

**CUARTO COMPONENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO: EDUCACION E INFORMACION**

Información y comunicación	SI	75%	<p><b>INFORMACION Y COMUNICACION</b></p> <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con activos de información, los cuales fueron aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</li> <li>• Se cuenta con el levantamiento de la información clasificada y reservada por proceso de la entidad, dando cumplimiento a la normalidad.</li> <li>• Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con diferentes mecanismos que permiten dar a conocer las Metas, los objetivos estratégicos al Talento Humano Institucional.</li> <li>• La entidad cuenta con canales internos para la denuncia anónima de situaciones irregulares identificadas (Escuchádate Mejoramos).</li> <li>• La entidad cuenta con canales externos para la divulgación de información, entre ellos: Pagina Web redes sociales, espacios de participación, noticias publicadas en los Chat Institucionales.</li> <li>• En el marco del Plan Anticorrupción de la vigencia para el 2023, se ha establecido el compromiso de realizar la caracterización de usuarios y grupos de valor en el componente de rendición de cuentas.</li> </ul> <p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario revisar todo lo correspondiente a la resolución 1519 del 2020 (4 anexos), en forma de lograr contar con página web, bajo criterios y calidad establecidos por MINTIC</li> <li>• Reforzar el proceso para la formulación, aprobación e implementación de la Política de Seguridad de Información</li> <li>• Continuar con la administración y seguimiento de los canales de comunicación establecidos para realizar la emisión de situaciones anormales identificadas en la entidad.</li> <li>• Es importante a partir del análisis de la información resultado de la evaluación a los canales de comunicación existentes; identificar e implementar acciones que contribuyan al mejoramiento continuo en el proceso de comunicación.</li> <li>• Es importante que se identifique la diferencia entre los canales de primer contacto y canales de información, con el fin de permitir el</li> </ul>	75%	0%
----------------------------	----	-----	--	-----	----



**QUINTO COMPONENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO: MONITOREO Y EVALUACION**

Monitoreo	SI	87%	<p><b>MONITOREO Y SEGUIMIENTO</b></p> <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta el plan anual de auditorías aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno de la Entidad, según acta 2 de Marzo del 2022.</li> <li>• De igual manera todas las actividades ejecutadas por parte del proceso de control interno en cumplimiento de sus deberes, se comunican a la Gerente de Salud Sogamoso E.S.E. Con base en los resultados del Autodiagnóstico de Control Interno, se concibe el Plan de Acción para la vigencia 2023, así mismo se toma como insumo de gran importancia los resultados del FURAG 2022, verificando las recomendaciones, enunciadas en la Matriz de resultados del DAFP.</li> <li>• Las Responsabilidades de cada Línea de defensa se han establecido en la Política de Control Interno (actualizada en abril del 2022 Resol 256 de abril 26 del 2022) del mismo modo se contemplan en la Política de Administración del Riesgo, en la cual se establece lo correspondiente a líneas de reporte y de información - comunicación, por parte de cada una de ellas.</li> </ul> <p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar la evaluación de información de las evaluaciones independientes, con lo cual se determina efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad.</li> <li>• Reforzar todo lo correspondiente al monitoreo, seguimiento y evaluación de efectividad de los planes de mejora de cada proceso</li> </ul>	84%	95%
-----------	----	-----	---	-----	-----

A continuación se describen criterios que no alcanzaron al puntaje total de implementación:

**OPORTUNIDADES DE MEJORA SEGÚN EVALUACION DE CADA COMPONENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL**

**Lineamiento 1:**

**La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público**

**1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés**

Para el primer cuatrimestre del 2023 es necesario que se dé cumplimiento al plan de acción de Conflictos de Interés, acorde al autodiagnóstico del 2022

**Lineamiento 3:**

**Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección.**

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

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

Indispensable la actualización de la Política de Administración del Riesgo y el Procedimiento, junto con la identificación de los riesgos acorde a la normativa. Esto para el Primer cuatrimestre del 2023. Con base en la Política de administración del riesgo acorde a la normatividad, se solicita a los líderes de proceso dar cumplimiento, dándole la importancia que amerita.

#### Lineamiento

4:

**Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, permanencia y retiro.**

#### **4.5. Evaluaciones relacionadas con el retiro del personal**

Teniendo en cuenta que el ciclo de vida del Servidor Público se pueden identificar tres subcomponentes: el ingreso, el desarrollo y el retiro. Dentro de este último se identifica que hay dos ítems de gran importancia que como empresa humanizada sería conveniente contemplarla

- a) Brindar apoyo socio laboral y emocional (desde el ser) a las personas que se desvinculan por pensión, por reestructuración o por finalización del nombramiento en provisionalidad, de manera que se les facilite enfrentar el cambio, mediante un Plan de Desvinculación Asistida
- b) Contar con mecanismos para transferir el conocimiento de los servidores que se retiran de la entidad a quienes continúan vinculados

#### **4.6. Evaluar el Impacto del Plan Institucional de Capacitación.**

Para lo cual se hace necesario Realizar una apropiada evaluación del impacto institucional de las capacitaciones cumplidas por parte de cada líder de proceso que corresponda.

Establecer un indicador apropiado para evaluar el impacto del PIC de la GETH- Realizar Informe de Evaluación del Impacto del PIC, en el que se identifique la Adherencia al conocimiento.; habiendo establecido una meta mínima por la Entidad, esto como línea base para su medición.

#### Lineamiento

7:

**Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).**

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

Dentro de la actualización de la política y administración del riesgo se hace necesario contemplar lo correspondiente al alcance en el que se vislumbren *lineamientos para procesos, procedimientos y/o actividades tercerizadas u otras instancias*

**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.**

Se recomienda a los Profesionales U. Líderes de Proceso realizar el seguimiento a los riesgos materializados, documentando todo lo pertinente-, estableciendo análisis de las causas y estableciendo los controles a que haya lugar.

Es necesario que en la actualización de la política de administración del riesgo y el procedimiento correspondiente se tenga en cuenta lo correspondiente al curso de acción en caso de materializarse un riesgo, así mismo verificar los controles para los riesgos que han sido objeto de materialización, formulación de los planes de mejora a que haya lugar, los cuales deben contar con un seguimiento permanente por parte de cada líder y evaluación por parte de control interno.

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

Se realiza seguimiento a los procedimientos que han tenido materialización de riesgos en la vigencia anterior, como es el caso de los procesos de Ambiente Físico, Recursos Informáticos, sin embargo se hace necesario que realice seguimiento hasta verificar se subsane

Dentro de la actualización de la política y el procedimiento de administración del riesgo establecer lo correspondiente a las acciones que deben ser resueltas, producto de la materialización del riesgo, formulando el plan de mejora, el cual debe contar con el seguimiento y verificación apropiado, hasta observar la rectificación pertinente.

**Lineamiento 8:**

**Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.**

**8.3 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.**

Se recomienda la segregación de funciones en el caso de Facturación, cartera, tesorería, caja menor, salud pública.

Situación que para el 2023 ha sido subsanada mediante nombramiento de personal, con quienes se logre la separación pertinente de responsabilidades.

**Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos**

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

La alta Dirección monitorea los riesgos que se han aceptado y sobre los cuales se ha realizado el seguimiento pertinente

Se recomienda que los Líderes P.U. como conformantes y responsables de la primera línea de defensa refuercen el Monitoreo permanente de la implementación de controles establecidos a cada proceso.

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

La Oficina de Control Interno realiza un análisis del impacto sobre el estado de control de la entidad especialmente desde las acciones previstas en el Plan Anual de Auditoría. En aquellos contempla una valoración sobre el nivel de cumplimiento de los procesos, su posible desactualización y el nivel de fortaleza adquirido a raíz de los ajustes efectuados.

Se recomienda a la alta dirección que en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se busque el diseño y creación de acciones para analizar el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles dentro de la periodicidad semestral

**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.**

Debido a que la responsabilidad de la efectividad de los controles establecidos sobre cada riesgo identificado corresponde a los P.U. Líderes de proceso, se recomienda a ellos que se efectúe la segregación de actividades donde no exista en forma adecuada. Es importante mencionar que esta actividad está en desarrollo, con el objetivo de ser transversal en la Entidad.

**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.**

Como acción de mejora para el 2022, se celebró relación contractual con objeto de estudio de cargas laborales.

De los resultados obtenidos se inicia para el 2023 la implementación según resultados obtenidos. La Verificación que debe ser realizada a partir de su ejecución.

**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**

Se recomienda que mantenga adherencia a todas estrategias tecnológicas establecidas por MINTIC

Se hace necesario que se establezca para la vigencia 2023 Adherencia a la Normatividad de MINTIC, se realicen Backup en equipos externos a la entidad externos

La Oficina de Planeación mediante el procedimiento de Administración del riesgo contempla lo relacionado con identificación de estos, así como los pasos activos de seguridad de la información, activos de seguridad digital del proceso, riesgos de seguridad digital, reporte y plan de tratamiento de riesgos de seguridad digital, en cuanto al desarrollo y mantenimiento de tecnologías lo relaciona en el Manual de Gerencia y Seguridad de la Información.

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

**Las actividades de seguimiento y supervisión de los contratos donde hay proveedores de Información Tecnológica, se realizan según el Manual de Contratación.**

Se recomienda a los supervisores de contratos (adquisición de tecnología alguna) que los proveedores de tecnología, como lo son CNT, Enterprise, y demás proveedores, alleguen los controles con que cuentan sobre los riesgos que puedan afectar la tecnología suministrada

**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.**

Se recomienda que la tercera línea para efectos de evaluar de forma apropiada los controles implementados por el proveedor y mitigar riesgos relacionados, se soliciten previo a la contratación 2023

Mediante Oficio solicitar los riesgos y controles que se establezcan por parte del proveedor de servicios tecnológicos

**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).**

**12.5 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 adecuación de los controles, inherentes de cada proceso teniendo en cuenta la organización interna y los cambios normativos, se evalúan en periodos bimestrales, según seguimientos en Comités Institucionales. Así mismo en periodos cuatrimestrales se realiza evaluación a la efectividad de controles que mitiguen el riesgo.

**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**

La gestión de la información se fundamenta en tres pilares fundamentales que son, **confidencialidad, integridad y disponibilidad.**

Se recomienda trabajar en la seguridad de la información, reforzando lo correspondiente al resguardo de acceso a los datos (permitiendo el acceso a personas autorizadas)

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

Se recomienda a los supervisores de contrato, hacer búsqueda a posibles riesgos inherentes en la ejecución contractual y/o derivados de actividades de los contratistas; mediante seguimiento y verificación en el desarrollo de las actividades contratadas.

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

Se hace necesario reforzar el monitoreo y la supervisión por parte de la segunda línea de defensa; asimismo reforzar la evaluación que realiza la 3 línea de defensa la cual debe ser realizada en forma permanente y logre la verificación de efectividad en el desarrollo de los mismos.

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

Se recomienda que todos y cada uno de los conformantes de la primera línea de defensa, de cumplimiento a las responsabilidades establecidas en la política de control interno, en el procedimiento de administración de riesgos, dando a conocer las no conformidades del talento humano de apoyo según proceso, con lo cual se logra trabajar en las oportunidades de mejora.

**CONCLUSIONES**

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

**¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):**

Con respecto a este análisis y teniendo en cuenta las valoraciones dadas por cada uno de los lineamientos y criterios por componente evaluados, se puede evidenciar que los

mismos se encuentran presente y funcionando en un nivel satisfactorio, sin embargo se podría decir que se continua en desarrollo de la articulación de los 5 componentes, en forma de lograr a una efectividad de ESCI que supere el 90%; ante lo cual es indispensable como plan de acción para el 2023 la actualización de la política y procedimiento del riesgo, fortalecimiento de los controles; así mismo se hace necesario dar cumplimiento a los requerimientos de Tecnología de la Información, tendientes a lograr la madurez del Sistema de Control Interno.

Es de gran relevancia incluir mecanismos y puntos de control que involucren las tres líneas de defensa y la línea estratégica, todo esto con el fin de fortalecer todos los componentes y su integración en forma más efectiva; robusteciendo el sistema de control interno en su completitud. **En proceso**

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

Para verificar la efectividad del Sistema de Control Interno y realizando análisis acorde al modelo propuesto:

Por componente e interacción de los mismos; donde identificamos resultados así: **Componente de Ambiente de Control** con un resultado actual del 92%; **Componente de Evaluación del Riesgo** con un resultado actual del 82%; **Componente de Actividades de Control** con resultado actual del 75%; **Componente de Información y Comunicación** del 93% y con respecto al **Componente de Monitoreo y Evaluación** con un resultado actual del 89%; que una vez identificados los 5 componentes interactuados, da un resultado general del 86%, resultado que presenta disminución con respecto al obtenido el año inmediatamente anterior, esto debido a varios factores como son:

Falta de actualización de la política y procedimiento de administración del Riesgo, una segunda razón podría decirse que falta adherencia a la mayor identificación de riesgos de TI, Una tercera razón podría establecerse el refuerzo de efectividad de controles preventivos y detectivos para mitigar la probabilidad de ocurrencia; asimismo se hace necesario establecer plan de acción para tratamiento de controles correctivos, que mitigan el impacto en caso de materialización del riesgo.

**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): SI**

Salud Sogamoso E.S.E., realiza evaluación y análisis de la responsabilidad de cada línea de defensa, por cada Componente de MECI; Estas se encuentran operando en atención a la Política de Control interno, la cual fue actualizada para el primer semestre 2022 mediante resolución 156 de abril del 2022, de acuerdo a las actividades normativas y descritas en la Séptima Dimensión de MIPG; El componente de Monitoreo, seguimiento y Evaluación ha identificado la necesidad de continuar con el fortalecimiento de las responsabilidades y autocontrol por parte de cada P.U. Líder de proceso, en forma de lograr una Institucionalidad que logre un Sistema de Control Interno Optimo en todos los componentes.

  
**GILMA JANETH PERICO GRANADOS**  
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**