

**INFORME DE EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO JUNIO DEL 2023**

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

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

Es necesario mencionar que de acuerdo con el formato e instrucciones y la Matriz ESCI establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la evaluación del sistema de control interno, en atención a lo dispuesto en su Circular Externa 100-006 del 2019 y el Artículo 156 del Decreto Ley 2106 de 2019, se comprueba que los componentes del modelo Existen y que a la vez se encuentran operando juntos y de manera-integrada.

Según la Verificación y Evaluación por parte de la Asesora de Control interno Institucional sobre el diseño y operación de los criterios relevantes, relacionados con los lineamientos establecidos para cada uno de los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno "Ambiente de Control", "Evaluación de riesgos", "Actividades de control", "Información y Comunicación", y " Actividades de Monitoreo", se observa que en Salud Sogamoso E.S.E., estos componentes operan transversalmente. Y que en forma similar se articulan con las responsabilidades del modelo de tres líneas de defensa y control a los riesgos a los que se encuentra expuesta la Entidad, para el logro de sus objetivos

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

El sistema de control interno de Salud Sogamoso E.S.E. es efectivo, en razón a que cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno y principios o lineamientos relacionados a cada componente se encuentra presente y en funcionamiento.

Es necesario mencionar que se realiza el presente informa con base en el monitoreo, seguimiento y evaluación por parte de la Asesora de Control Interno de Salud Sogamoso, acorde a la Matriz ESCI mediante el seguimiento a las instrucciones establecidas por el DAFP, para la evaluación del sistema de control interno, conforme a lo dispuesto en su Circular Externa 100-006 del 2019 así como el Artículo 156 del Decreto 2106 de 2019. No se identificaron fallas de control que pudieran tener algún impacto en el sistema de control interno de Salud Sogamoso E.S.E.

**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 / en proceso / No) (Justifique su respuesta): SI**

Para Salud Sogamoso E.S.E. a partir de la ley1499 del 2017, estableció dentro de su Sistema de Control Interno la Institucionalidad de las líneas de defensa, a partir de la Política de Control Interno, en la cual además de establecerlas, defines la conformación de cada una de ellas junto con la responsabilidad de cada una con cada uno de los 5 componentes MECI.

## 1. COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

**El Componente esta Presente y Funcionando** **SI**

**Nivel de Cumplimiento a Junio 30 del 2023** **94%**

### **Estado actual: Explicación de las Fortalezas y/o Debilidades:**

#### **FORTALEZAS:**

Salud Sogamoso E.S.E. mantiene su compromiso con la integridad y promueve el comportamiento ético de sus colaboradores a través de la divulgación y seguimiento periódico a la Transformación Cultural organizacional de largo plazo, en el que se alinean las normas y la cultura y la ética; transformación promovida desde el direccionamiento y el talento humano; Se cuenta con formato GLE-F-018 DECLARACION DE **INHABILIDADES** INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERES.docx

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=9951&hl=conflictos>.

Se incluyó en el plan anual institucional en el subproceso de contratación y proceso de Talento Humano la gestión de conflictos de interés.

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod\\_formulacion/cronogramas/form\\_segimientoactividad.php?actividadid=2944#subtabPage2](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_segimientoactividad.php?actividadid=2944#subtabPage2)

Salud Sogamoso E.S.E. formuló el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC). [https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod\\_operativo/proyectos/control\\_proyecto.php?proyecto=223](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=223)

Salud Sogamoso, para la gestión de las PQRSF, se cuenta con indicadores de medición, procedimientos, análisis

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=9393&hl=pqrs>

Adicionalmente, Salud Sogamoso E.S.E. mantiene toda la información pertinente de PQRSF a través del proceso de Ventanilla Única de Información.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=9174&hl=ventanilla%20unica>.

En lo referente a los indicadores de comprobación y análisis de la información radicada a través de los diferentes canales de comunicación Institucionales se encuentra en:

[https://www.saludsogamoso.gov.co/?page\\_id=11369](https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=11369)

Se tiene como fortaleza la protección de los activos de información incluyendo información privilegiada, que incluyen el uso de herramientas tecnológicas y esquemas de monitoreo permanente.

Frente a los criterios relacionados con el talento Humano, Salud Sogamoso se cuenta con el procedimiento GTH-P-002 SELECCIÓN VINCULACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL DE PLANTA.doc

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=8942&hl=seleccion>

Asi mismo se cuenta con el Formato: a través del cual se consolida la etapa del TH

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=8948&hl=seleccion>.

GTH-P-002 SELECCIÓN VINCULACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL DE PLANTA.doc

Se cuenta con procedimiento para evaluación del desempeño del Talento Humano: GTH-P-008 Procedimiento de Medición del Desempeño, cuyo objetivo es el de realizar la medición de Rendimiento, competencias y compromisos de los funcionarios de salud Sogamoso E.S.E. , que para su optimización se debe acompañar con los diferentes formatos con los que se logra el desarrollo.

FORMATO MEDICION DE DESEMPEÑO	GTH-F-024
CONSOLIDACION RESULTADOS EVALUACION	GTH-F-025
PERIODO ANUAL U ORDINARIO	
FIJACION DE COMPROMISOS LABORALES	GTH-F-026
PORTAFILIO DE EVIDENCIAS	GTH-F-060
INFORMACION GENERAL	GTH-F-061
MEDICION PARCIAL EVENTUAL	GTH-F-062
PLANILLA REPORTE DE MEDICION	GTH-F-063
FIJACION COMPROMISOS COMPORTAMENTALES	GTH-F-027
GUIA MEDICION DEL DESEMPEÑO	GTH-G-001
MEDICION DESEMPEÑO LIDERES	GTH-F-072
MEDICION DESEMPEÑO PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL	GTH-F-073
EVALUACION DE DESEMPEÑO PERIODO DE PRUEBA	GTH-F-074
INFORME DE ACTIVIDADES	GTH-F-066

Referente al criterio de capacitación Salud Sogamoso E.S.E. establece el Plan Institucional de Capacitación vigencia 2023, con seguimiento permanente en el Comité de Gestion y desempeño Institucional, mediante los indicadores de medición y evaluación registrados en el Procedimiento y consolidados en el software

Dentro del Componente de Ambiente de Control es necesario recordar lo correspondiente a la conformación de las líneas de defensa ante los riesgos que pueden interponerse a la consecución de objetivos:

**Línea estratégica** Junta Directiva, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Alta Gerencia (Gerencia y P.U. Líderes de Proceso)

**Primera Línea** conformada por los P.U. Líderes de proceso; su rol principal es la toma de riesgos y el autocontrol, siendo los responsables principales de la mitigación de los riesgos y de la efectividad de los controles operativos.

**Segunda Línea** conformada por la P.U. Líder de Planeación, Supervisores de Contrato, siendo su rol principal la administración y mejoramiento de la Gestion y Gestion del riesgo de salud Sogamoso E.S.E., y monitorear la gestión de riesgos de manera independiente a la primera línea.

**La Tercera línea** conformada por el Asesor de Control Interno; su rol principal es planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación independiente del sistema de control interno la I.P.S.

En Salud Sogamoso E.S.E. desde cada línea de defensa en cabeza de sus conformantes cada una contribuye desde su rol en el mantenimiento y fortalecimiento del sistema de control interno Institucional. Así mismo Dentro de las líneas de Reporte y Comunicación se

implementan en forma articulada con las líneas de defensa, esto con el objetivo de lograr una oportuna y efectiva toma de decisiones frente a riesgos y control.

Salud Sogamoso, en lo correspondiente al criterio de inducción y reinducción dentro de la etapa de permanencia del Talento Humano,

PROCEDIMIENTO DE INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-P-019.
Acompañados con los diferentes formatos para su ejercicio.	
INDUCCION Y REINDUCCION AL CARGO	GTH-F-003.
MATRIZ ENTRENAMIENTO POR CARGO	GTH-F-064.
INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	GTH-F-004.
INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-005.
EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE INDUCCION	GTH-F-006.
VERIFICACION DE HOJAS DE VIDA	GTH-F-007.
CONTROL HISTORIA LABORAL	GTH-F-009.
ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO	GTH-F-065.

**Estado del componente presentado en el informe anterior: diciembre 2022**

**Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior: 92%**

#### **Ambiente de Control diciembre 2022**

-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-RIESGOS

- Se realizan refuerzos 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.

-Mediante la actualización del Autodiagnóstico de integridad, se determinan las brechas que persisten y sobre las cuales se establece el Plan de Acción del 2023.

-Se cuenta con un canal de comunicación denominado Escuchándote Mejoramos, 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.

-Es importante continuar con la actualización del procedimiento de administración, acorde a la Guía DAFP V 5 -2020, y se logre mitigar la brecha en el primer semestre 2023

- Brindar apoyo socio laboral y emocional (desde el ser).

-De gran Importancia Contar con mecanismos para transferir el conocimiento de los servidores que se retiran de la entidad a quienes continúan vinculados

-Es trascendental realizar la revisión constante de los documentos publicados en el aplicativo <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> con el fin de realizar los ajustes o actualización pertinente.

- Los resultados obtenidos mediante auditorías Independientes, son insumo para identificar riesgos y lograr efectividad en los controles que se establezcan en su mitigación.

## 2.EVALUACION DEL RIESGO

**El componente está presente y funcionando?:** **Sí**

**Nivel de Cumplimiento componente:** **85%**

**Estado actual: Explicación de las Fortalezas y/o Debilidades:**

### **FORTALEZAS:**

Salud Sogamoso E.S.E. ha implementado el Sistema de Gestión de Riesgo (SGR), a través de política aprobada Segun Resolución 165 DEL 2023 y divulgada a todos los P.U. Líderes de proceso, definiendo los lineamientos que componen el Sistema de Gestión, es necesario referir que se apoya en el Modelo de tres líneas.

La matriz de riesgo considera el objetivo del proceso, las causas generadoras, las posibles consecuencias, se han identificado los riesgos de gestion, riesgos de corrupción, riesgos clínicos, riesgos asistenciales,

Salud Sogamoso E.S.E. Cuenta con Gestión Basada en Procesos permite de manera clara la identificación de los procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Control junto con sus objetivos.

El proceso de planeación estratégica contempla objetivos estratégicos y objetivos a nivel de procesos misionales y de apoyo, así como objetivos de proyectos para la adecuada evaluación de sus riesgos y la definición de actividades de control.

Los objetivos estratégicos son objeto de seguimiento por la Alta Dirección a través de indicadores, para asegurar su cumplimiento. Salud Sogamoso E.S.E. continúa fortaleciendo la administración del riesgo, mediante la primera y segunda línea de defensa como administrador de la gestion del riesgo y el seguimiento de esta actividad por parte de la primera y segunda línea de defensa respectivamente.

Se cuenta con la elaboración anual del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) por parte de la Profesional U. de Planeacion Institucional que acorde a los componentes del mismo contiene las actividades de monitoreo y revisión de la gestión de riesgos de corrupción, donde el objetivo corresponde al de fortalecer la cultura de prevención, detección y respuesta ante actos ilícitos, promover acciones para la lucha contra la corrupción y mejorar la interacción entre el grupo de interés , ciudadanía en general , a través del mejoramiento de los mecanismos de atención, transparencia, y rendición de informes.

### **OPORTUNIDAD DE MEJORA**

Es necesario identificar riesgos Fiscales, de tecnología de la información, de lavado de activos y financiación del terrorismo, de conducta y etica, de cumplimiento ambiental y de terceras partes.

Así mismo se considera necesario verificar riesgos la administración de Riesgos de Terceros, que incluye las políticas, los roles y responsabilidades, y la metodología de definición de terceros críticos. Verificando la posibilidad de compartir o delegar totalmente

**DEBILIDADES: No se identificaron debilidades.**

**Estado del componente presentado en el informe anterior: Diciembre 2022**

**Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior: 82%**

#### **EVALUACION DEL RIEGO: diciembre 2022**

- La Línea Estratégica de defensa, ha logrado avances en el cumplimiento y consecución de objetivos estratégicos, enfocados a la Visión Institucional.
- 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.
- Se cuenta con Matriz de riesgo por proceso, los cuales son consolidados por parte de la P.U. Líder de Planeación en periodos cuatrimestrales; asimismo se realiza seguimiento y evaluación en mesas de trabajo con P.E. de Calidad, P.U. planeación y P.U. Control Interno.
- La Matriz de Riesgos se encuentra dentro del Software Almera. <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim>

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- 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
- Es indispensable trabajar en forma comprometida en lo correspondiente a tecnología de informática, y mantener adherencia a la resolución 1519 del 2020,
- -Es necesario continuar con la evaluación de los controles, dando cumplimiento con la Guía DAFP V5 -2020
- -Es necesario que cada P.U. 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.

### **3. ACTIVIDADES DE CONTROL**

**El componente está presente y funcionando?: Sí**

**Nivel de Cumplimiento componente: a Junio 30 del 2023 83%**

**Estado actual: Explicación de las Fortalezas y/o Debilidades:**

#### **FORTALEZAS:**



Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido lineamientos a través del Modelo de Gestión Basado en Procesos y del Modelo de Gestión Integral de Riesgos para realizar el diseño de controles manuales (automáticos) bajo criterios de adecuada segregación de funciones, mitigación adecuada de los riesgos relacionados, considerando las condiciones propias de cada proceso, los cambios en el mismo y la regulación aplicable. A través de políticas y procedimientos, Y Programa, documentadas por medio y socializadas a todos los empleados, se establecen roles, responsabilidades y el detalle de las actividades de control que deben ser ejecutadas a nivel de procesos.

Los P.U. Líderes de proceso que ejercen la función de administradores y gestores de riesgos son quienes, mediante monitorización, definen la necesidad de nuevos controles, que conlleven a los riesgos a niveles de Zona de Riesgo aceptables e imperceptible.

Se han establecido lineamientos para administración de roles y perfiles en aplicaciones corporativas, con las pautas generales para la gestión de usuarios estableciendo entre otros aspectos la elaboración de matrices de roles y perfiles por aplicación. Las matrices son administradas por las áreas dueñas de las aplicaciones corporativas y son elaborados en conjunto con el Departamento de Seguridad Informática.

En lo correspondiente a la Gestión de Calidad las actividades de control son aplicada de manera transversal a todos los procesos de la Entidad.

Para este caso de La Gestión Basada en Procesos y el Modelo de Gestión Integral (Gestión – Misional- Informática...) de Riesgos, son monitoreadas por la segunda línea de defensa, previa gestión de los riesgos por parte de los Gestores de Proceso (Primera línea de defensa).

El Departamento de Control Interno realiza evaluaciones independientes sobre el diseño y operación de los controles de acuerdo con el plan anual de actividades aprobado por el Comité Institucional de Control interno, y se determina el diseño y efectividad de las actividades de control.

Debilidades: No se identificaron debilidades.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA**

Monitorear el diseño de controles generales relevantes sobre la Tecnología de Información y controles para los riesgos de Ciberseguridad acorde a la normatividad establecida para este proceso.

Se debe definir oportunidades para los casos de lavado de activos y financiación del terrorismo, de cumplimiento, ambiental y de terceras partes), así como el Sistema de Gestión de Continuidad, permiten el establecimiento de actividades de control

**DEBILIDADES: NO se identificaron debilidades.**

**Avance final del componente: 8%**

**Estado del componente presentado en el informe anterior: Diciembre 2022**

**Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior: 75%**

## ACTIVIDADES DE CONTROL diciembre 2022

- En-el-aplicativo <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> se encuentran publicados los documentos asociados a cada proceso de la entidad; en su versión actual y versiones anteriores.
  - En la Guía de Administración de Riesgo, se contempla la valoración y diseño de controles.
  - 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
- Es Indispensable que para el 2023 se realice actualización de política y el procedimiento de administración del riesgo según la GUIA-DAFP V5-2020
  - 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 acordes en la normatividad de seguridad de la Información.
  - 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.

## 4. INFORMACION Y COMUNICACION

**El componente está presente y funcionando?:** **SÍ.**

**Nivel de Cumplimiento componente:** **a Junio 30 del 2023** **96%**

**Estado actual: Explicación de las Fortalezas y/o Debilidades:**

### FORTALEZAS:

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con política de comunicación interna, Procedimiento de Control interno, así mismo define los roles, responsabilidades y procedimientos relacionados con las solicitudes para la realización de campañas de comunicación.

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con distintos mecanismos a través de los cuales desarrolla el principio de participación ciudadana, para que los ciudadanos puedan ejercer control social y evaluación, principalmente a través del Sistema de Atención al Ciudadano STAU, a través del cual se definen, además de los canales de comunicación e interacción con los grupos de valor y grupos de interés, mejoramiento continuo, transparencia, gestión oportuna, racionalización de trámites y colaboración institucional para la gestión de derechos de petición presentados por los ciudadanos (PQRSF) (peticiones, solicitudes de información, consultas, quejas/reclamos, denuncias y Felicitaciones), así como para las denuncias de actos de corrupción por parte de los usuarios, proveedores, contratistas, empleados y, en general, cualquier ciudadano.

Se cuenta con la Ventanilla Única donde se logra la radiación de toda la información que ingresa y se expide.



Salud Sogamoso para efectos de la gestión de información pública que desarrolla entre otros, los roles y responsabilidades en la publicación y divulgación de la información pública en el sitio web de la Entidad y en los sistemas de información del Estado, los lineamientos para la publicación de información en el sitio web de la I.P.S., y el procedimiento para la actualización de los Instrumentos de Gestión de Información, todo ello, en concordancia con la Ley de Transparencia y las disposiciones de Mintic. Clasifica esta información como información pública disponible o información pública reservada o clasificada. Dentro de los Instrumentos de Gestión cuenta con un Programa de Gestión Documental - PGD, el Índice de Información Clasificada y Reservada - IICR, Registro de Activos de Información - RAI, y el Esquema de Publicación de Información - EPI.

Se cuenta con el inventario de Información pública mínima requerida por normas de transparencia. Ha establecido políticas y procedimientos relacionados con roles y responsabilidades para el cumplimiento de sus obligaciones sobre la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de los datos personales contenidos en bases de datos, así como las medidas de seguridad aplicables al tratamiento de Bases de Datos que contienen datos personales en particular con el manejo de incidentes de Seguridad de la información para proteger la información reservada y clasificada.

Dentro de los procedimientos se establecen lineamientos sobre los responsables de autorizar la publicación de contenidos en redes sociales y otros medios de divulgación, por parte de los procesos Institucionales.

Salud Sogamoso cuenta con diferentes redes sociales Institucionales, mediante las cuales se logra la comunicación con la comunidad, usuarios, grupos de valor y grupos de interés. Así mismo, cuenta con un plan de divulgación y comunicaciones que busca definir una estrategia efectiva de comunicación con el fin de lograr la comprensión e interiorización del plan estratégico por parte del talento Humano, aplicando la Política de Comunicación Interna y externa y los diferentes Medios de Divulgación.

En el primer semestre de 2023 Salud Sogamoso E.S.E. continua con la verificación y monitorea los lineamientos generales que deben cumplirse para publicar y divulgar la información pública a través medios de divulgación y comunicación, con el fin de difundir información relacionada con la actividad misional y los servicios Institucionales.

**DEBILIDADES: No se identificaron debilidades.**

**Estado del componente presentado en el informe anterior: diciembre 2022**

**Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior: 96%**

### **INFORMACION Y COMUNICACIÓN: diciembre 2022**

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con política de comunicación interna, Procedimiento de Control interno, así mismo define los roles, responsabilidades y procedimientos relacionados con las solicitudes para la realización de campañas de comunicación. Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con distintos mecanismos a través de los cuales desarrolla el principio de participación ciudadana, para que los ciudadanos puedan ejercer control social y evaluación, principalmente a través del Sistema de Atención al Ciudadano SIAU, a través del cual se definen, además de los canales de comunicación e interacción con

los grupos de valor y grupos de interés, mejoramiento continuo, transparencia, gestión oportuna, racionalización de trámites y colaboración institucional para la gestión de derechos de petición presentados por los ciudadanos (PQRSF) (peticiones, solicitudes de información, consultas, quejas/reclamos, denuncias y Felicitaciones), así como para las denuncias de actos de corrupción por parte de los usuarios, proveedores, contratistas, empleados y, en general, cualquier ciudadano.

Se cuenta con la Ventanilla Única donde se logra la radiación de toda la información que ingres y se expide.

Salud Sogamoso para efectos de la gestión de información pública que desarrolla entre otros, los roles y responsabilidades en la publicación y divulgación de la información pública en el sitio web de la Entidad y en los sistemas de información del Estado, los lineamientos para la publicación de información en el sitio web de la I.P.S. y el procedimiento para la actualización de los Instrumentos de Gestión de Información, todo ello, en concordancia con la Ley de Transparencia y las disposiciones de Mintic. Clasifica esta información como información pública disponible o información pública reservada o clasificada. Dentro de los Instrumentos de Gestión cuenta con un Programa de Gestión Documental - PGD, el Índice de Información Clasificada y Reservada - IICR, Registro de Activos de Información - RAI, y el Esquema de Publicación de Información - EPI.

**DEBILIDADES:** No se identificaron debilidades.

**Avance final del componente: 0%**

## 5. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

**El componente está presente y funcionando?:** **Sí.**

**Nivel de Cumplimiento componente:** **a Junio 30 del** **93%**

**Estado actual: Explicación de las Fortalezas y/o Debilidades:**

### **Fortalezas:**

El monitoreo del sistema de control interno de Salud Sogamoso E.S.E. se realizan evaluaciones periódicas independientes por parte de la Asesora de Control interno ante evaluaciones y ante desviaciones identificadas se establecen planes de mejoramiento acorde a las oportunidades de mejora apropiados para la mitigación de riesgos.

Los resultados de las evaluaciones, así como el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento son informados al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. También son considerados los informes de órganos externos de vigilancia, supervisión y control, y cuando aplica, ante posibles observaciones en dichos reportes son desplegadas medidas de mejora que también son objeto de seguimiento.

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el POAS del Comité de Coordinación de Control interno, el POAS de la Oficina de Control interno, Plan de Auditorías de la Oficina de Control interno, así mismo supervisa durante el año y de manera periódica su ejecución. El Comité Institucional de Coordinación de Control

Interno evalúa el funcionamiento del Sistema de Control Interno y realiza seguimiento a los compromisos adquiridos por la administración.

En el primer semestre de 2023 Salud Sogamoso E.S.E. ha fortalecido su esquema de monitoreo al sistema de control interno.

La tercera línea ha venido fortaleciendo su función de monitoreo al sistema de control interno, mediante la aplicación del enfoque basado en riesgos considerado en su planeación de trabajo anual aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, quien continúa supervisando y monitoreando el esquema de control.

**Debilidades: No se identificaron debilidades.**

**Estado del componente presentado en el informe anterior: diciembre 2022**

**Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior: 86%**

**Avance final del componente: 7%**

#### **MONITOREO Y SEGUIMIENTO: diciembre 2022**

- 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.

- 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.

- Las Responsabilidades de cada Línea de defensa se han establecido en la Política de Control Interno (actualizada en abril del 2022 Resolución 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.

- Reforzar la evaluación de información de las evaluaciones independientes, con lo cual se determina el resultado en el Sistema de Control Interno de la entidad.

- Reforzar todo lo correspondiente al monitoreo, seguimiento y evaluación de efectividad de los planes de mejora de cada proceso

**GILMA JANETH PERICO GRANADOS**  
**ASESOR CONTROL INTERNO**  
**Salud Sogamoso E.S.E.**

**ANEXOS ESCI JUNIO 30 DEL 2023**

## **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 primer semestre del 2023, la P.U. Líder de GETH, quien lidera el código de integridad, como estrategias para dar continuidad a la adherencia del mismo, ha definido en su POAS de proceso como son las actividades de monitoreo, seguimiento, medición y evaluación del talento humano, frente a la cobertura de implementación de las estrategias establecidas ante la integridad del Talento Humano, mediante lo cual se logre establecer nuevas oportunidades de mejora; todo lo cual continua articulado con 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.

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 2023 mediante las estrategias establecidas en los POAS de la vigencia se evidencia que busca afianzar la Cultura Organizacional, a través de lo cual se dé cumplimiento a los objetivos estratégicos a través del compromiso e interacción con los principios y valores institucionales, todo lo cual se articula con el programa de transformación cultural, y fortalecimiento de la disminución de conflictos de interés. <https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9951&hl=conflictos>. De otra parte se realiza seguimiento a Quejas o denuncias sobre servidores (PQRSF-Comité Ética- Comité de Convivencia), <https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9392&hl=peticiones>

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 continua de las Estrategias a partir de la promulgación del código de Integridad; mediante prácticas diarias en adopción de valores.

Se observa que a partir del diagnóstico del estado de los valores contemplados en el código de integridad y la auditoria realizada en diciembre del 2022 donde se identifican oportunidades de mejora, sobre las que se está trabajando. Adicionalmente se cuenta con un plan de trabajo que contiene un cronograma de trabajo.

#### **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, una vez desarrollado el autodiagnóstico de conflictos de interés, se Definió y aprobó en Comité de Gestión y Desempeño, según acta del día 3 de marzo del 2023 el grupo de trabajo encargado de la implementación de conflictos de interés.; grupo que inicia la ejecución del plan de acción establecido para la vigencia 2023.

Desde el proceso legal se establece el Plan de acción correspondiente a la formulación de la estrategia de conflictos de interés, se evidencia la formalización en

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod\\_formulacion/cronogramas/form\\_seguiamientoactividad.php?actividadid=2944](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiamientoactividad.php?actividadid=2944).

La oficina de Control Interno, verifica la identificación de los riesgos propios de conflictos de Como Fortaleza identificada dentro del Autodiagnóstico: Busca evitar riesgo que el Talento Humano, pueda afectar incorrectamente el desarrollo de sus deberes y responsabilidades oficiales.

Asimismo, verifica la identificación de posibles riesgos que generen en conflictos de interés y de corrupción tanto de la planta permanente, como de la planta temporal y de contratistas. Determina que conforme al programa de capacitaciones, se ha tenido como tema de relevancia Conflictos de Interés. En forma similar observa los avances de la formulación de estrategia de conflictos de interés junto con los criterios para determinar las áreas que podrían identificar conflictos de interés.

La P.U. Control Interno, ha dado inicio al seguimiento de conflictos de interés, a través de auditorías, y de verificación el SIGEP II, las declaraciones pertinentes.

### **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 da continuidad a la adherencia a la política de comunicación bajo lineamientos del reporte de información fuera de la entidad.

Desde los Procesos de Gestión Documental y de Recursos Informáticos, se continua con el monitoreo en la implementación de 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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9266&hl=DATOS%20PERSONALES>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9936&hl=DATOS%20PERSONALES>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=10062&hl=DATOS%20PERSONALES>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=10181&hl=RESERVADA>.

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**

A partir del Código de Integridad, su socialización mediante video Institucional y el seguimiento, monitoreo, verificación y evaluación de adherencia a sus componentes, se ha establecido para la vigencia 2023 un plan de Acción, liderados desde la GETH, que se encuentra en desarrollo cuyas actividades primordiales, corresponden a:

Se estableció como documento de ingreso a conformar el Talento Humano Institucional, el Certificado del Curso de Integridad, aprobado por el DAFP. Asimismo, se continua con la verificación de los certificados del curso de integridad, para el 100% de los funcionarios Institucionales.

Se continúa con el fortalecimiento de adherencia a los principios y valores Institucionales, como aporte a la integridad del Talento Humano.

De otra parte, se identificaron los riesgos de corrupción, los cuales tienen seguimiento y monitoreo permanente. Para efectos de la verificación y evaluación del cumplimiento del Plan de acción formulado por cada riesgo se realiza en periodos Cuatrimestrales

La Oficina de Control Interno, realiza verificación y análisis frente a los riesgos de corrupción, identificando la efectividad de controles establecidos por cada riesgo descrito.

Asimismo, realiza rastreo y verificación en el cumplimiento de las actividades establecidas dentro del POA de integridad.

Es necesario mencionar que se verifica la recomendación realizada desde FURAG, sobre lo cual se establece Plan de Acción para la vigencia, tomándose esto como oportunidad de mejora

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.

Según Plan Anticorrupción para la vigencia, 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

**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.**

En Salud Sogamoso E.S.E., se da continuidad a la adherencia del procedimiento 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. De la misma forma se da continuidad al Procedimiento Escuchándote Mejoramos.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=8986&hl=escuchandote>.

cuyo objetivo es el de garantizar el derecho de los colaboradores de Salud Sogamoso, para presentar PQRSF, que surjan con temas relacionados a convivencia 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. Se Verificaron las actas que soportan la apertura del buzón y su plan de acción.

**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.

Se ha mantenido adherencia a la resolución 156 del 26 de abril del 2022, manteniendo la responsabilidad por parte de cada línea de defensa, Se establecen reuniones periódicas cuatrimestralmente, y para diciembre se estableció una adicional en forma de lograr evidenciar el cierre del POAS del Comité vigencia 2023.

Como control para este Comité se cuenta con el Plan de Acción Operativo vigencia 2023, el cual tiene seguimiento periódico en Comité de Coordinación de Control Interno en periodos cuatrimestrales y seguimiento de Gestión y Desempeño Institucional. Con corte a junio se evidencia la realización de dos reuniones del Comité programadas según cuadro de programación de comités

Se continua con la observación de la comunicación asertiva y trabajo en grupo de parte de todos los conformantes de los Comités de Coordinación de Control interno y el de Gestión y Desempeño.

## **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 en los comités Institucional de Coordinación de Control Interno insiste en la responsabilidad de las líneas de defensa, toda vez que corresponde a las barreras de defensa con que cuenta la Entidad frente a posibles riesgos.

Documentalmente se encuentran a partir de la resolución 110 del 2019, posterior en la resolución 110 del 202 y posterior en la resolución 156 del 2022. Asimismo, en la resolución 342 del 2020 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 continua con el suministro de información de forma periódica, con datos y hechos que le permitan a la Alta Dirección la toma de decisiones acertadas, en todos los niveles y en todos los aspectos. Razón por la debe fluir la información en forma íntegra, oportuna, verificable, fidedigna, ..... y el reporte se realice a quien realmente la requiera con un objetivo Institucional.

La línea de reporte se realiza en forma transversal, sin tener en cuenta niveles jerárquicos. Por ello, este tipo de comunicación genera confianza dentro de la misma Institución.

Salud Sogamoso E.S.E., en lo correspondiente a las líneas de reporte, cuenta con procedimiento interno de Comunicaciones, cuyo objetivo es el de: <https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9074&hl=comunicaciones>. 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 165 de abril 2023, 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 está desarrollando El Programa de Gestión de Riesgo que permita, la identificación de amenazas en todos los ámbitos, obstáculos y oportunidades. Además de impulsar la proactividad y permita contar con una mejor oportunidad para alcanzar los objetivos estratégicos Institucionales en forma del seguimiento y control de todos los procesos.

La Oficina de Control Interno, monitorea y hace seguimiento a la actualización y Evaluación de la Política de Administración del Riesgo asimismo al desarrollo del Programa de Gestión del Riesgos, observa que realiza bajo los últimos lineamientos establecidos en la Guía No. 6 del DAFP del 2022.

### **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 165 del 2023, realizó actualización a la "Política de Administración del Riesgo" mediante la cual se describe los niveles de aceptación del riesgo, así como el tratamiento del Riesgo Residual.

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

La oficina de Control Interno, evidencia que acorde a la Política de Administración del Riesgos actualizada en abril del 2023, mediante Resolución 165; la Institución establece las causas generadoras del riesgo y posibles consecuencias, con el objetivo de formular el plan de acción con base en las oportunidades de mejora acorde al resultado del riesgo residual.

Es necesario mencionar que para efectos de la verificación de los controles se ha tenido en cuenta la Guía del DAFP V5 y v6 2020-2022,

### **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 monitoreo y seguimiento de la planeación estratégica en Salud Sogamoso E.S.E. , se realiza en forma permanente, lo cual es socializado en Comité de Gestión y Desempeño en periodos bimestrales, a través de los Informes del desarrollo de los POAS- del PAMEC-RIESGOS en periodos bimestrales, los cuales tienen seguimiento y medición a través de: [https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod\\_operativo/proyectos/control\\_proyecto.php?proyecto=261](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=261)

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 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.

#### **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 para la vigencia 2023-  
[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod\\_operativo/proyectos/control\\_proyecto.php?proyecto=258](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=258)

Es necesario mencionar que para la vigencia 2023, se documenta el plan estratégico del talento humano y actualiza la matriz acorde a las necesidades identificadas para los componentes de Transformación Cultural, capacitación, clima laboral, bienestar e incentivos, comisión de personal. Medición de desempeño laboral, rotación, inducción y reintroducción, SIGEPII, desvinculación y SGSST

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.

La Planeación estratégica se desarrolla en torno a los subprocesos del Talento Humano:

ATH - Administración de Talento Humano

DTH - Desarrollo del Talento Humano

SST - Seguridad y Salud en el Trabajo

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

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.

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 Necesidades de Personal, GTH-P-002 –



Chequeo de Documentos, Selección y Vinculación, GTH-F-086- Formato Entrevista de Retiro, GTH- G-002-Guia para el Retiro de Funcionarios. GTH-P-002 Procedimiento de Inducción y Reinducción. GTH-F-045 Seguimiento a Exámenes Operacionales.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=8939&hl=gth-f>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=8948&hl=gth-f-008>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9949&hl=inducccion>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9102&hl=examen>

#### **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, GTH-P-002 Procedimiento de Inducción y Reinducción. GTH-F-045 Seguimiento a Exámenes Operacionales.

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.**

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. Las evidencias con monitoreo y seguimiento son:

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=8945&hl=inducccion>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=8946&hl=inducccion>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9949&hl=inducccion>

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-PAMEC-RIESGOS, por proceso, el cual se realiza en periodos bimestrales

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod\\_operativo/proyectos/control\\_proyecto.php?proyecto=263](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=263)

#### **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).

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=9060&hl=GTH-PG-007>

Para el personal desvinculado en el primer semestre 2023, ha mantenido adherencia total y concreta, al programa y demás documentación Institucional y Legal

#### **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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&indicadorid=1640&option=seguimientoindicador&ruta=proceso&claseid=6071>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&indicadorid=1637&option=seguimientoindicador&ruta=proceso&claseid=6071>.

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:

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&indicadorid=1375&option=seguimientoindicador&ruta=proceso&claseid=6071>

#### **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.

La Oficina de Control Interno, verifica que Mediante la supervisión se logre Apoyar el logro de los objetivos contractuales. Velar por el cumplimiento del contrato en términos de plazos, calidades, cantidades y adecuada ejecución de los recursos del contrato.

Así mismo se logra Mantener en contacto a las partes del contrato. Evitar la generación de controversias y propender por su rápida solución.

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

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=8946&hl=seguimiento>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=8883&hl=supervision>

## **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 de estas a la Línea Estratégica, según el Plan de comunicaciones Institucional.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9059&hl=comunicaciones>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9059&hl=comunicaciones>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9074&hl=comunicaciones>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9096&hl=comunicaciones>

La oficina de control interno realiza seguimiento y monitoreo verificando el cumplimiento bimestralmente acorde a las estrategias según estándares de reporte Institucionales, teniendo en cuenta que y como debe fluir la comunicación entre las diferentes líneas estratégicas.

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 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

Los indicadores son una herramienta fundamental para realizar evaluación a la diferente información. En ese orden de ideas, la alta dirección analiza la información obtenida de los diferentes reportes y solicita mensual y trimestralmente reportes financieros de la entidad o en la medida que lo vaya requiriendo.

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.

Desde la tercera línea de defensa de la cual hace parte de la alta dirección y desde allí se hace seguimiento y se participa con voz, pero sin voto de los diferentes Comités.

Asimismo, la OCI hace seguimiento a los Costos, Gastos e Inversión de la Institución, en periodos trimestrales y se formula un Informe de Austeridad del Gasto. Con lo cual se busca que las decisiones que se tomen estén dentro de los acuerdo y políticas, de Salud Sogamoso E.S.E.

### **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 comunicación es un elemento clave en la toma de decisiones en equipos de alta dirección, toda vez que este proceso es complejo y requiere una comunicación con criterios de claridad y efectividad para lograr los mejores resultados.

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 del logro de 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 el primer semestre 2023, con lo cual se determina la participación de la Línea Estratégica y las tres líneas de defensa.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=mecanismos&option=reportereunion&reunionid=2#subtabPage1>.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=mecanismos&option=reportereunion&reunionid=1#subtabPage1>.

#### **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.**

El control público consiste en comparar en forma permanente. lo planeado versus ejecutado, con el objetivo de asegurar: El Cumplimiento de metas fijadas.

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.

#### **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 según resolución 108 de 15 de febrero del 2022 establece dentro de las funciones propias del Comité; por lo que en Comité Institucional de Coordinación de Control interno, del día 14 de febrero del 2023, en el cual se realizó aprobación del POA del comité Institucional de Coordinación de Control Interno, POA de la OCI y Plan de Auditorías de la vigencia 2023.



El seguimiento se establece en Comité Institucional de Coordinación de Control interno, Comité celebrado el día 14 de Mayo del 2023

La oficina de Control Interno, además de socializar ante el Comité Institucional de Coordinación de Control interno, inicia la implementación, en forma de dar cumplimiento a la planeación según informes presentados en gerencia acorde a los indicadores de cumplimiento.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=mecanismos&option=reportereunion&reunionid=2#subtabPage1>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=1755&ruta=proceso&claseid=6076>

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 detallados por la Alta Dirección en los diferentes Comités Como lo son el de Gestión y Desempeño, Comité de coordinación de Control Interno. Así mismo se realiza socialización a los líderes de proceso en las reuniones de cierre y socialización de auditoría.

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 2023, la Oficina de Control Interno además de elaborar informes de evaluación y seguimiento, ha dado cumplimiento con el programa de auditorías internas 2023 (evaluaciones independientes) las cuales se han basado en riesgos por proceso.

Estos informes han sido socializados ante el auditado, posterior se radico por ventanilla única a su primer cliente interno en primer lugar a la Gerente de Salud Sogamoso E.S.E. y luego se socializa a los miembros del CICCI para la toma de decisiones basada en recomendaciones y sugerencias que procuren su optimización. El cumplimiento del Plan de auditorías correspondió al 100%, planeadas para el I semestre, con un total de 15 auditorías de las cuales se evaluaron 6 procesos acorde a la criticidad del riesgo

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=1755&ruta=proceso&claseid=6076>.

## 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:

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=9038&hl=Plan%20estrategico>.

Cuyo objetivo es el de definir y formular los manuales que integran la Gestión Institucional.

Control Interno verifica que Salud Sogamoso E.S.E. ha formulado el Plan Estratégico para el cuatrienio partiendo del contexto interno y externo de la Entidad; habiendo tenido en cuenta Las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, y amenazas, en el sistema integrado de gestión de acuerdo al procedimiento GDP-P-001 FORMULACIÓN, APROBACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO Y PLAN DE GESTIÓN, aprobado por el comité de gestión y desempeño para la presentación ante la junta directiva.

De forma similar la OCI verifica que Salud Sogamoso además de contar con objetivos estratégicos (Consolidar una cultura Organizacional humanizada y segura, Prestar servicios de salud humanizados, Brindar servicios de salud enmarcados en la política de seguridad del paciente, Gestionar a los Riesgos de la Organización, Gestionar las Tecnologías Institucionales, Fortalecer la responsabilidad social organizacional, Mejorar de forma continua la Gestión Institucional de procesos y estándares superiores, Gestionar estrategias que permitan la sostenibilidad financiera de la Institución), los cuales se relacionan directamente con los elementos del direccionamiento estratégico y la gestión institucional que permiten la operación de la Entidad.

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

Salud Sogamoso articula la Administración Institucional a través de La Gestión por Procesos, los cuales parten de la caracterización; lo que permite una comprensión individualizada 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

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.

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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos#diagrama>

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=reportes&option=ver&reporte\\_id=6#](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=reportes&option=ver&reporte_id=6#)

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

La Alta Dirección a través de las reuniones periódicas del comité institucional de gestión y desempeño valora informes de gestión (POAS-PAMEC-RIESGOS) los cuales se toman como insumos para la presentación a los grupos interesados Y Grupos de valor.

Salud Sogamoso E.S.E. a través del Manual de Procesos y Procedimientos V17 de abril del 2023, y cada responsable por proceso, quienes están 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)

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).

La Oficina de Control Interno, verifica que la Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos, lo cual se determina en:

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=auditorias&option=edt\\_auditoria&auditoriaid=115#cuestionarios](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=auditorias&option=edt_auditoria&auditoriaid=115#cuestionarios).

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod\\_operativo/proyectos/control\\_proyecto.php?proyecto=162](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=162)

### **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 165 del 2023, la cual se actualiza articulando se con la Guía del DAFP V6 del 2022, mediante lo cual se proyecta la formulación del programa acorde al procedimiento de Gestión del Riesgo GDP-P-009

La Oficina de Control interno, evidencia que la Política de Administración del riesgo aplica para todos los procesos (Gestión, Clínicos, Asistenciales, Informáticos), que una vez actualizada la política y en articulación con el procedimiento GDP-P-009, SE DESARROLLA EL Programa de Gestión de Riesgos.

#### **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.

Se evidencia que, según los riesgos residuales obtenidos en diciembre del 2022, son los riesgos que conforman la Matriz de Riesgos del 2023, y se encuentra la fase de identificación de nuevos Riesgos que puedan afectar los objetivos procesales

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=riesgoinstitutional#subtabPage1>

**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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=riesgoinstitutional#subtabPage1>

**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 defectivo, previo a la materialización del riesgo. Posterior a la materialización se establecen controles de aspecto correctivo.

Los P.U. Líderes de Proceso, en caso de presentarse, identifican la materialización de riesgos informando mediante correo electrónico a la oficina de planeación quien administra el área de riesgos para hacer la revisión dentro de la matriz de riesgos la valoración de su actualización y el tratamiento a que haya lugar. Las notificaciones recibidas por las áreas se presentan en comité de riesgos.

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 defectivo. 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 formulación del programa de gestión de administración del riesgo del procedimiento de administración del riesgo es necesario que se establezca un capítulo del paso a paso en caso de materialización del riesgo y 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 actualizada 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 atentas a su monitoreo y seguimiento como mecanismo de protección. La oficina de Control Interno evalúa la efectividad de controles establecidos.

De forma similar como se explicó en el lineamiento 7 sucede con este lineamiento 8 frente a lo referido de los riesgos residuales 2022, se inició el tratamiento en el 2023, e identificación de nuevos riesgos, por cada proceso.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=riesgoinstitutional#subtabPage1>

## **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, el riesgo 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. Los resultados se socializan en periodos cuatrimestrales

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

1. Política de Administración de Riesgos. Actualizada 2023
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.

<https://saludsogamoso.gov.co/wp-content/uploads/2023/01/2.1-Plan-Anticorrupcion-y-Atencion-al-Ciudadano-2023-ok.pdf>

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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=riesgoinstitutional#s ubtabPage1>.

Según la decisión del Comité Institución de Coordinación de Control Interno en sesión del día 14 de febrero del 2023, se debe tomar para la vigencia 2023 como riesgos iniciales a los riesgos residuales 2022, priorizando los de Zona de Riesgo alta y extrema, asimismo se deben identificar otros que puedan afectar la consecución del objetivo

## **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. Según los informes de supervisión.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documetoid=8883&hl=supervision>.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documetoid=10178&hl=supervision>.

La Línea Estratégica y La Primera Línea de Defensa toma como base línea 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:

Los riesgos que puedan afectar el cumplimiento del contrato, sin embargo, es indispensable que se amplíen a situaciones particulares de cada contrato.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documetoid=8510&hl=mejora>.

### **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. 2023 con corte a junio, es realizado por parte de cada P.U. Líder de Proceso como Primera Línea de defensa, ejerciendo el autocontrol.

### **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 a la par con la Socialización del POAS, PAMEC, con lo cual se realiza evaluación por parte de la Alta dirección, en Comité de Gestion y Desempeño.

La oficina de Control Intenso, con base en la determinación tomada en Comité Institucional de Coordinación de Control interno, verifica que los Riesgos Residuales del 2022, pasaran como Riesgos Iniciales en el 2023, para ejercer su Administración en el 2023, asimismo verificar la identificación de nuevos riesgos en el 2023.

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 la segregación de funciones y evidencia el monitoreo y seguimiento a las actividades y responsabilidad de contratistas de prestación de servicios

**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 para el talento humano Institucional, lo cual conlleva a mitigar riesgos; Los P.U. Líderes de Proceso como Primera línea de defensa son quienes verifican el cumplimiento de las actividades de control.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=riesgoinstitutional#subtabPage1>.

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

Es de anotar que para el 2023 se ha realizado separación de funciones en el proceso financiero en lo pertinente al procedimiento de facturación, cartera, tesorería.

**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.**

Salud Sogamoso E.S.E., para el 2023, identifica la suficiencia de personal es acorde con las funciones. Para la presente vigencia se ha dado segregación de funciones en el proceso financiero, donde existía una oportunidad de mejora frente a la posibilidad de alguna falencia funcional. Con esta actualización de personal, se evidencia la segregación adecuada de funciones, mediante lo cual identifica efectividad en el desempeño del Talento Humano.

La Oficina de Control interno como tercera línea evalúa el establecimiento de segregación de funciones y ha evidenciado los avances frente a la contratación de personal para efectos de lograr una adecuada segregación de funciones y responsabilidades en la vigencia 2023. Situación que adquiere un seguimiento y monitoreo permanente en forma de lograr la efectividad del esfuerzo económico Empresarial.

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

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

La Oficina de Control interno demuestra que dentro de Normas Internacionales están integradas al sistema de control de la entidad, tal como se puede evidenciar en la documentación, que se basa en Normatividad de calidad, y se desprende de la ISO 31000. Se cuenta con el Modelo Integrado de planeación que integra el Sistema de Desarrollo Administrativo y la gestión de la calidad, articulado al Sistema de Control Interno dando cumplimiento al Decreto 1499 de 2017, Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Además, con el objetivo de lograr posicionarse en el 2024 como Entidad de Primer Nivel Acreditada, se continúa con el trabajo de los Estándares del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.

**Lineamiento** **11:**

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

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

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

La Oficina de Control Interno verifica que Salud Sogamoso E.S.E. desarrolla actividades de control general sobre la tecnología para apoyar el cumplimiento de los objetivos. Específicamente se evidencia la configuración Línea de seguridad en la aplicación de las bases de datos y en el sistema operativo en general, Administración de usuarios, Control de acceso.

Es necesario que el P.U. Líder de Proceso de Recursos Informáticos establezca las necesidades del proceso de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías, así mismo es indispensable 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).

Importante verificar los avances obtenidos posterior a la realización del autodiagnóstico del Política de Gobierno Digital del MIPG.

**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 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 los contratos con: proveedor del servicio CNT, proveedor de Software ENTERPRISE; P.E. del Proceso de Calidad como supervisor de Software Almera, Software Seguridad del paciente, supervisor de Software



de Consentimientos Informados; P.U. Gestión Documental como supervisor de Software Ventanilla Única; Son quienes desarrollan actividades de Control sobre las actividades realizadas por cada uno de los proveedores del servicio contratado

### **1 1.3 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 Gerencia y Seguridad de la Información, se contempla la política de seguridad, la cual establece las condiciones de confidencialidad, disponibilidad, seguridad de la información por parte de cada uno de los usuarios autorizados por los Subgerentes de la Institución. Se genera matriz Excel de seguimiento y verificación 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 y teniendo en cuenta los diferentes Manuales, procedimientos, Formatos y demás verifica el 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

- 1.La entidad realizó durante el periodo evaluado seguimiento al uso de datos abiertos publicados.
- 2.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.
- 3.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.
- 4.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 debe verificar lo pertinente en forma de lograr que en el 2023, se subsanen situaciones de informática internos y externos, incluyendo controles de los proveedores de tecnología e informática

### **Lineamiento 12:**

Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución

de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).

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

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

La Oficina de Control interno, evidencia que dentro de la actualización de los Procedimientos, Guías, Manuales Institucionales, Formatos..... es realizada en forma permanente, mediante aprobación por Junta Directiva, según se demuestra en el Manual de Procesos y procedimientos, que la última versión para esta vigencia es la Versión 21 según acuerdo No. 23 del 21 de Junio del 2023, determinando así que para primer semestre se realizan 4 actualizaciones al Manual de Procedimientos, toda vez que la última versión 2022 fue la versión 17

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

Salud Sogamoso E.S.E., a través de La política de Administración del Riesgo Actualizada, aprobado por resolución 165 de abril del 2023, Con procedimiento GDP-P-009 y la Matriz Formulación de riesgo GDP-F-040; y según acuerdo celebrado en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en el que se establece que para este primer semestre 2023, se generaría la Matriz de Riesgos iniciales, con base en los Riesgos Residuales del 2022 según criticidad de cada uno de ellos y sobre los cuales se rediseñarían controles a que hubiere lugar.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E., mediante el seguimiento monitoreo y administración de la matriz del riesgo, hace seguimiento 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. realiza el monitoreo con base en el procedimiento establecido para la administración del riesgo (GDI-P-009) 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 al cual se le efectúa monitoreo, seguimiento, medición y evaluación evidenciando oportunidades de mejora y sobre las cuales se traza un plan de acción 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 165 de abril del 2023, 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, verificación del plan de acción que conlleve a la mitigación del riesgo a través del 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 del control, partiendo del desarrollo establecido por la Guía de Administración del Riesgo del DAFP V6 2022.

#### **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 frente a su gestión 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 podrían afectar la ejecución de los controles establecidos y que podrían generar nuevos riesgos. En caso tal se debe reiniciar para lograr la toma total y actualizada.

### **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.

Como es el caso de la base de datos RIPS, del Sistema CNT, bases que se captura de la información del usuario, se procesan y se emiten informes de gestión Misional.

**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 Gestión de Incidentes de la Información; GRI-P-006, Contingencia de recursos informáticos; GRI-P-12Administracion 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 del software sobre los que se recopila información de gestión; se cuenta con el software

<https://sgi.almeraim.com/sgi/index.php?conid=sgisaludsogamosoese>,

Proceso gestión 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. Mediante los cuales se generan Informes requeridos para el desempeño Institucional.

### **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 Trámite 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.

<https://saludsogamoso.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/>

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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9170&hl=documental>.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9177&hl=documental>.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9199&hl=documental>.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9176&hl=documental>.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9175&hl=documental>.

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)

A nivel interno la entidad tiene inventarios de información en Almera (módulos de Documentación, proyectos, PAMEC, .... módulos de riesgos, 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 Comunicación externa además de las redes sociales se cuenta con la página web esta publicada el inventario de información de interés para la ciudadanía, la cual es actualizada en forma permanente.

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, consecución de objetivos Institucionales.

#### **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 transparencia; garantizando el derecho de acceso a la información, transparencia y accesibilidad, Para usuarios se cuenta con el documento consentimiento informado el cual es explicado previo a su firma.

La Oficina de Control interno para este primer semestre ha revisado y monitoreado respecto al cumplimiento de la Gestión de Recursos Informáticos

#### **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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&docuementoid=9074&hl=comunicaciones>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&docuementoid=9096&hl=comunicaciones>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&docuementoid=9059&hl=comunicaciones>



<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=9055&hl=comunicaciones>

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.

**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 desde 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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=8986&hl=escuchandote>.

Se encuentra conformado el Comité de Ética Hospitalaria <https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=bienvenida#>.  
Comité de Convivencia.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=mecanismos&option=reportereunion&reunionid=19#subtabPage1>.

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 los diferentes procesos, procedimientos, formatos y otros documentos, verifica que a través de los canales de comunicación y grupos conformados se evidencie la eficacia y eficiencia en el manejo de la denuncia anónima o no anónima, y que genere confianza hacia quienes las 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 sustenta 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 Auditoría de comunicación asertiva, GMC-P-005 Procedimiento de Comunicaciones el cual contempla Comunicación Interna, Externa, Medios de Comunicación, Componente de Comunicación Pública, 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 auditorías 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:

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=1767&ruta=proceso&claseid=6487>.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=1770&ruta=proceso&claseid=6487>.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=1279&ruta=proceso&claseid=6487>.

**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.

<https://www.saludsogamoso.gov.co/wp-content/uploads/2022/05/CARACTERIZACION-DE-USUARIOS-2021.pdf>.

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 la base 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, mediante lo cual se identifica el comprobador de derechos.

La Oficina de Control Interno, evidencia que con el objetivo de Tener información de calidad sobre sus **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, cálculo de costos, 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 dl servicio.

Se requiere que dentro de las auditorias 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 auditoria, 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 Auditoria 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 2023 se aprobó mediante acta 1 del 14 de Febrero del 2023.

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 1 de Febrero 14 del 2023. 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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=mecanismos&option=editaracta&actaid=399#planeacion>



**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 (2023) 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 2023, PAMEC Institucional 2023. Como punto de evaluación del riesgo por parte de la Oficina de Control Interno, se realiza seguimiento a todos los procesos 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 informe 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 por cada uno de ellos acorde a 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 con base en los informes de entes de control, tiene en cuenta toda vez que las evaluaciones independientes se convierten en parte de oportunidades de mejora, que coadyuvan para los organismos de control, son tenidas 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**

Acorde al procedimiento de Auditoría como Evaluación Independiente, cuyo resultado se entrega a la Alta Gerencia para la toma de decisiones a que haya lugar.

Se solicita la formulación del plan de mejora, que da respuesta a la oportunidad de mejora identificada; con lo cual se busca que el proceso auditado logre la mejora que coadyuve al objetivo procesal y a la Misión Institucional.

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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&indicadorid=1348&opcion=seguimientoindicador&ruta=proceso&claseid=6076>.

### **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**

Los Informes allegados por parte de Entes externos la evaluación independiente que adelanta la Oficina de Control Interno, evidencia que Una vez se reciben los informes de evaluación independiente de entes externos. De ser requerido la entidad suscribe el plan de mejoramiento en donde se define el plan 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 P.U. de 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 servicio tercer izados, 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 previsibles 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.

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento\\_id=8883&proceso\\_asociar\\_id=6081](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento_id=8883&proceso_asociar_id=6081).

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=procesos&option=verproceso&proceso\\_id=6081#](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=procesos&option=verproceso&proceso_id=6081#).

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento\\_id=10175&proceso\\_asociar\\_id=6081](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento_id=10175&proceso_asociar_id=6081).

#### **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.

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento\\_id=9392&hl=peticiones](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento_id=9392&hl=peticiones).

Realiza monitoreo, seguimiento a las PQRSF, por parte de la profesional de SIAU, Planeación, Jurídica; con base en el cual la oficina de Control interno en periodos semestrales, realiza evaluación consolidada de los 6 meses correspondientes.

Sobre esta evaluación se emite informe, que se publica en la página WEB Institucional. Asimismo, se consolidan las PQRSF que se puedan generar de la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios en forma diaria y se consolida mensualmente siendo estos resultados publicados en la Página web botón transparencia sección satisfacción del usuario.

[https://www.saludsogamoso.gov.co/?page\\_id=11369](https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=11369).

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 Tramite 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 – PQRSDf a través de los canales de atención al ciudadano establecidos por la Entidad, teniendo en cuenta lo establecido por la Ley 1755 de 2015.

[https://www.saludsogamoso.gov.co/?page\\_id=11369](https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=11369).

### **17.7 Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª 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>}<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=1348&ruta=proceso&claseid=6076>}.  
}

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

Las deficiencias que se puedan encontrar en control interno, se debaten en el Comité Institucional de Coordinación de control Interno, en donde se revisa por parte de todos los líderes y se plantea un plan de acción como oportunidad de mejora para el o los procesos que deban intervenir en el mismo.

Las deficiencias del Sistema de Control Interno se reportan a los responsables de nivel jerárquico superior para tomar las acciones correspondientes



La Oficina de Control Interno, es quien está frente al liderazgo del cumplimiento de la oportunidad de mejora junto a la línea estratégica de control interno (todos los líderes en articulación con la Gerencia)



**GILMA JANETH PERICO GRANADOS**  
**ASESOR CONTROL INTERNO**  
**Salud Sogamoso E.S.E.**