

**Salu**

2025GCI-02

Sogamoso febrero 2 del 2025

Jefe

**JAIME VARGAS SALAMANCA**

Gerente

Salud Sogamoso

**REF: Informe de Evaluación del Sistema de Control interno 2024**

**Respetado Jefe:**

Por medio del presente, me permito hacer entrega de Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno, con corte Diciembre 2024.

Dando cumplimiento a funciones asignadas en la Ley 87 de 1993, atendiendo lo establecido en el artículo 156 del Decreto Nacional 2106 de 2019. El artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedará así:

**"ARTÍCULO 14. Reportes del responsable de control interno.**

El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública.

El informe adjunto contiene los anexos de pregunta a pregunta, en caso de querer revisar una a una.

**Atento Saludo,**

  
**GILMA JANETH PERICO GRANADOS**

Oficina Control Interno

**Salud Sogamoso E.S.E.**



**Salud Sogamoso E.S.E.**

**INFORME DE EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DICIEMBRE 31 2024**

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

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

EN PROCESO, todos los componentes del MECI están operando de manera integrada, se observa que algunos elementos de control se encuentran en diferente nivel de desarrollo lo cual a pesar que se observa algún mejoramiento con corte a diciembre 2024, aún falta identificación de varios procesos y procedimientos. Fortalecer lo pertinente a Riesgos y los controles a los mismos.

De forma similar se debe realizar mayores esfuerzos en aquellos criterios que se encuentran con calificación deficiencia de control en su diseño y/o ejecución

Así mismo, se observó que, al interior de Salud Sogamoso E.S.E., estos componentes operan transversalmente, y que en conjunto con el modelo de tres líneas implementado más la Línea Estratégica Institucional, permiten el control de riesgos a los que se encuentra expuesto para el logro de sus objetivos

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

EN PROCESO, una vez definida la Política de Control Interno, en la cual se tiene en cuenta los objetivos Estratégicos Institucionales y se observan los conformantes de las líneas de defensa, así como las responsabilidades que conllevan al desarrollo de la Misión Institucional enfocados en el logro de la Visión establecida, mediante la consecución de los Objetivos estratégicos Institucionales; sin embargo es necesario retomar la adherencia de los Procesos, procedimientos, guías, protocolos, actividades que conforman el Sistema Interno formulado para el logro de los objetivos institucionales.

Es importante no perder de vista que para el empalme de primer semestre con el segundo se materializaron dos riesgos (tecnológico y financiero), los cuales deben tenerse en el radar para establecer controles que contengan efectividad en el desarrollo del plan de acción. Lo cual se realiza con base en la evaluación independiente realizada atendiendo al formato e instrucciones dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la evaluación del sistema de control interno, y 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 Institucional.



## Salud Sogamoso E.S.E.

Es de gran importancia que la Línea Estratégica mantenga adherencia y empoderamiento en cumplimiento de los procesos y Procedimientos del Sistema de Control interno Institucional

**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**

SI Para fortalecer la Institucionalidad se hace necesario que las 4 líneas defensa encabezadas por la línea estratégica y Comité Institucional de Gestión y Desempeño logren el cumplimiento de las funciones complementarias y participación de los mismos integrantes.

Se ha determinado efectividad en los controles y responsabilidad de cada línea de defensa y particularmente la 2a línea quienes han fortalecido los controles de su competencia, lo que conlleva a la toma de decisiones con información, que contribuye a la mejora de la gestión y el logro de la Misión y Objetivos Estratégicos Institucionales.

En cumplimiento de la obligación legal que le asiste a las líneas de defensa Institucionales, se presentan los resultados por cada componente del sistema de Control Interno referido, indicando sus fortalezas y las oportunidades para la mejora; **resultados que se considera pertinente sean objeto de seguimiento de la Primera línea de Defensa y alta dirección en las instancias correspondientes**

### 1. COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

**El Componente está Presente y Funcionando**

**EN PROCESO**

**Nivel-de-Cumplimiento-diciembre-del-2024-**

**67%**

Este componente mostró 2% puntos porcentuales de mejoramientos con respecto a la evaluación del semestre anterior.

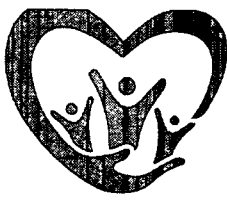
**Estado actual: Explicación de las Fortalezas y/o Debilidades:**

#### **FORTALEZAS:**

- Mediante la actualización de los mecanismos se busca su aplicación en forma efectiva para ejercer una adecuada supervisión del SCI.
- Se cuenta con planeación estratégica y política de gestión del riesgo actualizada, así mismo se cuenta con los elementos para dar continuidad al seguimiento al cumplimiento.
- Se finalizó la Etapa de Gestión del Riesgo, sin embargo, no fue posible realizar la auditoría de evaluación de efectividad de los controles, la cual se prioriza para la vigencia 2025

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO:**

1. Reforzar las directrices y acciones relacionadas con la Política de integridad y conflicto



## Salud Sogamoso E.S.E.

de Intereses, enfocado en los criterios 1.1. Elementos de control (1,1 – 1.2- 1-5).

2. Reforzar adherencia y cumplimiento de controles establecidos en lo pertinente al tiempo de respuesta en el procedimiento de ventanilla única, toda vez que persisten las inoportunidades e in-adherencia al procedimiento de ventanilla única

3. Fortalecer lineamientos respecto a líneas de reporte Elementos de Control 2.3

4. Verificar directrices en cuanto a:

a) Planeación estratégica lineamientos 3.3.

b). Planeación Estratégica del Talento Humano reforzando criterios 4.1-4.2-4.3-4.4-4.6

c). En lo pertinente a la Comunicación e Información se debe reforzar lo apto a criterios:

Líneas de reporte: 5.1-5.2-5.3-5.6

En lo pertinente a productos de contratistas se debe realizar Identificación, particular y general de Riesgos acorde al Programa documentado, dando cumplimiento total a la matriz de Riesgos: Verificar el criterio 4.7

### 2.EVALUACION DEL RIESGO

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

**EN PROCESO**

**Nivel de Cumplimiento componente:**

**71%**

Este componente mostró 3 puntos porcentuales menos con respecto a la evaluación del semestre anterior.

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

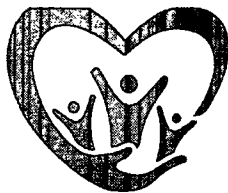
#### **FORTALEZAS**

-Salud Sogamoso E.S.E. ha implementado el Sistema de Gestión de Riesgo (SGR), a través de actualización de la política aprobada Según Resolución 165 DEL 2023, socializada con 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 de defensa.

Así mismo documento e implemento el Programa de Gestión del Riesgo, identificando riesgos y desarrolló del plan de acción pertinente.

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

-Se cuenta con la elaboración anual del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) el cual contiene 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 los grupos de interés, grupos de valor y ciudadanía en general; a través del mejoramiento de los mecanismos de atención, transparencia, y rendición de informes.



## Salud Sogamoso E.S.E.

-Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con 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.

-Asimismo, Salud Sogamoso ha establecido sus objetivos estratégicos los que son objeto de seguimiento por la Alta Dirección a través de indicadores, para asegurar su cumplimiento.

### OPORTUNIDADES DE MEJORA

-Verificación y Evaluación de efectividad de controles establecidos para la mitigación de los riesgos inherentes

-Se hace necesario que los supervisores de contratación realicen gestión de los riesgos particulares que puedan afectar el objeto contractual, que incluso pudiese desencadenar una menor calidad en la prestación del servicio afectando de forma directa las finanzas institucionales.

-Se debe reforzar el monitoreo a factores internos y externos, a fin de establecer cambios en el entorno que determine nuevos riesgos y/o ajustes a los existentes

### 3. ACTIVIDADES DE CONTROL

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

**Nivel de Cumplimiento componente: a Junio del 2024** **63%**

Este componente no registra variación porcentual en la calificación con el del semestre anterior.

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

##### FORTALEZAS:

-Se ha dado continuidad a las actividades de control de los riesgos identificados en la matriz de riesgos del 2024; tales como definición de las líneas de defensa, concretando responsabilidades para los conformantes de cada una de ellas.

Se cuenta con herramientas como el programa de riesgos, Formatos, Matriz de Riesgos, que ayuda a garantizar la gestión del riesgo; a partir de su identificación hasta la mitigación (Gestión), mediante lo cual se busca cumplimiento del objetivo, enfocado al cumplimiento del plan de acción formulado.

-Salud Sogamoso E.S.E. opera con el modelo de líneas de defensa definido en su Política de Gestión del Riesgo en el que se establecen los roles, responsabilidades y funciones de las líneas de defensa.

-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



## Salud Sogamoso E.S.E.

manuales, 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.

] - 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.

- 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, determinando efectividad de las actividades de control.

Debilidades: No se identificaron debilidades.

### OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Se hace necesario establecer lineamientos e identificar los riesgos que se puedan derivar de la adquisición del servicio de software y sus actualizaciones, para lograr adecuada gestión por parte de los P.U. Líderes de proceso como primera línea de defensa.

- 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.

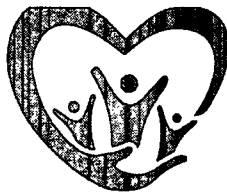
- Se debe definir oportunidades para los casos de lavado de activos y financiación del terrorismo, de cumplimiento, ambiental y de terceras partes), dando cumplimiento a la circular cuyo objetivo es el de gestionar la administración del Riesgo de Corrupción, opacidad y Fraude (SICOF) y SARLAF, según circular Externa 2021170000005-5 DE 2021

### DEBILIDADES

Se cuenta con elementos de infraestructura Tecnológica a los que les falta la articulación y formulación del esquema apropiado para la Entidad.

- Con base en el formulario FURAG 2023 diligenciado en el 2024, se observa que se tiene como oportunidad de mejora es el de desarrollar el Modelo de Gestión de proyectos de la TI, el cual consta de 3 elementos que son: el de seleccionar los artefactos necesarios, elaborarla arquitectura, y actualizar el repositorio

1. Verificar y asegurar que los proveedores y contratistas de la entidad cumplan con las políticas de ciberseguridad internas.
2. Realizar análisis de vulnerabilidades para Portal Web, Sede electrónica y Servicios expuestos en Internet
3. Implementar en la entidad el plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información.



## Salud Sogamoso E.S.E.

4. Identificar, aprobar, implementar un proceso de valoración mediante un proceso de mejora continua los riesgos de seguridad y privacidad de la información de la entidad.
5. Identificar y gestionar los posibles riesgos de seguridad digital (Ciberseguridad) de sus infraestructuras.
6. Establecer, documentar e implementar un procedimiento para la gestión de incidentes de seguridad digital (Ciberseguridad) que incluya la notificación a las autoridades pertinentes (CSIRT Gobierno / COLCERT)

### 4. INFORMACION Y COMUNICACION

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

Nivel de Cumplimiento componente: **a Diciembre del 2024** **93%**

Este componente Registra 3 puntos porcentuales menos que el semestre anterior.

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

##### FORTALEZAS:

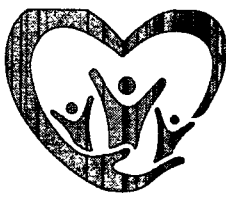
La Entidad dispone de información confiable y segura para la prestación del servicio y el cumplimiento de las responsabilidades de control interno y toma de decisiones. Se cuenta con algunos mecanismos claros y documentados que permiten una adecuada comunicación, tanto interna como externa.

Se cuenta con políticas y lineamientos que permiten asegurar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información. El botón de transparencia que se encuentra en la página web institucional ofrece información confiable y suficiente en pro de la transparencia de la gestión institucional.

La Entidad recibe y notifica a través del procedimiento Escuchándote Mejoramos que corresponde al buzón de PQRSF para Talento Humano organizacional., mediante el cual se reciben denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y para este fin, se cuenta con el Sistema de Gestión Documental, Procedimientos y canales de atención presencial, Telefónica y virtual. Se han establecido varios medios que permiten la comunicación interna y externa efectiva, como son: (Procedimiento de Ventanilla Única, Intranet, Cartelera Pagina Web, Café con Gerencia, redes sociales, publicaciones página web)

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con política de comunicación interna, Se define los roles, responsabilidades y procedimientos relacionados con las solicitudes para la realización de campañas de comunicación, Se cuenta con PE-GQL-P-014 Procedimiento Gestión y Desarrollo de la adecuada **comunicación** entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

ASÍ MISMO SALUD SOGAMOSO E.S.E. CUENTA CON DISTINTOS MECANISMOS A TRAVÉS DE LOS CUALES DESARROLLA EL PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA, PARA QUE LA COMUNIDAD PUEDA EJERCER CONTROL SOCIAL Y EVALUACIÓN, PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO SIAU, GTH-P-013 PROCEDIMIENTO COMUNICACIÓN, **PARTICIPACIÓN**. CONSULTA



## Salud Sogamoso E.S.E.

Y MOTIVACIÓN. SE ESTABLECIÓ LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN NO. 171 DEL 2023 Y SE FORMULA EL PLAN DE PARTICIPACIÓN POR CADA VIGENCIA INTEGRADA POR EJES Y CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD.

Se definen 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 ingrese y se expide.

Se cuenta con el inventario de Información pública mínima requerida por normas de transparencia, 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.

### DEBILIDADES:

Se hace necesario tener en cuenta todo lo correspondiente a los canales de denuncia comunicación interna, toda vez que para la vigencia 2024, no función en forma apropiada

### 5. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

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

Nivel de Cumplimiento componente: a **Diciembre 31 del 2024** **82%**

Este componente Registra una disminución porcentual de 11 puntos con respecto al semestre anterior.

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

#### Fortalezas:

Salud Sogamoso E.S.E. Estableció el Esquema de las líneas de defensa definido en la Política de Gestión de riesgos, cuenta con la articulación entre el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para realizar el seguimiento y la toma de decisiones frente al control.

Se realizan actividades de seguimiento por parte de la segunda línea de defensa (líderes de proceso), se documenta a través de informes y reportes de seguimiento orientados a





## Salud Sogamoso E.S.E.

Incorporar acciones para la mejora en los diferentes procesos de la Entidad Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de la tercera línea de defensa

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.

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.**

### **OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA EL 2025**

**Se debe realizar** evaluación trimestral sobre el avance, cumplimiento y eficacia del Plan de Mejoramiento institucional (incluyendo todas las fuentes de evaluación internas y externas), con retroalimentación a los responsables, por parte del P.U. Líder de proceso, a través de una herramienta dentro del aplicativo del Sistema Integrado de Gestión.

1. Verificar, por parte del jefe de control interno, la ejecución de las políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano aplicadas por la entidad, en cuanto al despliegue de acciones en materia de integridad pública en el PETH.

2. Verificar, por parte de la alta dirección y/o el comité institucional de coordinación de control interno, de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias, que la entidad de cumplimiento del plan estratégico de talento humano acorde al Decreto 2011 de 2017 para el acceso al empleo público de personas con discapacidad.

Por parte de talento Humano – Gestión Contractual y Control Interno Verificar el cumplimiento sobre la información que debe ser reportada en el Aplicativo por la integridad Pública en aplicación del Decreto 830 de 2021, sobre Personas Expuestas



## Salud Sogamoso E.S.E.

Políticamente – PEP por la entidad, bajo el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico).

4. Tramitar las denuncias a través de los diferentes canales ante los entes de control y/o autoridades respectivas, en caso de que se requiera.
5. Tramitar internamente las denuncias o quejas presentadas por los servidores públicos de la entidad.
6. Solicitar a quien corresponda Documentar, socializar e implementar en la entidad el plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información.
7. Generar, por parte del jefe de control interno, alertas o recomendaciones con alcance preventivo en relación con la ausencia o inoperancia del protocolo o procedimiento interno para la gestión preventiva de conflictos de interés.
8. Generar, por parte del jefe de control interno, alertas o recomendaciones con alcance preventivo en relación con Incumplimientos o retrasos que afectan la defensa jurídica y prevención del daño antijurídico
09. Generar, por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, alertas o recomendaciones con alcance preventivo en relación con incumplimientos o fallas en los procedimientos que afectan las gestiones contractuales
10. Generar, por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, alertas o recomendaciones con alcance preventivo en relación con incumplimientos o fallas en los procedimientos que afectan la prestación del servicio o atención al ciudadano.
11. Generar, por parte del jefe de control interno recomendaciones con alcance preventivo en relación con incumplimientos o fallas en los procedimientos que afectan la gestión financiera (presupuestal, contable, de tesorería e informes financieros).
12. Generar, por parte del jefe de control interno recomendaciones con alcance preventivo en relación con el incumplimientos o retrasos frente a las acciones implementadas para la prevención del fraude, la corrupción, en lavado de activos y financiación del terrorismo
13. Garantizar la anonimidad del peticionario o denunciante, frente a la recepción de denuncias a través de los diferentes canales de la entidad.
14. Formular una estrategia y cronograma de trabajo para adoptar la política de integridad en la entidad. Talento Humano
16. Evaluar, por parte de la alta dirección y/o el comité institucional de coordinación de control interno; de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias, el desempeño de todos los servidores de la entidad (de acuerdo con el sistema y formatos previstos para tal fin).
18. Evaluar, a partir del ejercicio de las funciones, roles y competencias del jefe de control



## Salud Sogamoso E.S.E.

interno, la estrategia establecida para la apropiación del código de integridad o el documento que haga sus veces en la entidad. OCI

19. Evaluar los niveles de satisfacción de los grupos de valor o de interés y ciudadanía en general, con los canales de comunicación a través de los cuales se les brinda la información. SIAU

20. Evaluar el nivel de satisfacción de los grupos de valor o de interés y ciudadanía en general de la información externa disponible en el sitio web de la entidad. Comunicación

21. Evaluar el nivel de apropiación de los valores del código de Integridad en los servidores públicos y contratistas GETH-CONTRATACION- OCI

22. Estructurar el informe ejecutivo de resultado de las auditorías, para facilitar la comunicación de resultados y su publicación en página web. OCI

23. Establecer en el mapa de riesgos, los riesgos relacionados con seguridad y salud en el trabajo (de acuerdo con el proceso aplicable). SSST

24. Establecer convenios, acuerdos o esquemas de trabajo colaborativo para fortalecer el conocimiento de los servidores de la entidad GETH

26. En la etapa de ejecución de la auditoría, proporcionar al auditado la carta de compromiso, detallando la naturaleza y extensión de la auditoría, las responsabilidades del auditor y la fecha estimada de entrega del informe final OCI IMPORTANTE PARA AHORA MISMO

27. En la etapa de ejecución de la auditoría, firmar la carta de representación, confirmando la veracidad, calidad y puntualidad en la provisión de información por parte del auditado, CUAL ES ð

28. Elaborar el plan operacional de seguridad y privacidad de la información de la entidad, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlo y actualizarlo mediante un proceso de mejora continua. RI

31. Analizar la orientación estratégica de la entidad, por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, y advertir a la alta dirección de manera oportuna sobre modificaciones presentes o futuras que podrían impactar en el logro de los objetivos de la entidad. OCI

32. Adelantar acciones que permitan evaluar los instrumentos para la gestión de conflictos de interés, entre las cuales se encuentran: Los análisis de las declaraciones de conflictos de intereses, impedimentos y recusaciones como insumo para mejorar el protocolo o procedimiento establecido. OCI

30. Analizar los eventos (materializaciones del riesgo) teniendo en cuenta la información a partir de los servicios internos de soporte (mesa de trabajo) en materia de tecnología. OCI



## Salud Sogamoso E.S.E.

Contar con inventario de riesgos materializados como herramienta para la gestión del riesgo en la entidad.

### CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, el Sistema de Control Interno presenta Estancamiento en el consolidado de la evaluación según ESCI; la calificación se basa en las evidencias presentadas por los procesos y lo descrito en cada componente; determinando que para el primer semestre 2024, se redujo la calificación de una forma importante en el 15% comprada con el obtenido en diciembre del 2023 y para el segundo semestre 2024 se redujo en otro punto más es decir un total de disminución vigencia 2024 del 16%, que podría adjudicarse a la Transición Gubernamental y el continuo cambio de P.U. Líderes de Proceso (Subgerente Administrativo-Financiero, Gestión estratégica del Talento Humano).

Para restablecer la tendencia positiva en la evaluación de los controles, se hace necesario reforzar el compromiso que logre efectividad en aquellos que se establezcan para controlar los riesgos, aunados con las fortalezas que se identifican en este informe.

Para el caso de oportunidades de mejora y debilidades, debe formularse plan de mejora, donde las actividades se vayan realizando junto al desempeño diario por cada servidor. Los planes documentados y ejecutados serán objeto de seguimiento y evaluación por parte del proceso evaluación control y mejoramiento durante la verificación vigencia 2025.

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



Salud Sogamoso E.S.E.

ANEXOS ESCI DICIEMBRE 31 DEL 2024

Desarrollo de matriz ESCI corte Diciembre 31 del 2024

Nombre de la Entidad Periodo Evaluado		SALUD SOGAMOSO E.S.E.			
Vigencia		VIGENCIA A DICIEMBRE del 2024			
Estado del sistema de Control Interno de la entidad		75%			
<p><b>Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno</b></p> <p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si/ en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p> <p><b>proceso</b> Los componentes del MECI están operando de manera integrada, se observa que algunos elementos de control se encuentran en diferente nivel de desarrollo lo cual a pesar que se observa algún mejoramiento con corte a diciembre 2024, aún falta identificación de varios procesos y procedimientos. Fortalecer lo pertinente a riesgos y los controles a los mismos. De forma similar se debe realizar mayores esfuerzos en aquellos criterios que se encuentran con calificación deficiente de control en su diseño y/o ejecución. Así mismo, se observó que, al interior de Salud Sogamoso E.S.E., estos componentes operan transversalmente, y que en conjunto con el modelo de tres líneas implementado más la Línea Estratégica Institucional, permiten el control de riesgos a los que se encuentra expuesto para el logro de sus objetivos.</p> <p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p> <p><b>En proceso</b> En PROCESO, una vez definida la Política de Control Interno, en la cual se tiene en cuenta los objetivos Estratégicos Institucionales y se observan los conformantes de las líneas de defensa, así como las responsabilidades que conllevan al desarrollo de la Misión Institucional enfocados en el logro de la Visión establecida, mediante la consecución de los Objetivos estratégicos institucionales; sin embargo es necesario retomar la adherencia de los Procesos, procedimientos, guías, protocolos, actividades que conforman el Sistema Interno formulado para el logro de los objetivos institucionales. Es importante no perder de vista que para el empalme de primer semestre con el segundo se materializaron dos riesgos (tecnológico y financiero), los cuales deben tenerse en el radar para establecer controles que conllevan efectividad en el desarrollo del plan de acción. Lo cual se realiza con base en la evaluación independiente realizada atendiendo al formato e instrucciones dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la evaluación del sistema de control interno, y a lo dispuesto en su Circular Externa 100-006 del 2019 así como el Artículo 156 del Decreto 2106 de 2019. No se identificaron fallos de control que pudieran tener algún impacto en el sistema de control interno Institucional. Es de gran importancia que la Línea Estratégica mantenga adherencia y empoderamiento en cumplimiento de los procesos y Procedimientos del Sistema de Control Interno Institucional.</p> <p>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una Institucionalidad (líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):</p> <p><b>SI</b> Si Para fortalecer la institucionalidad se hace necesario que las 4 líneas de defensa encabezadas por la línea estratégica y Comité Institucional de Gestión y Desempeño logren el cumplimiento de las funciones complementarias y participación de los mismos integrantes. Se ha determinado efectividad en los controles y responsabilidad de cada línea de defensa y particularmente la 2a línea quienes han fortalecido los controles de su competencia, lo que conlleva a la toma de decisiones con información, que contribuye a la mejora de la gestión y el logro de la Misión y Objetivos Estratégicos Institucionales. En cumplimiento de la obligación legal que le asiste a las líneas de defensa institucionales, se presentan los resultados por cada componente del sistema de Control Interno referido, indicando sus fortalezas y las oportunidades para la mejora; resultados que se considera pertinente sean objeto de seguimiento de la Primera línea de Defensa y alta dirección en las instancias correspondientes.</p>					
Componente	¿El componente está presente y	Nivel de Cumplimiento con los componentes	Fortalezas, Oportunidades de Mejora y Riesgos	Nivel de Cumplimiento o Componente presentado	Estado del cumplimiento
Ambiente de control	SI	75%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mediante la actualización de los mecanismos se busca su aplicación en forma efectiva para ejercer una adecuada supervisión del SCI</li> <li>-La planeación estratégica y política de gestión del riesgo actualizada cuenta con los elementos para dar continuidad al seguimiento al cumplimiento.</li> <li>-Se finalizó la Etapa de Gestión de Riesgo, sin embargo no fue posible realizar la auditoría de evaluación de efectividad de los controles</li> </ul> <p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar las directrices y acciones relacionadas con la Política de integridad y conflicto de intereses, enfocados en los criterios 1.1, Bienes de control: (1.1 - 1.2- 1-5).</li> <li>2. Se dé cumplimiento a controles establecidos del tiempo de respuesta en el procedimiento de ventanilla única, toda vez que persisten las inportunidades e in-adherencia al procedimiento de ventanilla única</li> <li>3. Reforzar lineamientos respecto a líneas de reporte Bienes de Control 2.3</li> <li>4. Verificar directrices en cuanto a Planeación estratégica lineamientos 3.3</li> <li>5. Planeación Estratégica del Talento Humano reforzando criterios 4.1-4.2-4.3-4.4-4.6</li> <li>6. En lo pertinente a la Comunicación e Información se debe reforzar lo pertinente a criterios: Líneas de reporte: 5.1-5.2-5.3-5.6</li> </ol>	55%	2%
Ambiente de riesgo	SI	75%	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Salud Sogamoso E.S.E. ha implementado el Sistema de Gestión de Riesgo (SGR), a través de actualización de la política aprobada Según Resolución 165 DEL 2023, socializada con 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 de defensa.</li> </ul> <p>Así mismo documento e implemento el Programa de Gestión del Riesgo, identificando riesgos y desarrolló del plan de acción pertinente.</p> <p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificación y Evaluación de efectividad de controles establecidos para la mitigación de los riesgos inherentes</li> <li>-Se hace necesario que los supervisores de contratación realicen gestión de los riesgos particulares que puedan afectar el objeto contractual, que incluso pudiese desencadenar una menor calidad en la prestación del servicio afectando de forma directa las finanzas institucionales.</li> <li>-Se debe reforzar el monitoreo a factores internos y externos, a fin de establecer cambios en el entorno que determine nuevos riesgos y/o ajustes a los existentes</li> </ul>	74%	3%



# Salud Sogamoso E.S.E.

Actividades de control	SI	43%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se ha dado continuidad a las actividades de control de los riesgos identificados en la matriz de riesgos del 2024; concretando responsabilidades para los conformantes de cada una de ellas.</li> <li>-Salud Sogamoso E.S.E. opera con el modelo de líneas de defensa definido en su Política de Gestión del Riesgo en el que se establecen los roles, responsabilidades y funciones de las líneas de defensa.</li> <li>-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.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>Se cuenta con elementos de infraestructura Tecnológica a los que les falta la articulación y formulación del esquema apropiado para la Entidad.</p> <p>-Con base en el formulario FURAG 2023 diligenciado en el 2024, se observa que se tiene como oportunidad de mejora es el de desarrollar el Modelo de Gestión de proyectos de la TI, el cual consta de 3 elementos que son: el de seleccionar los artefactos necesarios, elaborar arquitectura, y actualizar el repositorio</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar y asegurar que los proveedores y contratistas de la entidad cumplan con las políticas de ciberseguridad internas.</li> <li>2. Realizar análisis de vulnerabilidades para Portal Web, Sede electrónica y Servicios expuestos en internet</li> <li>3. Implementar en la entidad el plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información.</li> <li>4. Identificar, aprobar, implementar un proceso de valoración mediante un proceso de mejora continua los riesgos de seguridad y privacidad de la información de la entidad.</li> <li>5. Identificar y gestionar los posibles riesgos de seguridad digital (Ciberseguridad) de sus infraestructuras.</li> <li>6. Establecer, documentar e implementar un procedimiento para la gestión de incidentes de seguridad digital (Ciberseguridad) que incluya la notificación a las autoridades pertinentes (CSIRT Gobierno / COI, CERT)</li> </ol>	63%	0%
Información y comunicación	SI		<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <p>La Entidad dispone de información confiable y segura para la prestación del servicio y el cumplimiento de las responsabilidades de control interno y toma de decisiones. Se cuenta con algunos mecanismos claros y documentados que permiten una adecuada comunicación, tanto interna como externa.</p> <p>Se cuenta con políticas y lineamientos que permiten asegurar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información. El botón de transparencia que se encuentra en la página web institucional ofrece información confiable y suficiente en pro de la transparencia de la gestión institucional.</p> <p>La Entidad recibe y notifica a través del procedimiento Escuchádonde Mejoramos que corresponde al buzón de PQRSF para Talento Humano organizacional, mediante el cual se reciben denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y para este fin, se cuenta con el Sistema de Gestión Documental, Procedimientos y canales de atención presencial, telefónica y virtual. Se han establecido varios medios que permiten la comunicación interna y externa efectiva, como son: (Procedimiento de Ventanilla Única, Intranet, Carteras Página Web, Café con Gerencia, redes sociales, publicaciones página web)</p> <p>ASÍ MISMO SALUD SOGAMOSO E.S.E. CUENTA CON DISTINTOS MECANISMOS A TRAVÉS DE LOS CUALES DESARROLLA EL PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA, PARA QUE LA COMUNIDAD PUEDA EJERCER CONTROL SOCIAL Y EVALUACIÓN, PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A CIUDADANO SIAU, GTH-P-013 PROCEDIMIENTO COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN, CONSULTA Y MOTIVACIÓN. SE ESTABLECIÓ LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN N.º 171 DEL 2023 Y SE FORMULÓ EL PLAN DE PARTICIPACIÓN POR CADA VIGENCIA INTEGRADA POR EJES Y CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> Se hace necesario tener en cuenta todo lo correspondiente a los canales de denuncia comunicación interna, toda vez que para la vigencia 2024, no función en forma apropiada</p>	63%	-4%
Monitoreo	SI		<p>Salud Sogamoso E.S.E. Estableció el Esquema de las líneas de defensa definido en la Política de Gestión de riesgos, cuenta con la articulación entre el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para realizar el seguimiento y la toma de decisiones frente al control.</p> <p><b>OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA EL 2025</b></p> <p>Se debe realizar evaluación trimestral sobre el avance, cumplimiento y eficacia del Plan de Mejoramiento institucional (Incluyendo todas las fuentes de evaluación internas y externas), con retroalimentación a los responsables, por parte del P.U. Líder de proceso, a través de una herramienta dentro del aplicativo del Sistema Integrado de Gestión.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar, por parte del jefe de control interno, la ejecución de las políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano aplicadas por la entidad, en cuanto a despliegue de acciones en materia de integridad pública en el PETH.</li> <li>2. Verificar, por parte de la alta dirección y/o el comité institucional de coordinación de control interno, de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias, que la entidad de cumplimiento del plan estratégico de talento humano acorde al Decreto 2011 de 2017 para el acceso al empleo público de personas con discapacidad.</li> </ol> <p>Por parte de talento Humano – Gestión Contractual y Control Interno Verificar el cumplimiento sobre la información que debe ser reportada en el aplicativo por la Integridad Pública en aplicación del Decreto 830 de 2021, sobre Personas Expuestas Políticamente – PEP por la entidad, bajo el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico). 6. Solicitar a quien corresponda Documentar, socializar e implementar en la entidad el plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Generar, por parte del jefe de control interno, alertas o recomendaciones con alcance preventivo en relación con la ausencia o inoperancia del protocolo o procedimiento interno para la gestión preventiva de conflictos de interés.</li> </ol>	63%	-11%



## Salud Sogamoso E.S.E.

### COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

#### Lineamiento

1:

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

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

Para la vigencia 2024 la mantiene adherencia al documento resolución que se adopta e Institucionaliza el MECI mediante resolución 108, en la cual se establece la integridad como atributo de la calidad en la Evaluación del Sistema de Control Interno.

Asimismo, teniendo en cuenta que el Componente Ambiente de Control contempla el conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno, Salud Sogamoso ha establecido la Integridad como atributo de Calidad, mediante el cual e demuestre la práctica de valores y principios del servicio público

Salud Sogamoso E.S.E. desarrolla actividad del programa de transformación cultural, enfocándose al cumplimiento a los objetivos estratégicos mediante el compromiso e interacción con los principios y valores institucionales, articulado con el programa de transformación cultural,

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=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&documento=9392&hl=peticiones>.

La Oficina de Control Interno observa que para el 2024, mantiene adherencia a la política de integridad que fue aprobada en el 2023, según resolución 179, política que se practica mediante la toma de decisiones individuales, ideales, comportamientos éticos y la práctica de valores Institucionales adoptados en el código de integridad Institucional, (estilo de vida Empresarial).

Se estableció a través de comité y desempeño el equipo encargado de la gestión de conflictos de interés

Se observa que se cuenta con procedimiento para la gestión de conflictos de interés PE-GLE-C-P-01

Se cuenta con formato para que funcionarios y contratistas den a conocer un posible conflicto de interés PE-GLE-C-P-01-F-01. Así mismo cuenta con indicador GLE-C-04 número de contratistas obligados y que hayan realizado el curso de integridad y transparencia. Medición-bimestral. Es necesario mencionar que es indispensable mayor compromiso por parte de los P.U. Líderes de Proceso, como conformantes de las líneas- <https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=3091&ruta=proceso&claseid=6081>. Así mismo se cuenta con indicador



## Salud Sogamoso E.S.E.

de contratistas de la entidad obligados por la Ley 2013 de 2019 a publicar la declaración de bienes y rentas.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=2832&ruta=proceso&claseid=6081>

La Entidad durante el 2024, desarrolla actividad de ajuste del programa de transformación cultural, a través de lo cual se dé cumplimiento a los objetivos estratégicos mediante el compromiso e interacción con los principios y valores institucionales, articulado con el programa de transformación cultural, <https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=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&documento=9392&hl=peticiones>

### 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, Definió y aprobó en Comité de Gestión y Desempeño el Plan para la Gestión de Conflictos de Interés, según el autodiagnóstico desarrollado y evaluado en el primer semestre del 2024. Como Fortalezas se encuentra: Se definió en Acta de comité de gerencia y direccionamiento No. 03 del 03 de marzo de 2023 el grupo a cargo de la gestión de conflictos de interés, además se cuenta con Procedimiento para la gestión de conflictos de interés PE-GLE-C-P-01

Formato para que funcionarios y contratistas den a conocer un posible conflicto de Interés PE-GLE-C-P-01-F-01-Indicador GLE-C-04-Indicador GLE-C-02

Como complemento a este se estableció diseño e implementación de acciones de control que permiten el monitoreo de la información y resultados frente a la gestión de posibles conflictos de interés, declaración de bienes y rentas, declaraciones presentadas en el aplicativo de integridad por parte de los sujetos obligados, posibles faltas al código de integridad. En conclusión se establecen objetivos para la identificación y valoración preventiva de riesgos de gestión, de seguridad de la información, fiscales y/o de corrupción que permitan evitar o bien mitigar su materialización.

Los indicadores de medición que dan respuesta al criterio corresponde a:

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=2856&ruta=proceso&claseid=6133#subtabPage1>

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=1646&ruta=proceso&claseid=6133>.

La estrategia de conflictos de interés debe ser actualizada anualmente con el fin de ajustar las diferentes actividades a realizar, fechas y responsables acorde al autodiagnóstico de Conflictos de Interés actualizado.

La oficina de Control Interno, al monitorear los riesgos propios de conflictos de Interés no observa su identificación; si observa la identificación de áreas que podrían incurrir en





## Salud Sogamoso E.S.E.

conflictos de interés, las cuales deben identificar los riesgos que podrían afectar la gestión, esto para la vigencia 2025.

Salud Sogamoso E.S.E. Debe Identificar dentro del Autodiagnóstico: el cómo evitar el riesgo del Talento Humano que pueda afectar negativamente el desarrollo de sus deberes y responsabilidades.

Se practicó Auditoría a la Política de Integridad, dentro de la cual se contemplan la actualización de hoja de vida, Bienes y Rentas y conflictos de Interés del Talento Humano y de Contratistas.

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

Salud Sogamoso E.S.E., ha desarrollado la matriz de riesgos, mediante la cual se ha procurado identificar los riesgos por cada proceso, sin embargo, a medida de la Actualización de las Guías del DAFP, se ha buscado articular el enfoque institucional para alcanzar resultados acordes a la Política de Riesgo Institucional. A través de

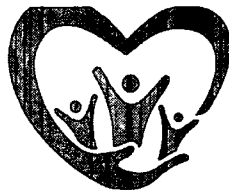
- a) Instrumentos, aprobados por el Comité de Gestión y desempeño, para la gestión de los riesgos: Política de gestión de riesgos. Lineamientos para la gestión del riesgo institucional (Dentro del Programa de Gestión del Riesgo), Matriz de riesgos publicada en la página web.
- b) Política de gestión Documental
- c) Política de seguridad y privacidad de la información

En sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 31 de Enero del 2024, se presentaron los temas correspondientes: Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR, Plan Anual de Adquisiciones, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI; En lo pertinente al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, no da cumplimiento a la normativa

En sesión del 11 de Marzo de 2024 el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprobó el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2024. Se realiza monitoreo y seguimiento al avance del Plan de Auditorías, en cada uno de los Comités de Coordinación de Control Interno de Junio 19, Septiembre 18 y Diciembre 5 del 2024.

El Talento Humano de Recursos Informáticos, en forma permanente, realiza verificación de la seguridad de la información, a través del monitoreo y verificación de los ataques externo, informáticos, falta identificación de riesgos asociados a posibles eventos de uso inadecuado de información privilegiada, lo cual se solicita realizar en la identificación que se debe realizar para el segundo semestre del 2024.

La oficina de control Interno continúa con verificar de forma articulada los Procesos de Gestión Documental y de Recursos Informáticos, realizan monitoreo en adherencia a 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



## Salud Sogamoso E.S.E.

comunicación de la información fuera de la entidad. Dentro de los mecanismos de prevención del inadecuado uso de información privilegiada se cuenta con la Matriz de Riesgos por proceso, dentro de la cual en riesgos de corrupción se identifica este riesgo y se establecen controles para su mitigación, que deben desarrollarse en la vigencia 2025.

Se cuenta con los soportes del Software de Almera, para su verificación

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

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

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

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

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

Se realiza la publicación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano de la vigencia 2024, en la página web institucional, **aprobado según resolución 076 del 2024, En el cual se propone** Gestionar los riesgos institucionales que incluye riesgos de corrupción. Continuar con la implementación de la estrategia de rendición de cuentas, Continuar con el seguimiento a los indicadores de transparencia, información y el acceso a la información pública. Fortalecer la gestión de conflictos de interés.

#### **Formulado acorde a la metodología establecida por componentes**

COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS

CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

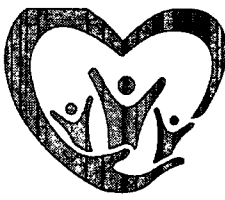
SEXTO COMPONENTE INICIATIVAS ADICIONALES

Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público, Salud Sogamoso continúa en el fortalecimiento en la implementación del código de integridad, las evidencias se observan dentro del último trimestre de la vigencia

En lo pertinente a la Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés, se observa la evaluación del autodiagnóstico, como base del plan de acción que dé respuesta a los lineamientos que se encuentran en calificación baja.

Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control

La Oficina de Control interno, para realizar monitoreo y evaluación de las acciones transversales de Integridad se realiza a través de auditoría de actualización de hojas de vida, declaración de bienes y rentas y de conflictos de interés realizada en los meses de



## Salud Sogamoso E.S.E.

mayo y agosto del 2024 permitió el aseguramiento de la gestión de situaciones de conflictos de interés, por parte de los sujetos obligados.

La Oficina de Control interno observa que para la vigencia 2024 mantuvo adherencia a la Política de Integridad que incluye el código de integridad con el fortalecimiento de los valores del servidor público; así como la implementación de acciones para la identificación temprana de conflictos de interés, mecanismos de denuncia y control interno que permitan un seguimiento efectivo a los riesgos de gestión y corrupción e implementación de las acciones de mitigación.

Así mismo 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, realiza monitoreo y verificación en el cumplimiento de actividades establecidas acorde a los Autodiagnósticos de integridad y de conflictos de interés

La Oficina de Control Interno, realiza seguimiento y control a las acciones del Mapa de Riesgos de Corrupción mediante el informe de seguimiento al PAAC

**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. cuyo objetivo es el de garantizar el derecho de los colaboradores de Salud Sogamoso, para presentar PQRSF, que surjan con temas relacionados a la convivencia laboral de salud Sogamoso E.S.E. permitiendo a la Institución, establecer actividades de Mejora Continua.

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

Asimismo, se cuenta con procedimiento de buzones de PQRSF Interno, 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) GTH-P-021 como estrategia de comunicación interna, en forma tal que se tomen las acciones del caso, Pendiente de documentación y aprobación. Dentro de este criterio se observa que a la fecha 31 de diciembre no se observa impacto requerido



## Salud Sogamoso E.S.E.

Se Verificaron las actas que soportan la apertura del buzón y su plan de acción. Y los Planes de Mejora formulados por parte del Talento Humano

La Oficina de Control Interno, observa lo pertinente a la declaración de conflictos de interés, tanto por impedimento, como por recusación; mediante el monitoreo y seguimiento al procedimiento de ventanilla única.

### **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 normativa vigente y articulación con la misma.

Se ha mantenido adherencia a la resolución 108 de 15 de febrero del 2022, manteniendo la responsabilidad por parte de cada línea de defensa, Se establecen reuniones periódicas cuatrimestralmente.

Como control para este Comité se cuenta con el Plan de Acción Operativo vigencia 2024 propio del Comité, 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 diciembre se celebraron cuatro comités de Coordinación de control interno que fueron los programados para la vigencia según el formato GDF-004

Dada la estructura de la entidad, no se ha considerado la necesidad de modificar la periodicidad. Como parte de la articulación entre estos dos comités, la Jefe de Control Interno es invitado permanente a las sesiones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

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

En la Resolución 108 de adopción del MECI, en su artículo quinto reitera alineación del Sistema de Control Interno, bajo los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, adoptando responsabilidades establecidas en cada Línea de defensa según la política de control interno del 2022.

Dentro del **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023**, Se establece la responsabilidad acorde al Modelo Integrado de Planeación y Gestión por cada línea de defensa.

La oficina de Control Interno en los comités Institucional de Coordinación de Control Interno enfatiza sobre responsabilidad de las líneas de defensa, toda vez que corresponde a las barreras de protección con que cuenta la Entidad frente a posibles riesgos.



## Salud Sogamoso E.S.E.

Documentalmente se encuentran a partir de la resolución 110 del 2019, posterior en la resolución 156 del 2022. Asimismo, en la resolución 165 del 2023 Actualización de la Política de Administración del Riesgo, Programa de Gestión del Riesgo en el 2023.

En junio 19 del 2024 en Comité de Coordinación de Control Interno, se socializa y aprueba la actualización del Estatuto de Auditoría y Código de Ética en Comité de Coordinación de control Interno del Auditor, así mismo se actualiza el Procedimiento de Auditoría de Control Interno en Junta Directiva.

### **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.**

Las líneas de Reporte dentro de la Entidad se establecen a partir de la Planeación Estratégica, Acorde con los niveles de Autoridad y Responsabilidad según el área pertinente: Las líneas de reporte deben ascender desde las líneas de apoyo misional hasta el proceso estratégico como parte de la línea estratégica.

Se presentan resultados en las diferentes instancias de acuerdo con su nivel de autoridad y responsabilidad a través de los diferentes comités Institucionales (Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Comité de Ética Hospitalaria, y .... en los que Cada líder suministra información de forma periódica, mediante líneas de reporte se sube información hasta la alta Gerencia con datos y hechos que le permitan la toma de decisiones a la Alta Dirección

La Oficina de Control Interno, de Salud Sogamoso E.S.E., Observa que las líneas de reporte se establecen acorde a la responsabilidad de las líneas de defensa Institucional ante los posibles riesgos así: Línea Estratégica: - A cargo de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – que con objetivo de analizar los riesgos y amenazas institucionales para el cumplimiento de los planes estratégicos. Primera Línea: - Líderes de proceso y sus equipos Talento Humano de apoyo - objetivo es asegurar la gestión, mediante la ejecución efectiva de controles internos, sobre una base del día a día. Segunda Línea: - Jefe de planeación supervisores... quien Presida Comités. objetivo es asegurar que la primera línea de cumplimiento a lo diseñado y que opere de manera efectiva. Tercera Línea: -Oficina de Control Interno - Su objetivo es monitorear y revisar de manera independiente y objetiva el cumplimiento de los objetivos institucionales y de procesos a través de la adecuada gestión de riesgos, incluyendo los riesgos de corrupción.

#### **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**



## **Salud Sogamoso E.S.E.**

**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.**

En el 2023, se actualizó la política de administración del Riesgo mediante la resolución 165 del 2023 la cual busca articularse con la guía de administración del riesgo No 6 del 2022., 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.

Para el 2023 se documentó el Programa de Gestión de Riesgo PE-GDP-PE-PG-01 que permite, la identificación de amenazas en todos los ámbitos, obstáculos y oportunidades, documentos que están en la etapa de socialización, posterior a lo cual se actualiza el procedimiento de identificación de riesgos por proceso.

Desde la Oficina de Control Interno se hace el llamado a profesionales Universitarios que aún no han actualizado la identificación de riesgos de cada proceso

**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, dentro de la cual se establece como Riesgo Aceptable los que se ubiquen en Zona de Riesgo Baja, de forma similar se establece en Programa del tratamiento del Riesgo Residual. En el Programa de Gestión del Riesgo PE-GDP-PE-PG-01 se determina con exactitud cada uno de los criterios de aceptación para cada Nivel.

En lo correspondiente 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. La política se despliega mediante el Programa de Gestión del Riesgo PE-GDP-PE-PG-01

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**



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 2024-2027 aprobado según acuerdo 07 del 2024, proyecta el plan de Gestión Estratégica del Talento humano para la vigencia 2024-  
[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).

incluye las acciones de resultados provenientes de los diferentes planes institucionales

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad
2. Plan-anual-de-Adquisiciones
3. Plan de Previsión de Recursos Humanos
4. Plan Estratégico de Talento Humano
5. Plan Institucional de Capacitación
6. Plan de Incentivos Institucionales
7. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
8. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
9. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
10. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
11. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso, según el monitoreo, seguimiento y evaluación, evidencia que Salud Sogamoso E.S.E., luego de ejecutar y socializar los planes formulados por vigencia; los resultados son integrados al Sistema de Gestión Integral de Almera, sistema de información que 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, 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**

Según la actualización del Plan de Desarrollo 2024-2027 se establece: Se mejorará la capacidad de respuesta hacia la Atención Primaria en Salud, que constituye el soporte operativo del territorio, mediante la garantía del financiamiento del sistema de salud, el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud, la calidad y el ejercicio de la inspección, vigilancia y control sanitario, y la planificación del talento humano en salud en coherencia con las necesidades de la población. La evaluación se realiza a través de los indicadores de medición establecidos en el sistema de información software Almera:



## Salud Sogamoso E.S.E.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=6060#tabIndicadoresGral>

**ES NECESARIO MENCIONAR QUE PARA LA VIGENCIA 2024, SE DOCUMENTA EL PLAN ESTRATÉGICO DEL TALENTO HUMANO Y ACTUALIZA LA MATRIZ ACORDE A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS PARA DAR CONTINUIDAD A LOS COMPONENTES DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL, CAPACITACIÓN, CLIMA LABORAL, BIENESTAR E INCENTIVOS, COMISIÓN DE PERSONAL, MEDICIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL, ROTACIÓN, INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN, 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, se enfoca en Fortalecer las competencias de los servidores de la ESE, a través de actividades de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción, acordes con las necesidades identificadas en los diagnósticos realizados, para un óptimo rendimiento. En el que se tiene en cuenta:

- ✓ Provisión de Recurso Humano
- ✓ Bienestar Social e Incentivos
- ✓ Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Capacitación

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

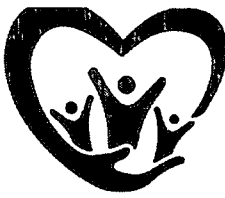
### **4.2 Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal**

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con formato diligenciamiento como GTH-F-001 Necesidades de Personal, posterior frente al proceso de GETH cuenta con **PA GTH-ATH-P-001- Procedimiento de selección, vinculación y retiro de personal de planta permanente, temporal y de libre nombramiento y remoción. Así mismo Se cuenta con Formato de Selección y vinculación PA-GTH-ATH-F-001 formato lista de chequeo documentos soporte para selección y vinculación de personal de planta,**

Salud Sogamoso E.S.E. debe retomar 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 implementación del proceso del Talento Humano a partir de la identificación de





## Salud Sogamoso E.S.E.

Necesidades de personal a través de personal Formato selección y vinculación de talento humano competente, mediante adherencia al diligenciamiento como GTH-F-001 Necesidades de Personal, PA-GTH-F-002 – Chequeo de Documentos, Selección y Vinculación, GTH-F-002(8) –Formato Evaluación de Hojas de Vida. PA-GTH-ATH-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=induccion>

<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.

La permanencia se desarrolla en tres grandes frentes como lo son: **Bienestar, Educación continua, Medición del Desempeño Laboral.**

Salud Sogamoso a partir del procedimiento **PA-GTH-ATH-P-001- Procedimiento de selección, vinculación y retiro de personal de planta permanente, temporal y de libre nombramiento y remoción. Y posterior al PA-GTH-ATH-P-002 Procedimiento de Inducción y Reinducción**, busca atender lo correspondiente a la etapa de permanencia del Talento Humano dentro de la Entidad, mediante adherencia al procedimiento **GTH-P-006 Elaboración, implementación y evaluación del plan institucional de capacitación y formación. El cual da respuesta a los formatos GTH-F-019 Solicitud de capacitaciones,**

**Asimismo se mantiene adherencia a la implementación de los Formatos GTH-F-010 Encuesta para detectar necesidades de bienestar social, GTH F-011 Encuesta actividades de bienestar social GTH-F-012 Encuesta de satisfacción de bienestar social e incentivos; a través de los cuales se da respuesta del GTH-P-005 Procedimiento Plan de Bienestar Social e Incentivos.**

Frente a la Medición del desempeño laboral se actualiza la implementación del procedimiento **PA-GTH-ATH-P-003 Medición de Desempeño Laboral V.5 de 22 de 11-2024**, con el objetivo es el de Establecer las directrices y lineamientos para aplicar el sistema valoración de cumplimiento de funciones, adherencia a la política de seguridad del paciente de acuerdo al rol que se cumpla dentro de la entidad y aporte en el cumplimiento de metas establecidas dentro de planes, programas o proyectos de la vigencia.

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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&documento=8945&hl=inducccion>

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

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

Se evidencia la actualización del procedimiento de Medición del desempeño laboral según **PA-GTH-ATH-P-003 Medición de Desempeño Laboral V.5 de 22 de 11-2024.**

#### **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 E.S.E a través de las diferentes resoluciones en las que se establecen responsabilidades de las líneas de defensa Institucionales ante los posibles riesgos como son Resolución 110 del 2019 Política de Control interno, Resolución 156 del 2022 Política de Control Interno, Resolución 108-2023, política de control Interno, Resolución 165-2023, Administración del Riesgo; Por medio de las cuales se implementa la versión actualizada acorde al Modelo Integrado de Planeación (MIPG) y del Modelo Estándar de Control Interno (MECI)".

En el artículo 6o. de la Resolución 156 del 2022 actualización de la Política e Control Interno, estructura la responsabilidad en las líneas de defensa: estratégica, primera, segunda y tercera líneas. en el artículo 7o. establece las responsabilidades de cada línea de defensa frente a los componentes del sistema de control interno.

El plan de acción de la entidad se formula teniendo en cuenta los objetivos de la entidad y las responsabilidades de cada línea de defensa de tal manera que su ejecución fortalezca la implementación del sistema de control interno.

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 componente MECl (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 **PA GTH-ATH-P-001- Procedimiento de selección, vinculación y retiro de personal de planta permanente, temporal y de libre nombramiento y remoción.**

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con Formato GTH-F-086 Formato de Entrevista de retiro, se cuenta con **Programa de desvinculación asistida GTH-PG-007**, 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 solicita que se dé continuidad a la implementación y mantenimiento de adherencia al **Programa 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 la vigencia del 2024, 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.

Salud Sogamoso E.S.E. realiza medición de efectividad al Plan Institucional de Capacitación mediante indicadores de cumplimiento, cobertura, ejecución, satisfacción procesal, efectividad (% de adherencia a guías de atención de acuerdo con la línea base). El Plan Institucional de Capacitación, goza de alguna flexibilidad siempre que sea aprobado por la Alta Gerencia.

La Oficinas de Control interno, solicita dar estricto cumplimiento al PIC Y retomar la oportunidad en diligenciamiento de indicadores sobre los resultados así como la socialización en periodos bimestrales, frente a indicadores preestablecidos. Dando cumplimiento 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.

Los indicadores de medición se encuentran en el software Almera:

<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>.

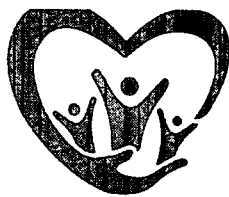
La Entidad, mediante la estrategia de transformación cultural Institucional apalanca el logro de los **objetivos estratégicos**, al tiempo que se garantiza una experiencia efectiva en los empleados.

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-003, cuyo objetivo es el de establecer reglas y responsabilidades para la correcta ejecución de los contratos celebrados por Salud Sogamoso E.S.E., por parte de los funcionarios que ejerzan la supervisión de los mismos (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. Al mismo se realiza el Informe de Supervisión mediante el Formato **GLE-F-006 FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN**



## Salud Sogamoso E.S.E.

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.

Es necesario mencionar la falta de adherencia por parte de los supervisores al cumplimiento del objetivo de la supervisión que es el de monitorear, verificar la correcta ejecución de los contratos celebrados por SALUD SOGAMOSO ESE. En procura de lo anterior, las actuaciones y gestiones de quienes se involucran en la Supervisión, se ceñirán al cumplimiento de los principios de la función administrativa, y demás principios descritos en otras disposiciones aplicables.

Que el Manual de Supervisión, es de obligatorio acatamiento por quienes tengan a cargo la actividad Supervisión. Otra responsabilidad es la de 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, V3 abril 17 del 2023, en el que se actualizan ítems, en forma de lograr complementar el ciclo PHVA

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

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documetoid=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 y las políticas establecidas dentro de la Entidad.

La información, comunicación, medición y evaluación se realiza en forma permanente en cada comité institucional de proceso y/o procedimiento. De estos comités sube la información al Comité de Gestión y Desempeño. Para el desarrollo de los diferentes Comités se establecen cronograma para la vigencia

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

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

La Oficina de Control Interno, verifica el cumplimiento de la presentación de los informes a realizar a nivel interno, determinando que información se comunica a las diferentes líneas de defensa tanto vertical, como transversal con base en el Procedimiento de Información

y Comunicación Interna y externa, teniendo en cuenta las diferentes responsabilidades de las líneas de defensa, estableciendo 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.

La información, comunicación, medición y evaluación se realiza en forma permanente en cada comité institucional de proceso y/o procedimiento. De estos comités sube la información al Comité de Gestión y Desempeño. Para el desarrollo de los diferentes Comités se establecen cronograma para la vigencia

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

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

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

### **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 por parte de la contadora y subgerente administrativa y financiera, previo a su aprobación por parte de la Alta gerencia y de ser socializados y publicados los resultados en Comité de Gestión y Desempeño, dando cumplimiento a la normativa 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, (que legalmente no aplica en el momento)

Los indicadores que a la fecha están en atraso, 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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 acuerdos 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**

Dentro de uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno. Salud Sogamoso, cuenta con un eje fundamental, siendo este el de oportuna comunicación toda vez que es un elemento clave en la toma de decisiones en equipos de alta dirección, este proceso es complejo y requiere una comunicación con criterios de claridad y efectividad para lograr los mejores resultados.

La alta Dirección toma decisiones del caso con base en la información emitida por la segunda y tercera línea de defensa en cumplimiento de criterios de oportunidad y veracidad, convirtiéndose la misma en insumo primordial que coadyuva en la toma de decisiones para el logro de metas y objetivos Institucionales.

Salud Sogamoso atendiendo los objetivos estratégicos establecidos en la Planeación Institucional toma la información emitida por la segunda y tercera línea de defensa toma con la cual se proyectan decisiones de gran importancia. Y así compartir apropiadamente el conocimiento y la información para ayudar a todas las funciones a un mejor cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

Realizada la evaluación la gestión de la Oficina de Control Interno, se pudo verificar la siguiente información: 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 del 2024, 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.**



## Salud Sogamoso F.S.E.

El control de gestión consiste en comparar en forma permanente. lo planeado versus ejecutado, con el objetivo de asegurar: El Cumplimiento y/o desviaciones de metas establecidas.

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 ellos corresponde a los de carácter (Preventivos, detectivos, correctivos) sobre riesgos.

La Asesora de Planeación actualizo la Política de Gestión del Riesgo y documento PE-GDP-PE-PG-01 Programa de Gestión del Riesgo, articulándolo con la guía 6 del DAFP

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.

Para esta vigencia se evidencia la socialización de la documentación actualizada, con el objetivo de iniciar adherencia a los nuevos procedimientos.

La Oficina de Control Interno evidencia que para el 2024, una vez socializados los documentos que se actualizaron, se ha iniciado la actualización de los riesgos y el plan de acción pertinente acorde a los controles establecidos.

### **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 11 de Marzo del 2024, se socializan los resultados obtenidos en el 2023 y se plantea el Plan de Auditorías de la vigencia 2024, así como el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno, lo cual tiene seguimiento bimestral y se socializa en Comité de Gestión y Desempeño y acumulado cuatrimestralmente en Comité de Coordinación de Control Interno.

En comité de Coordinación de control Interno del día 5 de diciembre del 2024, según acta No. 4 se propuso actualización del plan de auditorías en forma de articular las auditorías solicitadas por la Gerencia, con las auditorías faltantes según el plan inicialmente aprobado. Propuesta que fue aprobada por unanimidad del Comité. Se realizaron 29 auditorías de 29 planteadas

<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>  
<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>





## Salud Sogamoso E.S.E.

La oficina de Control Interno, realiza seguimiento en Comité Institucional de Coordinación de Control interno: según Acta 1 del CICC. 11 de Marzo del 2024 y Acta 2 de CICC del día 19 de Junio del 2024, Acta 3 de 18 de septiembre del 2024 y acta 4 del 5 de diciembre del 2024

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, en periodos cuatrimestrales.

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

El Talento Humano de la Alta Dirección de La Entidad para el primer trimestre, efectuó una profunda revisión y análisis de informes presentados por parte de la oficina de Control Interno, sin embargo, para los subsiguientes meses de la vigencia 2024, (podría ser generado por el lapso de empalme, así mismo por el continuo cambio de P.U. Líderes de Gestión) se evidencia una apreciable disminución de su revisión, análisis y verificación de los informes presentados.

Para el primer trimestre en Comité de Gestión y Desempeño se socializaron los informes a que hubo lugar los cuales se tuvieron en cuenta para toma de decisiones.

Para el segundo trimestre fue un poco menor el análisis. Los informes fueron presentados en Comité de Coordinación de Control interno; En Comité de Coordinación de Control Interno de los días 11 de marzo, 19 de junio, 18 de septiembre y 5 de diciembre del 2024 se socializan los informes consolidados.

En forma similar se realiza socialización a P.U. de Gestión de Proceso en las reuniones de cierre y una vez realizado el informe se socializa con los auditados.

Control Interno presenta ante el Gerente de la entidad los informes resultantes de sus actividades como auditorías, seguimientos e informes de ley, quien socializa resultados con equipos de trabajo pertinentes, en forma de ser atendidas las acciones de mejora a que haya lugar.

Los equipos de trabajo formulan el plan de mejoramiento por procesos que conlleven a la corrección de desviaciones y que permitan desarrollo del ciclo PHVA, acorde a las no conformidades y/o observaciones registradas en los informes y gestiona su ejecución.

Control Interno cuatrimestralmente realiza seguimiento y evaluación de cumplimiento de los planes formulados por los procesos y consolidados en el Plan de Mejoramiento por Proceso.

En Comité cuatrimestral de Coordinación de Control Interno, se presentan los avances del POA del Comité de Coordinación de Control Interno, POA de la Oficina de Control Interno (Gestión y oportunidad de los informes de ley de la OCI, que se deben presentar), Gestión



## Salud Sogamoso E.S.E.

del Plan de Auditorías, Gestión de los planes de Mejora formulados por parte de cada Profesional U. responsable del proceso.

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.

Dentro de los informes que se presentan por parte de control interno, que se convierten en insumo para toma de decisiones por parte de la alta Gerencia, se relacionan acorde al Rol que se desempeña por parte de la Oficina de Control Interno:

- 1) Liderazgo estratégico (Presentacion 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) .....

Que durante la vigencia 2024, la Oficina de Control Interno además de elaborar informes de evaluación y seguimiento, ha dado cumplimiento con el programa de auditorías internas 2024(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 primer semestre del Plan de auditorías corresponde al 100%, luego de ajustar e Plan de auditorías según las auditorías solicitadas por la Gerencia vigencia 2024.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=indicadores&option=editarmedicion&indid=1755&mid=24287#subtabPage2>

### 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.**



## Salud Sogamoso E.S.E.

El Direccionamiento Estratégico de Salud Sogamoso E.S.E., articula el Plan Estratégico con los objetivos Estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos a través del Procedimiento de Formulación, Aprobación, seguimiento y evaluación del Plan Estratégico

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

Cuyo objetivo es el de definir y formular las acciones que integran el Direccionamiento Estratégico y la Gestión Institucional que permitan la sostenibilidad.

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.

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

Asimismo, se cuentan con las diferentes políticas Institucionales que le permiten formular el plan de acción por proceso, los cuales cuentan con indicador de medición y evaluación periódicamente; resultados que son socializados, en Comité de Gestión y Desempeño, para la oportuna toma de decisiones por parte de la media y alta gerencia.

La Oficina de Control Interno debe solicitar adherencia al acuerdo No. 7 del 2024 en Salud Sogamoso, en todo lo correspondiente a los objetivos estratégicos dar continuidad a la buena práctica del cumplimiento a partir de los objetivos estratégicos, así como el enfoque de la Misión mediante el establecimiento de programas, procesos y actividades que son monitoreados, con seguimiento, medición y evaluación (indicadores estratégicos y de proceso) al POAS, PAMEC, PAAC, Riesgo, socializados en los diferentes Comités, y que estos mediante las líneas de reporte suban al Comité de Gestión y Desempeño en forma periódica, para la toma oportuna de decisiones.

Es indispensable que El plan de acción de Salud Sogamoso E.S.E. realice la práctica a través de los 18 procesos, así mismo que se abarque todo lo pertinente al cumplimiento de los PAMEC- POAS-RIESGOS, PAAC, teniendo en cuenta las diferentes perspectivas:

PERSPECTIVA DE ENFOQUE AL USUARIO Y SU FAMILIA, con los ejes trazadores de: Atención centrada en el usuario, Seguridad del paciente, Humanización, Gestión de riesgo y mejoramiento continuo.

PERSPECTIVA DE GESTIÓN DE PROCESOS con ejes trazadores de: Gestión de la tecnología, Responsabilidad social,

PERSPECTIVA DE TALENTO HUMANO, con ejes trazadores de: Transformación Cultural

PERSPECTIVA DE GESTIÓN FINANCIERA: Con eje trazador de: Mejoramiento Continuo

PERSPECTIVA DE GESTIÓN DE PROCESOS: Con eje trazador de : Mejoramiento Continuo

Se busca el 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



## Salud Sogamoso E.S.E.

organizacional, Mejorar de forma continua la Gestión Institucional de procesos y estándares superiores, Gestionar estrategias que permitan la sostenibilidad financiera de la Institución). La Medición se realiza a través de:

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

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E, solicita dar continuidad a la buena práctica del cumplimiento a partir de los objetivos estratégicos, así como el enfoque de la Misión mediante el establecimiento de programas, procesos y actividades que son monitoreados, con seguimiento, medición y evaluación (indicadores estratégicos y de proceso) al POAS, PAMEC, PAAC, Riesgo, socializados en los diferentes Comités, y que estos mediante las líneas de reporte suban al Comité de Gestión y Desempeño en forma periódica, para la toma oportuna de decisiones, por parte de la Línea estratégica.

Es indispensable que Salud Sogamoso refuerce el cumplimiento del plan de Gestión de Salud Sogamoso E.S.E. Mediante la buena práctica a través de los 18 procesos, que abarque todo lo pertinente al cumplimiento de los PAMEC- POAS-RIESGOS, PAAC, así como la medición a través de 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 en cabeza de la P.U. de Planeación, a través de las reuniones periódicas del comité institucional de gestión y desempeño valora informes de gestión (POAS-PAMEC-RIESGOS, PAAC) 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 V27 de junio del 2024, 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 (Habilitación, Acreditación, Calidad, ICONTEC)

La Oficina de Control Interno, requiere que se continúe con las actividades que logren comprobar un buen seguimiento, monitoreo y evaluación; así como trabajar sobre los resultados por proceso los cuales deben ser socializados en comités Institucionales, en forma de lograr verificación de resultados, por indicador de proceso, que al tiempo se verifique el logro de Metas Instauradas. Se hace necesario comprobar la eficiencia eficacia y efectividad de los objetivos Institucionales. La verificación debe ser directamente 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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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, mediante Resolución 165 de 2023, 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.

La Política se articula con la Guía del DAFP V6 del 2022, con base en la cual se documenta y aprueba Programa de Administración del riesgo, PE-GDP- PE-PG-01, Programa que contempla todo lo correspondiente al tratamiento hasta lograr la mitigación

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 del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023.**

Una vez socializado se observa que el alcance de la Política y Programa abarca a las sedes, procesos (clínico, asistencial, gestión, seguridad de la información...), subprocesos y en forma muy tangencial se observa lo pertinente a la tercerización.

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

La PU. Líder de planeación es quien consolida de Salud Sogamoso E.S.E. Con base en el procedimiento de Administración del Riesgo es quien consolida la información junto con el soporte que es la Matriz de Riesgo por Proceso.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sgisaludsogamosoese#> ; todo con él 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. Para finales de la vigencia 2024, se identificaron y actualizaron riesgos y de planteamiento de controles, por parte de la mayoría de procesos, sin embargo es necesario recordar que hubo subprocesos que no realizaron esta actividad, situación que debe ser priorizada en la vigencia 2025

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 establece un plan de acción que conlleven a la mitigación del riesgo. La auditoría de verificación de efectividad de controles no se realizó,



## Salud Sogamoso E.S.E.

dado que la identificación de los posibles riesgos se efectuó en el último periodo de la vigencia

Para la vigencia 2024 una vez ha sido socializado el programa y proceso de identificación y tratamiento de los riesgos, se inicia la etapa del trabajo en campo en forma de lograr articulación de la política de gestión del riesgo actualizada con el programa Institucional de Riesgos documentado y estos a su vez con la identificación de nuevos riesgos para la vigencia en análisis

Así mismo con base en la documentación del Programa de Administración del riesgo, PE-GDP- PE-PG-01, socializado y se busca dar implementación del mismo en la vigencia 2024

<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 segunda línea de defensa una vez consolida la información de gestión del riesgo Institucional, la comunica ante la primera línea de defensa y alta gerencia; quienes con base en el análisis causal de 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 y se toman determinaciones en pro de la consecución de metas y objetivos

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, comprobando el cumplimiento y efectividad del plan de acción, así como determina la seguridad en implementación de controles y pertinencia de actividades; con lo cual se busca contrarrestar la materialización del riesgo identificado. (Se deja la observación que para la presente vigencia, se realizaron en forma muy general, que se generaron de las actividades de acción realizadas durante la vigencia 2024.

<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. en cumplimiento a la metodología del riesgo de la vigencia 2022, contemplaba controles fuertes de aspecto preventivo y defectivo, previo a la materialización del riesgo. Posterior a la materialización se establecían controles de aspecto correctivo.

Los P.U. de Gestión 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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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. Gestión por Proceso reforzar los controles de aspecto preventivo y defectivo. Asimismo, sugiere documentar toda la trazabilidad de la materialización de ocurrencia de algún riesgo identificado o no y que cuente con todos los soportes posibles; Mejorando de esta forma la Gestión de conocimiento, y así atacar puntos críticos generadores de la materialización del riesgo.

Así mismo se determina que, según el programa de administración del riesgo, debe establecerse un 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. Gestión de proceso, toda vez que es indispensable reformular controles, con base en las causas.

Se hace indispensable trabajar un plan de acción para los casos de materialización del riesgo, a partir de la formulación del **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023, toda vez que en el 2024** no se logró establecer 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, por lo cual se hace necesario realizar fortalecimiento a los controles establecidos que coadyuven en la mitigación de ocurrencia futuras situaciones.

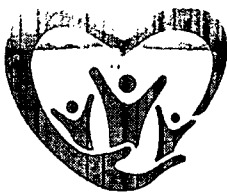
### **7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas:**

Salud Sogamoso manteniendo adherencia al Programa de Administración del riesgo, PE-GDP- PE-PG-01 y Política actualizada de Administración del Riesgo; establece Matriz del Riesgo, en la cual identifica los riesgos, determina controles y establece 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 plan de acción para control interno en lo pertinente a la verificación de la 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.**



## Salud Sogamoso E.S.E.

**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.....

Teniendo en cuenta que Salud Sogamoso E.S.E. frente a los lineamientos para la Gestión del Riesgo Institucional en cuya Matriz de Riesgos incluye Riesgos de Corrupción, ante lo cual La Oficina de Control interno, realiza seguimiento y evaluación al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano del 2024, Mediante el monitoreo permanente por parte del Equipo de profesionales de Gestión (Primera línea de defensa) teniendo en cuenta los riesgos identificados en vigencias anteriores, evitando la materialización de alguno de los riesgos 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, realizando seguimiento a posibles riesgos fiscales que pudiesen presentarse.

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

**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 P.U. Gestión 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

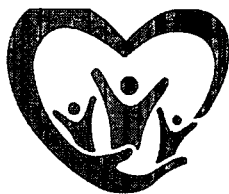
Con base en la Guía de la Función Pública se tienen en cuenta:

1. Política de Administración de Riesgos. Actualizada 2023
2. **PE-GDP-PE-PG-01 PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO**
3. Monitoreo y Revisión.
4. 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/2024/08/1.-Seg-PAAC-III-C-2024.xlsx>





## Salud Sogamoso E.S.E.

La Oficina de Control Interno, monitorea y efectúa seguimiento Al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano, riesgos de corrupción identificados en vigencias anteriores y los identificados en la presente por parte de los P.U. Gestión de cada Proceso, así mismo la

P.U. de Planeación realiza seguimiento como segunda línea de defensa buscando el cumplimiento a la política de administración del riesgo Institucional actualizada.

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento semestral al Plan anticorrupción y atención al ciudadano.

**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 según la Línea de Defensa a la que pertenezca.

Realizada la evaluación por la Oficina de Control Interno, se verificó que cada P.U. líder de Gestión de proceso realiza la identificación de los riesgos, establece controles y determina plan de acción por cada vigencia, en el sistema de Información Almera

Es importante mencionar que se han subsanado desviaciones que existían frente a fallos de calidad en la segregación de las funciones, los cuales se subsanaron en 2022 y 2023, mediante nombramiento, distribución y segregación de funciones acorde a las necesidades funcionales.

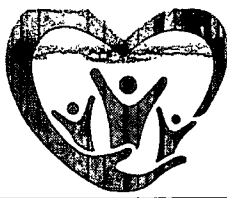
**8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.**

La alta Dirección a través de los P.U. de Gestión de Procesos seres 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 Actualizada y el **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023**, se continúa con la articulación de la Política de Administración del Riesgo Institucional con la Guía de administración del riesgo DAFP V6 2022

Por otra parte, la Oficina de Control Interno, debido a lo tardío en identificación de riesgos para el 2024, no logro evaluar el diseño de los controles establecidos en los mapas de riesgos para establecer su coherencia y efectividad frente la materialización de los riesgos, y que diesen respuesta a la Guía de Administración del Riesgo DAFP V6 2022

Se verifica la efectividad del plan de acción que se haya establecido anteriormente y que aun persista su práctica en forma tal que logre mitigar riesgos de corrupción.

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

**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.

Dentro de la Entidad se ha establecido que La Oficina de Control Interno según la Política de Administración del Riesgo, debe verificar y Monitorear factores internos y externos registrados dentro de la Matriz de Administración del Riesgos, los cuales son monitoreados en cada seguimiento con periodicidad cuatrimestral.

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

Es necesario mencionar que la identificación de los riesgos en la vigencia 2024, se realizaron en el último periodo, por lo cual no fue posible verificar la efectividad de controles establecidos.

**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. Documento 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&documento=8883&hl=supervision>.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=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 tercera línea evalúa la segregación de funciones y evidencia mediante el monitoreo y seguimiento a las actividades y responsabilidad de contratistas de prestación de servicios. Ante lo cual es necesario referir que no se observa un análisis específico del impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales.

La Oficina de Control Interno, según la revisión de los riesgos asociados a las actividades contratadas, y con base en **GLE-F- 006 Formato Informe de Supervisión de 2024 versión 4**, el cual fue actualizado en su contenido y aprobado por junta directiva, contiene **ANALISIS DE**



**Salud Sogamoso E.S.E.**

**LOS RIESGOS ASIGNADOS EN ESTUDIOS PREVIOS**, con este seguimiento se debe revisar lo correspondiente a: Los riesgos (jurídicos, financieros, calidad, responsabilidad, salarios...) 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&documentoId=8510&hl=mejora>.

Es necesario que cada uno de los contratos tenga en cuenta riesgos particulares, por parte de la supervisora, el cual debe tener seguimiento y evaluación de los mismos

### **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.

Para la vigencia 2024, se materializaron dos riesgos en gestión financiera, por falta de control en uso de clave asignada a subgerencia. Debe establecer plan de mejora en el 2025.

Se da continuidad al monitoreo, seguimiento y evaluación acorde al conforme al **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023**al 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, mediante auditorías a las supervisiones contractuales realiza seguimiento a los riesgos que podrían incurrir en materialización (Presentación inoportuna de Informes, Liquidación Parcial y/o Total de Contratos en forma equivocada, Afectación Presupuestal Indevida por falta de conocimiento, Préstamo de claves que conlleven a errores en afectación contable o presupuestal), en diferente proceso, con el objetivo de realizar seguimiento a los controles establecidos, probabilidad de materialización, con el objetivo de establecer nuevos controles que cumplan con las características de efectividad y que logren su propósito que es el mitigar el riesgo.

La Gestión del Riesgo para cada Proceso corresponde a los Profesionales Universitarios de Gestión por 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.**

Salud Sogamoso E.S.E. para el 2024, realiza la socialización del Programa de trabajo, en Comité de Gestión y Desempeño con el objetivo de establecer responsabilidades en Las 3 Líneas de defensa (Primera, segunda y tercera), así como socializar el **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023** y "Política de administración del riesgo", logrando la identificación de nuevos riesgos y actualización de los anteriores.



## Salud Sogamoso E.S.E.

Se da inicio a la Gestión de Riesgos identificados con el ánimo de lograr el objetivo que es el de su mitigación.

La oficina de Control Interno, con base en la socialización efectuada en Comité Institucional de Coordinación de Control interno, verifica avances obtenidos en el desarrollo y control de los mismos.

Con los resultados obtenidos conforman el insumo para la identificación, actualización de los riesgos 2025, así como el plan de acción.

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

Salud Sogamoso E.S.E., Presenta evidencia frente al avance de actividades que permiten fortalecer las políticas MIPG al interior de la entidad y gestión relacionada con el Plan Estratégico Institucional.

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 con lo cual permite analizar el impacto de los mismos sobre el control interno.

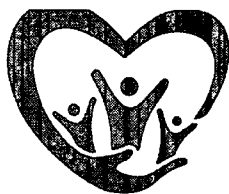
### **10.1 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación**

Salud Sogamoso E.S.E. mediante actualización del Manual de Funciones, responsabilidades y competencias laborales Acuerdo 18 del 2022 Planta Permanente, Acuerdo 19 del 2022 Planta Temporal, mediante acuerdo 014 del 2023 se establecieron actualizaciones de algunos cargos, en lo pertinente a la segregación de funciones para aquellos cargos que se encontraba pendiente como es el caso de lo pertinente al profesional de cartera y costos, quedando la tesorería como responsable de la facturación, las cuales se encuentran vigentes a la fecha y publicadas en la web.

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.almeraimi.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=riesgoinstitutional#subtabPage1>.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E., identifica la adecuada segregación de funciones que faltaban en puestos de trabajo, evitando con ello incurrir en riesgo fiscal y/o de corrupción, acorde a las funciones, bajo la normatividad establecida,



## Salud Sogamoso E.S.E.

por lo que cada actividad es realizada bajo la inspección y vigilancia del responsable; Los riesgos son administrados y gestionados por lo Profesionales líderes de proceso, y son ellos quienes establecen las actividades de control en los diferentes procesos Institucionales, con lo cual se logra articulación y segregación de funciones, 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 2024, identifica la suficiencia de personal es acorde con las funciones. Para la presente vigencia se ha continuado con la 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. Sin embargo es necesario mencionar la falta de personal para cumplir algunos supernumerarios

La Oficina de Control interno como tercera línea evalúa el establecimiento de segregación de funciones identificando avances frente a la contratación de personal para efectos de lograr una adecuada separación de funciones y responsabilidades para la vigencia 2024, sin embargo es necesario seguir en monitoreo en lo pertinente a la oportunidad de ejecución de actividades con oportunidad, por parte de cada P.U. Líder de Gestión, como es el caso del proceso financiero.

El seguimiento sugerido corresponde a lograr la efectividad en consecución de los objetivos procesales, según el 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 los estándares de acreditación.

Se cuenta con un sistema **de Gestión Integral (SGI)** el cual constituye la estrategia organizacional y corporativa con el día a día, facilitando la incorporación y colaboración del Talento Humano, garantizando y orientando a las organizaciones a una gestión basada en el control y en la medición de resultados.



## Salud Sogamoso E.S.E.

La Oficina de Control Interno identifica que las Normas Internacionales están integradas al sistema de control de la entidad, tal como se puede evidenciar en la documentación, base de la Normativa de calidad la cual 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 2025 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. Es necesario mencionar que estamos dando intervalo a los avances de la certificación de Calidad (adherencia plena a procesos y procedimientos)

### Lineamiento

**11:**

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

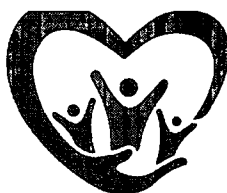
**11.1 La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías**

Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido y documentado actividades de control de la infraestructura tecnológica según los componentes de la tecnología para que funcionen de manera óptima, segura y de acuerdo con los objetivos de la Institución.

El control que ha establecido la Entidad, corresponde a los procesos de Gestión de la Seguridad en el Manual de Políticas de Seguridad de Información, indicador de incidentes solucionados, Control de accesos a las diferentes aplicaciones, Bases de Datos y operaciones de Red, todo lo cual se encuentra registrado en el Manual de Políticas

La infraestructura tecnológica de la entidad está basada en tecnología por servidores; se cuenta con dos operadores, Colombia Telecomunicaciones Movistar y CLARO; debido a que cada uno ofrece servicios que se articulan y complementan dentro de la tecnología Institucional que quienes mantienen la Infraestructura tecnológica de las telecomunicaciones: canal de internet, wifi en la sede, extensiones telefónicas SENS FIBRA OPTICA, Intranet, el servicio de datacenter con servidores para almacenamiento, impresión, directorio activo y el servidor para el alojamiento del sistema. Por su parte con el proveedor de Google plataforma para el alojamiento de la página Web de la entidad, además del servicio de backups de la información de los computadores de la entidad.

Se continúa con la implementación del Sistema de Seguridad y Privacidad de la Información a través del plan de seguridad digital 2024. El P.U. Líder de Recursos Informáticos es el encargado de poner en marcha la Infraestructura Tecnológica, así como el plan de seguridad digital,



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 establecer oportunidades de mejora para el caso de uso de los sistemas, debido a la materialización del riesgo de manejo de la información dentro del sistema Presupuestal, ante lo cual se solicita plan de mejora al proceso de Gestión Financiera, en cabeza de la Subgerente de Administración y Financiera. Así mismo se observó lo correspondiente al seguimiento en la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información Plan de Adopción del IPV6 - Plan de Gobierno Digital

**Es necesario que el P.U. Líder de Proceso de Recursos Informáticos establezca los riesgos que se pueden presentar desde el Proceso de Gestión de Recursos Informáticos. De forma similar se hace necesario que cada uno de los P.U. de Gestión de Proceso lo realice, toda vez que es un proceso Transversal, que afecta toda la Entidad y su desempeño.**

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

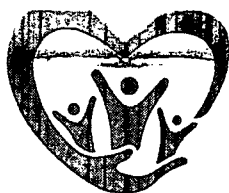
Salud Sogamoso en la relación contractual celebrada con cada uno de los proveedores de tecnología, desde la Gerencia se designa un supervisor quien establece indicadores de medición y evaluación de cumplimiento, se identifican los posibles riesgos y con base en los diferentes manuales entregados por los proveedores de tecnología, realiza seguimientos que demuestren efectividad de controles establecidos..

La Oficina de Control Interno, realiza monitoreo a los supervisores de la relación contractual con los diferentes proveedores de tecnología como lo son P.U. Gestión de Recursos Informáticos como supervisor de 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. Dando cumplimiento al Manual de la Supervisión Contractual se establece como función la verificación en el desarrollo de actividades de Control frente a las actividades realizadas por cada uno de los proveedores de Tecnología de Información

**Como oportunidad de mejora, corresponde identificar posibles riesgos de aspecto tecnológico por parte del proveedor y la forma de gestionarlos acorde al Programa de Riesgos Institucional.**

### **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, Seguridad y Privacidad de la Información, en el que se contempla la política de seguridad, la cual establece las condiciones de confidencialidad,



## Salud Sogamoso E.S.E.

disponibilidad, seguridad de la información por parte de cada uno de los usuarios autorizados por los Subgerentes de la Entidad.

Se genera matriz Excel de seguimiento y verificación acorde al rol laboral, en la que 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, en el que se evidencia la Política de Seguridad de los 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.**

Salud Sogamoso, a partir del Manual de Contratación **GLE-M-001**, en el estudio de justificación de necesidades **GLE-F-005**, se contempla lo pertinente a la identificación de Riesgos Previsibles y la cobertura de los mismos, esto para cada contrato.

La Oficina de Control Interno, realiza auditorías permanentemente a la supervisión de contratos **GLE-F-005**, en las que se prioriza lo correspondiente a la identificación de riesgos por cada contrato además de los riesgos de aspecto general y de la cobertura de los mismos; verificando la efectividad de los controles establecidos por cada riesgo.

Es necesario que se refuerce de parte de control interno el seguimiento a los riesgos identificados por parte de cada supervisor priorizando los de TI

**Desde la Oficina de Control Interno 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.**

### 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 se contaba como priorización de la acreditación en el año 2024; implícitamente contempla la actualización de políticas, manuales, procesos, procedimientos..... en el transcurso de autoevaluación y revisión de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario, por tanto la Línea Estratégica dentro de los objetivos que dan respuesta a su responsabilidad, corresponde a la evaluación, actualización de procedimientos, políticas, manuales, guías, formatos y otras herramientas necesarias en pro de lograr estándares óptimos. Determinando que los criterios de evaluación del Control Interno se encuentran





## Salud Sogamoso E.S.E.

Presente y Funcionando correctamente, a partir de lo cual se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa

La Oficina de Control interno, evidencia que, dentro de la actualización de los Procedimientos, Guías, Manuales Institucionales, Formatos..... se realiza en forma permanente, documentos que son llevados ante la Junta Directiva para su aprobación según se demuestra en el Manual de Procesos y procedimientos, que la última versión para esta vigencia es la Versión 29 según acuerdo No. 27 de Noviembre 22 del 2024, determinando así que para la vigencia 2024 se realizaron 5 actualizaciones de documentos que fueron llevados a Junta directiva para la aprobación correspondiente .

### 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 y documentación del **Programa de Gestión del Riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023** y la Matriz Formulación de riesgo directamente del Sistema de Gestión Integrado de Información.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=riesgos&option=riesgoinstitucional>

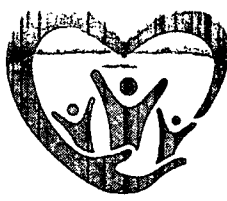
La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E., mediante el seguimiento monitoreo y administración de la matriz del riesgo, en la vigencia 2024, ha realizado monitoreo a los controles establecidos para riesgos identificados y/o actualizados, se continuara con la verificación y monitoreo del plan de acción correspondiente que coadyuve a la mitigación del riesgo, comprobando que el control realmente se ajusta a los requerimientos y cuentan con efectividad para la mitigación de riesgos.

### 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 a la política de Administración del Riesgo Actualizada aprobado por resolución 165 de abril del 2023 y documentación del **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023** 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, y **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023** y la Matriz Formulación de riesgo <https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=riesgos&option=riesgoinstitucional> , en su artículo 8.1.6 establece: Anualmente se revisa la política de Gestión del riesgo y el mapa de riesgos, de acuerdo a la necesidades y contexto de la entidad.

Realizar seguimiento cuatrimestralmente; donde cada grupo interno de trabajo deberá consolidar y verificar la ejecución de los controles y análisis de los riesgos, con el fin



## Salud Sogamoso E.S.E.

identificar las desviaciones del riesgo según sea el caso y establecer acciones inmediatas ante cualquier desviación.

La Oficina de Control Interno realizará seguimiento al mapa de riesgos de corrupción conforme a lo definido por la Ley y a los demás riesgos conforme a lo definido en el programa anual de auditorías.

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

Salud Sogamoso E.S.E. con base en la Política de Gestión del Riesgo actualizada mediante resolución 165 del 2023 bajo el direccionamiento de la P.U. Gestión por proceso, asigna la Persona(s) que ejecute el control, quien debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutarlo 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.

La Oficina de Planeación y Calidad realizaran seguimiento cuatrimestralmente, al plan de tratamiento de riesgos, con el fin de monitorear los controles establecidos acorde con la información suministrada por los equipos de trabajo. Para el desarrollo de esta actividad se diligenciará el formato denominado reporte y plan de tratamiento de riesgos.

La Oficina de Control Interno, mediante monitoreo, seguimiento y evaluación a los controles por cada riesgo y en cada proceso, sin embargo no se logró realizar la auditoría programada donde se 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 de Administración del Riesgo Actualizada, aprobado por resolución 165 de abril del 2023 y **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023** en los que se definen las responsabilidades adquiridas frente a su gestión por parte de cada P.U. Líder (Primera Línea de Defensa) 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).



## Salud Sogamoso E.S.E.

### **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 necesaria, logrando emisión de información UTIL, que cumpla con los requerimientos de información definidos por la misma Entidad y/o por Entes Externos de Control y Ciudadanía e general.

Dentro de esta información se cuenta con 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 Gerencia y Seguridad de la Información Versión 8 del 2022, Manual que se articula mediante el GRI F- 009 Formato de Identificación de Necesidades de la Información V4 Noviembre del 2022; GRI-G-001, Guía de Gestión de Incidentes de la Información; GRI-P-006, Contingencia de recursos informáticos; GRI-P-12Administracion de Redes de Área local ; 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 Formato de identificación de necesidades de comunicación GRI\_P\_009.

Proceso gestión documental mediante el software de ventanilla única, software de Información Integral de base tecnológica CNT, el cual 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 validación ENTERPRISE (laboratorio)

En lo pertinente a la información del software de Sistema de Información de Gestión Integral, mediante el cual la planeación estratégica Institucional, enfoca sus esfuerzos al cumplimiento de objetivos estratégicos.

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

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, al tiempo que responde a la Rendición de Cuentas, ante los usuarios, grupos de valor y grupos de interés.

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



Salud

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con inventario de activos **PA-GDO-P-02-F-01** **FORMATO REGISTRO ACTIVOS DE INFORMACIÓN** de la información relevante interna y externa mediante implementación del Software Ventanilla Única, para lo cual mantiene adherencia al procedimiento Gestión y Trámite Ventanilla Única de Correspondencia **GDO-P-006**, 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. Registro de Activos de Información, **GDO-F-009**, índice de información clasificada y reservada **GDO-F-010**.

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

Las tablas de valoración documental una vez fueron aprobadas por el Comité de Gestión y desempeño de salud Sogamoso; el Concejo Departamental de Boyacá emitió concepto técnico y considero que las mismas cumplen con los Requisitos Técnicos Archivísticos y fueron convalidadas; así mismo se realizó Registro único de Series Documentales de Tablas de Valoración Documental ante el Archivo General de la Nación bajo **TVD-202 de 26 enero-2024**

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, según resolución 455 del 2023.

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

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

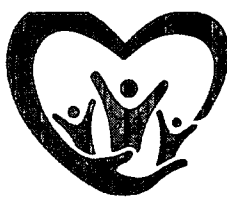
<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=9199&hl=documental>.

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

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

### **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



## Salud Sogamoso E.S.E.

A nivel interno la entidad tiene inventarios de información en El **Sistema** de Gestión Integral de **Almera**, constituyendo un método organizado, planificado, y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de apoyar los procesos de acreditación. Autoevaluación-institucional, Generación-de-informes-y-planes-de-Mejoramiento-Medición y análisis permanente, Seguimiento en tiempo real a las acciones de mejora, Gestión del Riesgo Individual, Seguridad del paciente (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

En lo correspondiente a la 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.

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)

En lo pertinente a la información que se genera para Usuarios Externos (usuarios, grupos de interés, grupos de valor) la Entidad les comunica mediante: 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 a través de indicadores:

- Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones
- Porcentaje de Comunicaciones publicadas en la página web
- Porcentaje de Solicitudes Fortuitas Atendidas

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 para lo cual se cuenta 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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

La Oficina de Control interno para la vigencia 2024 ha revisado y monitoreado respecto al cumplimiento de la Gestión de Recursos Informáticos y de comunicaciones internas y externas, en lo pertinente a verificación del eficiente manejo de la información, utilizando recursos adecuados, apoyados en lineamientos que garanticen la confidencialidad, privacidad, seguridad y confiabilidad de la información.

Verificar que Todo colaborador de la entidad sea responsable de preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información en cumplimiento de la política de la Seguridad de la Información.

### 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. Antes de iniciar actividades del Talento Humano se realiza el procedimiento de Inducción en el cual se da a conocer la misión, Visión, Objetivos estratégicos; a través del cual se realiza la importancia del Talento Humano en la consecución de los objetivos de cada proceso con enfoque del objetivo estratégico Institucional

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 comunicación que le coadyuva en la verificación del logro del objetivo Institucional.

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

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

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

### **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 tiene adoptada 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 el Talento Humano en salud Sogamoso E.S.E. **Procedimiento de Comunicaciones PA-GRI-GC-P-01**

Los Niveles de autoridad y responsabilidad se encuentran implícitos en cada procedimiento y en forma general dentro de las responsabilidades asignadas a partir de las líneas de defensa, contempladas en la política de Control Interno Institucional.

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 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 PA -GRI-GC-F-02 Se tiene cuenta La matriz de necesidades de Comunicaciones Internas GMC-F-015, Plan de Comunicaciones GMC-F-039, a los cuales se mantiene adherencia.

### **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**

Se cuenta con el procedimiento Escuchándote Mejoramos GTH-P-021, 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&documentoid=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>.



## Salud Sogamoso E.S.E.

Se documentó el procedimiento GAA-P-050 tramite de PQRSF. Es un procedimiento que resulta 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 evidenciando la eficacia, eficiencia y efectividad 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.

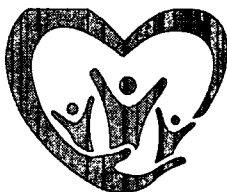
Así mismo desde la Oficina de Control Interno, se evidencia que los diferentes canales de comunicación al interior de la Entidad sean presenciales, virtuales, Anónimos, se desarrolle en forma apropiada manteniendo adherencia al procedimiento. Así mismo se verifica la efectividad del Buzón interno producto 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 directa 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.

Es indispensable mencionar que para la vigencia 2024, se descuidó un poco la efectividad del procedimiento escuchándote mejoramos. Procedimiento que debe ser priorizado para el 2025

### **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 conlleva una adecuada y efectiva comunicación interna, mediante 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 I.P.S. garantizando el adecuado uso de la imagen corporativa que se ajusta a los lineamientos establecidos en el plan de comunicaciones. Asimismo, establece el **Procedimiento de Comunicaciones PA-GRI-GC-P-01** 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.





## 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.

**PE-CQL-P-014** PROCEDIMIENTO GESTION Y DESARROLLO DE LA ADECUADA COMUNICACION ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES

"<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; **Procedimiento de Comunicaciones PA-GRI-GC-P-01** el cual contempla Comunicación Interna, Externa, Medios de Comunicación, Componente de Comunicación Publica, Comunicación Organizacional, lo cual se articula con los formatos GMC-F-015 Necesidades de comunicación. GMC-F-003 cronograma de comunicaciones, GDO-F-08 Registro de Información Enviada; todo esto 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 con LISTA DE CHEQUEO PARA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA SALUD SOGAMOSO E.S.E. mediante el formato GMC-F-004 procedimientos para el uso de página web institucional, redes sociales y correo electrónico. Así mismo se cuenta con PA-GRI-GC-P-01-F-0 CRONOGRAMA DE COMUNICACIONES.

La Oficina de Control Interno, verifica que se ha mantenido adherencia a las guías, procedimientos, formatos establecidos para lograr un buen control de la comunicación externa e interna en relación con los contratistas, proveedores de servicios tercerizados.

DENTRO DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS PARA LA PRESENTE VIGENCIA:

- A) Posibilidad de afectación económico reputacional por inoportunidad en la publicación de información en la página web.
- B) Posibilidad de afectación económico reputacional por la falta de adherencia de cada proceso institucional al plan de comunicaciones, lo que con lleva a la desinformación en la comunicación interna y externa.



## **Salud**

ES IMPORTANTE INDICAR QUE LA NECESIDAD DE ADHERENCIA AL DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO GMC-P-001 BUENAS PRÁCTICAS PARA GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS EN **SALUD SOGAMOSO E.S.E.**

Como oportunidad de mejora, tener en cuenta las recomendaciones de FURAG, respecto 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 implementa el **PA-GRI-GC-P-01-F-0 CRONOGRAMA DE COMUNICACIONES** en el cual el P.U. de Gestión de proceso que desea publicar establece el cronograma de comunicaciones, define el canal de comunicación en que desea la publicación, descripción de la actividad, y esta cuenta con campos de seguimiento al cumplimiento de la necesidad

Referente a comunicaciones Externas, se cuenta con diferentes formas de publicación acorde a la necesidad como lo son 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, **Procedimiento de Comunicaciones PA-GRI-GC-P-01** el cual contempla Comunicación Interna, Externa, Medios de Comunicación, Componente de Comunicación Pública, Comunicación Organizacional. GMC-F-015 Necesidades de comunicaciones Internas. GMC-F-004 Lista de Chequeo para ley de Transparencia. GMC-M-002 Manual de Imagen corporativa (actualizada), 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 Verifica adherencia a todos los Procedimientos Institucionales establecidos para la efectiva comunicación externa. Desde la Oficina de control Interno se cree importante continuar con el fortalecimiento de los medios de comunicación internos y externos Institucionales.

### **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.....



## Salud Sogamoso E.S.E.

La Gerencia analiza y deriva en la profesional responsable de ventanilla Única la división 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 han establecido auditorias de adherencia en forma permanente.

Es importante mencionar que falta adherencia por parte de los P.U Líderes de Proceso al procedimiento de ventanilla única.

### **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>.

Sin embargo falta establecer un indicador frente a la medición de efectividad de comunicaciones externas y verificar la satisfacción de los grupos de valor y grupos de interés

### **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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

<https://saludsogamoso.gov.co/wp-content/uploads/2024/07/CARACTERIZACION-DE-USUARIOS-20231.pdf>.

En la Página Web se encuentra al año 2023, se hace necesaria la publicación de la caracterización 2024, 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 del servicio.

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

### **COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO**

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

### **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 su ejecución?**

En el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (resolución 108 del 15 de febrero del 2022) articulado con la ley 87 de 1993 y decreto 648 del 2018, establece dentro de sus funciones, la aprobación del Plan de auditoría, formulado y presentado por la Profesional Líder de Proceso, quien lo realiza bajo criterios de severidad del riesgo.

Una vez la Oficina de Control Interno presenta el Plan Anual de Auditoría de la vigencia, basada en riesgos por procesos, en el que registra los informes de ley a presentar, asimismo la programación de los comités institucionales (previamente aprobado y publicado en la página web). Para la vigencia 2024 se aprobó mediante acta 1 de Marzo 11 del 2024.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E. socializa ante el Comité de Coordinación de Control Interno el Plan de Auditorías de la vigencia 2024, el cual fue aprobado una vez se realizarán unos ajustes según acta 1 de Marzo 11 del 2024. 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 del Sistema de Información Almera.

Para la vigencia 2024 se realizó el seguimiento y socialización con corte a Diciembre del 2024, según acta 4 del 5 de diciembre del 2024, que una vez se realiza ajuste al programa de auditorías, aprobado por Comité de Coordinación de Control interno, se observa un cumplimiento del 100%.

**<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=indicadores&indicadorid=1755&option=seguimientoindicador&ruta=proceso&claseid=6076#subtabPage3>**

### **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 y análisis de indicadores.



## Salud Sogamoso E.S.E.

La Alta Dirección en Comité de Coordinación de Control Interno conformado por todos los P.U. de Gestión por Proceso Institucional y presidido por el 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, en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se hace séguimiento y medición a través de indicadores sobre los criterios y lineamientos de la Matriz de Evaluación del Sistema de Control Interno.

Una vez se ha realizado la autoevaluación del sistema de control interno de la IPS y con base en los resultados obtenidos se realiza comparación con los obtenidos en el FURAG y MECl, determinando desviaciones, de lo cual nace PLAN DE ACCION que dé respuesta a Oportunidades de Mejora.

**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 (2024) 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 2024, PAMEC Institucional 2024. Como punto de evaluación del riesgo por parte de la Oficina de Control Interno, se realiza séguimiento a todos los procesos con lo cual se evidencia la efectividad de los controles establecidos.

La oficina de Control Interno, para la vigencia 2024, planteo el POAS de la Oficina en el que se relaciona el Programa Anual de Auditorías, así mismo informe de ley exigidos por Entidades de control por Entidades del orden Nacional, Departamental, Municipal. En período Cuatrimestral se hace séguimiento a la efectividad de los controles por proceso mediante auditorías internas, las que fueron radicadas ante Ventanilla Única a Gerencia.

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod\\_operativo/proyectos/control\\_proyecto.php?proyecto=374](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=374)

**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, séguimiento 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 MECl.



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 2024-2027, 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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=mecanismos&option=veracta&actaid=867>

### **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.

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.

### **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**



## Salud Sogamoso E.S.E.

Se realiza actualización al procedimiento de Auditoría como Evaluación Independiente GCI-P-002, según acta 2 de Junio 19 del 2024, cuyo resultado se entrega a la Alta Gerencia para la toma de decisiones a que haya lugar.

De ser necesario se solicita la formulación del plan de mejora, que da respuesta a la no conformidad y/o desviación identificada; con lo cual se busca que el proceso auditado logre la mejora y coadyuve al objetivo Procesal e Institucional.

La Oficina de Control Interno a través de las evaluaciones independientes interviene en la verificación de efectividad del sistema de control interno; una vez ejecutadas las auditorías independientes se identifica no conformidades que deben ser observadas por parte del auditado iniciando por la formulación de los planes de mejora.

Las acciones planteadas en la formulación de los planes gozan de monitoreo, seguimiento, evaluación y medición de avance, a través del cual se determina la efectividad de gestiones.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=indicadores&indicadorid=1348&option=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 evidencia y que de ser necesario 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 desviaciones que sean de su pertinencia acorde a los roles establecidos para cada uno.

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, Secretaría de Salud Departamental, 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.

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=adm\\_planes&option=verPlan&plan=112](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=adm_planes&option=verPlan&plan=112)

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





## Salud Sogamoso E.S.E.

La Entidad cuenta con políticas donde se establece a quien reportar las deficiencias de Control Interno, como resultado del monitoreo continuo, dentro de las cuales están: 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. Como Instancia de Responsabilidad Máxima se establece la Línea Estratégica.

En forma similar la Entidad cuenta con políticas por cada proceso en el que se contemplan 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 identifican fortalezas y debilidades con el ánimo de emprender acciones que mitiguen las brechas en su seguimiento y evaluación

Es importante mencionar 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 y en forma Transversal.

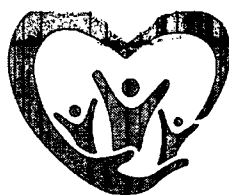
### **17.4 La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido.**

En Salud Sogamoso E.S.E., según la disposición del Comité de Coordinación de Control Interno y el Comité Gestión y Desempeño los dos 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 dentro de las funciones contempla la de realizar 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.

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.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=mecanismos&option=veracta&actaid=808>



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

Salud Sogamoso E.S.E acorde al Manual de Contratación Institucional en la sección de estudios previos y en el artículo 12 en 12.7. Contempla lo referente al análisis de riesgos previsible y la forma de mitigarlos, se prevén los riesgos a partir de la justificación de necesidades, buscando con ello el estricto cumplimiento de los principios de la contratación estatal y la función administrativa a efecto de mitigar, controlar y eliminar los conflictos que, como consecuencia de la contratación, puedan resultar comprometiendo la responsabilidad de la ESE.

La responsabilidad de evaluación de procesos y/o servicios tercerizados se gestionan en cabeza de los supervisores de contrato designados por la gerencia; acorde a su responsabilidad corresponde a ellos estar atentos a los riesgos que atañen a cada contrato en particular, según requerimientos de la etapa precontractual en estudio de necesidades donde se tienen en cuenta como mínimo : los riesgos jurídicos, financieros, salarios y prestaciones, responsabilidades, calidad.... 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 realiza seguimiento a las supervisiones contractuales mediante auditorias evidenciando el seguimiento al componente de los posibles riesgos en que se pudiere incurrir y que alcanzare afectar el objetivo procesal.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=indicadores&option=editarmedicion&indid=1755&mid=24287#>

### **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=9392&hl=peticiones>

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

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

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

La Oficina de Control Interno verifica la evaluación al proceso **Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad.** Se hace uso del **procedimiento GAU-P-007 Trámite de Peticiones Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades** medición satisfacción del usuario" el cual se articula con el **Formato GAU-F-004** con el fin de verificar el cumplimiento de la gestión realizada a las comunicaciones que ingresaron durante el periodo de estudio considerado en la presente evaluación, y que fueron identificados como Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades – PQRSDF a través de los canales de atención al ciudadano establecidos por la Entidad, teniendo en cuenta lo establecido por la Ley 1755 de 2015.

<https://saludsogamoso.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/INFORMEESCIDIC2023.pdf>

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

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=tramites>

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

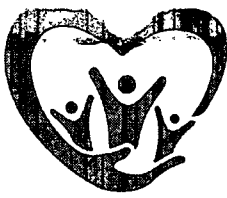
Los P.U. Líderes de procesos han presentado planes de mejoramiento que incluyen acciones tendientes a mejorar los procesos acordes a las auditorías internas de gestión realizadas por Control Interno.

Se continúa fortaleciendo la Implementación de la política de Administración del Riesgo Actualizada, aprobado por resolución 165 de abril del 2023 y documentación del **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023** y la Matriz Formulación de riesgo directamente del Sistema de Gestión Integrado de Información., avanzando en la identificación, análisis, valoración, manejo y monitoreo de riesgos de los procesos o la inclusión de nuevos riesgos, cuando a ello hubiere lugar. Control Interno realiza seguimiento al del cumplimiento de los planes de mejoramiento institucional y por procesos presentados por los equipos de trabajo, comunicando los resultados las recomendaciones correspondientes a la Gerencia.

Asimismo, 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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

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

Salud Sogamoso E.S.E. mediante la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa adelanta evaluación a las acciones establecidas en los Planes de Mejoramiento del Sistema, de conformidad con lo establecido en el procedimiento GQL-P-002 planes de mejoramiento, aunado con el Formato GQL-F-006 plan mejoramiento y sistema de información Almera: [https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=adm\\_planes](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=adm_planes).

Se realiza el seguimiento a los planes de mejora.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=documentos&option=ver&actual&documento id=10290&hl=mejoram>.

Se hace seguimiento en forma permanente según GQL-F-020. Seguimiento auditorio y según el POAS de la Oficina de Control Interno

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa realiza la evaluación a la efectividad de las acciones establecidas en los Planes de Mejoramiento del Sistema para el 2024, en cumplimiento al Planes de mejoramiento continua 2024 y de conformidad al

procedimiento GQL-P-002 planes de mejoramiento. Se realiza seguimiento del mismo según actividades del POAS, PAMEC y Riesgos de Gestión.

Se cuenta con indicador de medición y formulación de los planes de mejora, otro indicador de medición de efectividad de planes de mejora en periodos cuatrimestrales. De lo anterior se determina que la formulación de los planes de mejora que debían formularse antes del 31 de diciembre se formularon, quedando pendiente de formulación de aquellos planes resultantes de auditorías realizadas en los meses de noviembre y diciembre

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

Segun las NIA dentro de las deficiencias en se que podría incurrir el control interno institución-son:

La probabilidad de que las deficiencias den lugar a futuras incorrecciones materiales en los estados financieros.

La exposición del activo o pasivo a pérdida o fraude.



## Salud Sogamoso E.S.E.

Las cantidades en los estados financieros que podrían estar afectadas por las deficiencias. La causa y la frecuencia de las excepciones detectadas como consecuencia de las deficiencias.

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)

Se recomienda continuar con la evaluación de efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea).

**GILMA JANETH PERICO GRANADOS**

**P.U. CONTROL INTERNO**

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