



Salud Sogamoso E S E

2024GCI-057

Sogamoso Agosto26 - 2024

Jefe

**JAIME VARGAS SALAMANCA**

Gerente

Salud Sogamoso



**REF: Informe de Evaluación del Sistema de Control interno- ESCI Junio 2024**

**Respetada Jefe:**

Por medio del presente, me permito hacer entrega de Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno, con corte Junio2024.

Dando cumplimiento de las 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 completo donde se presenta pregunta a pregunta en Word y la Matriz en Excel, es publicado en página web. Los soportes en forma magnética en carpeta de informes.

Agradezco la atención prestada a este informe

**GILMA JANETH PERICO GRANADOS**

Oficina Control Interno

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 amerita seguir fortaleciendo, como es el caso de evaluación del riesgo y actividades de control. Así mismo los aspectos identificados con 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): SI**

SI, una vez definida la Política de Control

Interno, en la cual se tiene en cuenta los objetivos Estratégicos Institucionales a evaluar se ha tenido en cuenta conformantes de las líneas de defensa y las responsabilidades que conlleven al desarrollo de misión en pro de la Visión establecida; 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. En el primer semestre se han materializado dos riesgos, los cuales deben establecer controles que contengan efectividad en su plan de acción sin presentarse materialización de riesgos en la entidad. Lo anterior, de acuerdo con 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.

**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 sin embargo en este momento las líneas de defensa están en proceso de adaptación por parte de los P.U. de Procesos, el sistema de control interno cuenta con el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con funciones complementarias y participación de los mismos integrantes.



## Salud Sogamoso E.S.F.

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 esta Presente y Funcionando**

**EN PROCESO**

**Nivel de Cumplimiento Junio 30 2024**

**65%**

Este componente mostró 29 puntos porcentuales menos 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.
- La planeación estratégica y política de gestión del riesgo actualizada cuenta con los elementos para dar continuidad al seguimiento al cumplimiento.
- Una vez se finalice la etapa de gestión del Riesgo, se determina la efectividad de los controles

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

1. Reforzar las directrices y acciones relacionadas con la Política de integridad y conflicto de Intereses, enfocado en los criterios 1.1. Elementos de control (1,1 – 1,4 – 1-5).
2. Se dé cumplimiento a controles establecidos del tiempo de respuesta en el procedimiento de ventanilla única
3. Se realice Identificación de Riesgos acorde al Programa documentado por el P.U. de Planeación Institucional -en articulación con el Proceso de Gestión de Calidad.
4. Se hace indispensable Reforzar lineamientos para riesgos de seguridad de la información" los riesgos del SGSPI que deben ser incluidos en la matriz de Gestión de Riesgos, acciones de seguimiento y monitoreo. Verificando los numerales (3,1) .
5. Se hace necesario fortalecer el criterio de Evaluación de los productos y servicios en los cuales participan contratistas de apoyo (4.7) y supervisores de Gestión Contractual.



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

**EN PROCESO**

**Nivel de Cumplimiento componente:**

**74%**

Este componente mostró 11 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 y divulgada a todos los P.U. Líderes de proceso, definiendo los lineamientos que componen el Sistema de Gestión, es necesario referir que se apoya en el Modelo de tres líneas de defensa .

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

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

-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**

-En proceso actualización de la Matriz de Riesgos con base en el Programa de Gestión de Riesgos documentado, con expectativa de ser desarrollado en el segundo semestre del 2024.

-Se hace necesario que los supervisores de contratación realicen gestión de los riesgos que puedan afectar el objetivo del desarrollo con efectividad para la I.P.S. y que en determinado momento puedan afectar 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



## Salud

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 mostró 20 puntos porcentuales menos con respecto a la evaluación 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 2022; tales como definición de las líneas de defensa y se ha concretado responsabilidad por cada una de ellas según, el programa de riesgos, Formatos, Matriz que ayuda a garantizar la gestión del riesgo a partir de la identificación hasta su mitigación (Gestión), mediante lo cual se busca cumplimiento del objetivo, a través del 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 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. A través de políticas y procedimientos, Y Programa, documentadas por medio y socializadas a todos los empleados, se establecen roles, responsabilidades y el detalle de las actividades de control que deben ser ejecutadas a nivel de procesos.

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

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

Debilidades: No se identificaron debilidades.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA**



## Salud Sogamoso E.S.E.

-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 20211700000005-5 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.
4. Identificar, aprobar, implementar un proceso de valoración y actualizar 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 on premise
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)
7. Elaborar un diagnóstico de seguridad y privacidad de la información para la entidad a través de la herramienta de autodiagnóstico del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI). Posteriormente, presentar y lograr la aprobación del diagnóstico en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional.



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

8. Contar con un Plan de Continuidad del Negocio BCP, definido, documentado e implementado para los procesos críticos y misionales
9. Contar con un firewall licenciado y con soporte para los temas de seguridad perimetral de la infraestructura on premise

#### **4. INFORMACION Y COMUNICACION**

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

**Nivel de Cumplimiento componente: a Junio 30 del 2024** **96%**

Este componente No refiere movimiento alguno con respecto a la evaluación del 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 recepciona 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**



## Salud Sogamoso E.S.E.

**COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN. CONSULTA 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.

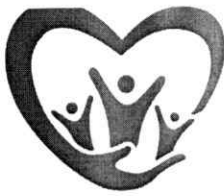
Durante el primer semestre del 2024 Salud Sogamoso E.S.E. continua con la verificación y monitoreo de lineamientos generales que deben cumplirse para publicar y divulgar la información a través medios de divulgación y comunicación, con el fin de difundir información relacionada con la actividad misional y los servicios Institucionales.

### **DEBILIDADES:**

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. Se hace necesario trabajar frente a la identificación de las siguientes oportunidades de mejor

1. Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre información contractual.
2. Publicar en el Menú participa de su Sede Electrónica información actualizada sobre planeación y presupuesto participativo
3. Publicar en el Menú participa de su Sede Electrónica información actualizada sobre colaboración e innovación.
4. Publicar en el menú Atención y servicio a la ciudadanía de su Sede Electrónica información actualizada sobre Trámites, Otros Procedimientos Administrativos (OPAS) y consultas de acceso a información pública (CAIP)





## Salud Sogamoso E.S.E.

5. Para la identificación de los riesgos de corrupción incluir el impacto con enfoque de derechos fundamentales

6. Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción los factores externos de presión en temas regulados que pueden incidir en las decisiones institucionales

7. Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción la falta de publicación de los procesos precontractuales, contractuales o postcontractuales en Secop II

8. Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción la falta de herramientas tecnológicas para la transmisión de datos e información entre procesos y a nivel externo

9. Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción los arqueos de caja adelantados por personal no idóneo y sin la autoridad requerida

### 5. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

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

**Sí.**

**Nivel de Cumplimiento componente: a junio 30 del 2024**

**93%**

Este componente No refiere movimiento alguno con respecto a la evaluación del 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 incorporar acciones para la mejora en los diferentes procesos de la Entidad

3. 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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el POAS del Comité de Coordinación de Control interno, el POAS de la Oficina de Control interno, Plan de Auditorías de la Oficina de Control interno, así mismo supervisa durante el año y de manera periódica su ejecución. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno evalúa el funcionamiento del Sistema de Control Interno y realiza seguimiento a los compromisos adquiridos por la administración.

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

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

### **Debilidades: No se identificaron debilidades.**

**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 o quien haga sus veces, 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 plan estratégico de talento humano.
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.
3. 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).
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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

6. Tener en cuenta la provisión de empleos vacantes dentro de la planeación estratégica del talento humano.
7. Realizar auditorías internas, externas y de certificación o recertificación respecto al estándar ISO 27001 en la entidad.
8. Para la identificación de los riesgos de corrupción incluir el impacto con enfoque de derechos fundamentales.
9. Para la identificación de los riesgos de corrupción incluir el impacto con enfoque de derechos fundamentales.
10. Medir la focalización, verificando si los usuarios reales a los que se está cubriendo coinciden con la población objetivo.
11. Medir el logro de programas, proyectos y su contribución para resolver las necesidades de los grupos de valor
12. La entidad debe intervenir el fondo documental Acumulado y elaborar sus Tablas de Valoración Documental para valorar los documento producidos sin criterios de organización y conservación.
13. Incorporar en la ficha técnica de los indicadores utilizados por la entidad las desagregaciones
14. Implementar en la entidad el plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información.
15. Identificar los riesgos asociados, a las fallas éticas y de compromiso con lo público que afectan un desarrollo objetivo e imparcial en el manejo y regulación de los recursos públicos
16. Identificar las posibles situaciones que afecten la integridad pública teniendo en cuenta los procesos de capacitación institucional relacionados con escenarios para mejorar el conocimiento sobre el régimen disciplinario en lo relacionado con la obligación de denunciar irregularidades.
17. Identificar las posibles situaciones que afecten la integridad pública teniendo en cuenta el seguimiento a las denuncias internas y externas.
18. Identificar las posibles situaciones que afecten la integridad pública teniendo en cuenta el procedimiento para las denuncias entre la ciudadanía y grupos de valor.
19. Identificar las instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo al Oficial de seguridad de la información o quien haga sus veces, como instancia de 2ª línea de defensa, encargada de evaluar en cumplimiento de los controles asociados a las Políticas de Seguridad de la Información.



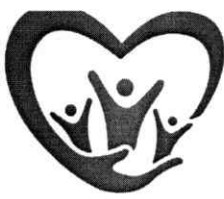
## Salud Sogamoso E.S.E.

20. Identificar en la evaluación de la gestión de la información realizada por el jefe de control interno o quien hace sus veces, las debilidades o hallazgos y comunicarlas al comité institucional de coordinación de control interno y/o al representante legal para la toma de decisiones.
21. Generar, por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, 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.
22. Generar, por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, alertas o recomendaciones con alcance preventivo en relación con Incumplimientos o retrasos que afectan la defensa jurídica y prevención del daño antijurídico
23. 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
24. 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.
25. 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 gestión financiera (presupuestal, contable, de tesorería e informes financieros).
26. Generar, por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, alertas o 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
27. Garantizar la anonimidad del peticionario o denunciante, frente a la recepción de denuncias a través de los diferentes canales de la entidad.
28. Formular una estrategia y cronograma de trabajo para adoptar la política de integridad en la entidad.
29. 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).
30. Evaluar, a partir del ejercicio de las funciones, roles y competencias del jefe de control interno o quien hace sus veces, la estrategia establecida para la apropiación del código de integridad o el documento que haga sus veces en la entidad.
31. Evaluar o hacer seguimiento a la estrategia anual para adoptar la política de integridad de la entidad.



## Salud Sogamoso E.S.E.

32. 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.
33. 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.
34. Evaluar el nivel de apropiación de los valores del código de Integridad en los servidores públicos y contratistas
35. Estructurar el informe ejecutivo de resultado de las auditorías, para facilitar la comunicación de resultados y su publicación en página web.
36. Establecer en el mapa de riesgos, los riesgos relacionados con seguridad y salud en el trabajo (de acuerdo con el proceso aplicable).
37. Establecer convenios, acuerdos o esquemas de trabajo colaborativo para fortalecer el conocimiento de los servidores de la entidad
38. 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
39. 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
40. Emplear diversos mecanismos para dar a conocer los lineamientos establecidos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a sus grupos de valor y a la ciudadanía
41. Elaborar un 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.
42. Documentar y actualizar los procedimientos contables.
43. Designar un líder, área o grupo responsable de la formulación, implementación y seguimiento de gestión de la política de integridad.
44. Desarrollar por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, auditorías a otros sistemas de gestión bajo normas voluntarias (estándar ISO), así como otros de obligatoria implementación como el relacionado con sistema de seguridad y salud en el trabajo, los relacionados con el sistema de salud (donde aplique) entre otros, en coordinación con los líderes de dichos sistemas.
45. Desarrollar las actividades propuestas en materia de integridad en la caja de herramientas propuesta por Función Pública a los servidores públicos y contratistas.




## Salud Sogamoso E.S.E.

46. Definir el cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad a partir de los indicadores establecidos y tomar las medidas necesarias para lograr un mayor cumplimiento.}
47. Coordinar acciones de acompañamiento (entre las áreas de planeación y control interno) a los líderes de proceso para la estructuración de los planes de mejoramiento y su posterior seguimiento.
48. Aplicar inventario de riesgos materializados como herramienta para la gestión del riesgo en la entidad.
49. Analizar los eventos (materializaciones del riesgo) teniendo en cuenta la información a partir de los servicios internos de soporte (mesa de ayuda) en materia de tecnología.
50. 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.
51. Analizar la información recibida a través de la encuestas de clima laboral de la entidad, para evaluar el cumplimiento de la política de integridad.
52. 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.

### CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, el Sistema de Control Interno presenta Estancamiento en el consolidado de la evaluación según ESCI, de acuerdo con las evidencias presentadas por los procesos y lo descrito en cada componente, es decir, presenta disminución para el primer semestre del 2024, que podría adjudicarse a la Transición Gubernamental.

Para restablecer la tendencia positiva en la evaluación de los controles, se hace necesario reforzar el compromiso que logre efectividad de los controles que aunados con las fortalezas que se identifican en este informe. Para el caso de oportunidades de mejor ay 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 2024

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



Salud Sogamoso E.S.E.

ANEXOS ESCI JUNIO 30 DEL 2024

Desarrollo de matriz ESCI corte Junio 30 del 2024

Nombre de la Entidad / Período Evaluado:		SALUD SOGAMOSO E.S.E.	
		VIGENCIA A JUNIO del 2024	
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad	78%
<b>Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno</b>			
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (S/No)	En proceso	<p>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 amerita seguir fortaleciendo, como es el caso de evaluación del riesgo y actividades de control, los aspectos identificados con deficiencia de control en su diseño y/o ejecución.</p> <p>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>	
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (S/No)	SI	<p>SI, una vez definida la Política de Control Interno, en la cual se tiene en cuenta los objetivos Estratégicos Institucionales a evaluar, se ha tenido en cuenta conformantes de las líneas de defensa y las responsabilidades que conlleven al desarrollo de misión en pro de la Visión establecida; 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. En el primer semestre se han materializado dos riesgos, los cuales deben establecer controles que contengan efectividad en su plan de acción sin presentarse materialización de riesgos en la entidad. Lo anterior, de acuerdo con 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.</p>	
¿Justifica su cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones?	SI	<p>SI sin embargo en este momento las líneas de defensa están en proceso de adaptación por parte de los P.U. de Procesos, el sistema de control interno cuenta con el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con funciones complementarias y participación de los mismos integrantes.</p> <p>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	¿Componente está presente y funcional?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las fortalezas y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado	Estado del componente
Ambiente de control	SI	65%	<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>-Una vez se finalice la etapa de gestión del Riesgo, se determina la 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, enfocado en los criterios 1.1. Elementos de control (1,1 – 1,4 – 1-5).</li> <li>2. Se dé cumplimiento a controles establecidos del tiempo de respuesta en el procedimiento de ventanilla única</li> <li>3. Se realice identificación de Riesgos acorde al Programa documentado por el P.U. de Planeación Institucional -en articulación con el Proceso de Gestión de Calidad.</li> <li>4. Se hace indispensable Reforzar lineamientos para riesgos de seguridad de la información" los riesgos del SGSPI que deben ser incluidos en la matriz de Gestión de Riesgos, acciones de seguimiento y monitoreo. Verificando los numerales (3,1) .</li> <li>5. Se hace necesario fortalecer el criterio de Evaluación de los productos y servicios en los cuales participan contratistas de apoyo (4,7) y supervisores de Gestión Contractual.</li> </ol>	94%	-29%



# Salud Sogamoso E.S.E.

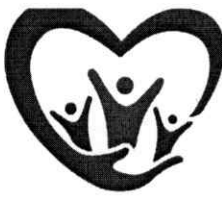
SI	74%	<p>Salud Sogamoso E.S.E. ha implementado el Sistema de Gestión de Riesgo (SGR), a través de actualización de la política aprobada Según Resolución 145 DEL 2023 y divulgado a todos los P.U. Líderes de proceso, definiendo los insumos que componen el Sistema de Gestión, es necesario reafirmar que se apoya en el Modelo de Línea de Defensa.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. Cuenta con Gestión Basada en Procesos que permite de manera clara la identificación de los procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Control junto con sus objetivos.</p> <p>Se cuenta con la elaboración anual del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) 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 libertad contra la corrupción y mejorar la interacción entre el grupo de interés, ciudadanía en general, a través del mejoramiento de los mecanismos de atención, transparencia y rendición de cuentas.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con proceso de planeación estratégica contempla objetivos estratégicos y objetivos a nivel de procesos mundiales y de apoyo, así como objetivos de proyectos para la adecuada evaluación de sus riesgos y la definición de actividades de control.</p> <p>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.</p> <p>Oportunidades DE MEJORA</p> <p>En proceso actualización de la Matriz de Riesgos con base en el Programa de Gestión de Riesgos documentado, con expectativa de ser desarrollado en el segundo semestre del 2024.</p> <p>Se hace necesario que los supervisores de controlación realicen gestión de los riesgos que puedan afectar el objetivo del desajuste con efectividad para la IPS, y que en determinado momento puedan afectar la prestación del servicio ofrecido de forma directa los riesgos institucionales.</p>
----	-----	--

SI	63%	<p>Se ha dado continuidad a las actividades de control de los riesgos identificados en la matriz de riesgos del 2022; tales como definición de las líneas de defensa y se ha concretado responsabilidad por cada uno de ellas según, el programa de riesgos, formatos, Matriz de riesgos y procesos, formatos, Matriz de riesgos y procesos.</p> <p>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 establece los roles, responsabilidades y funciones de las líneas de defensa.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido insumos a través del Modelo de Gestión Basado en Procesos y del Modelo de Gestión Integral de Riesgos para rediseñar el diseño de controles mundiales, bajo criterios de adecuada segregación de funciones, mitigación adecuada de los riesgos relacionados, considerando los criterios propios de cada proceso, los cambios en el mismo y la regulación aplicable. A través de políticas y procedimientos, y Programación, ocurridos por medio y asociados a todos los empleados, se establecen roles, responsabilidades y el detalle de los procedimientos de control que deben ser ejecutados a nivel de procesos.</p> <p>Los P.U. Líderes de proceso que ejercen la función de administradores y gestores de riesgos son quienes, mediante autorización, definen la necesidad de nuevos controles, que conlleven a niveles de riesgo a niveles de zona de riesgo aceptables e inaceptables. El Departamento de Control Interno realiza evaluaciones independientes sobre el diseño y operación de los controles de acuerdo con actividades de control.</p> <p>Definidas No se identificaron debilidades.</p> <p>Oportunidades DE MEJORA</p> <p>Se hace necesario establecer lineamientos e identificar los riesgos que se puedan derivar de la adquisición del servicio de software y sus actividades, para lograr adecuado gestión por parte de los P.U. Líderes de proceso como primera línea de defensa.</p>
----	-----	--

SI	94%	<p>La Entidad dispone de información confiable y segura para la relación del servicio y el cumplimiento de las responsabilidades de control interno (Forma de acciones, 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, confiabilidad y disponibilidad de los datos e información de la gestión institucional. La entidad respalda y protege la integridad de los datos e información confiables y seguros que respalda la transparencia de la gestión institucional.</p> <p>El Modelo de Gestión Basada en Procesos y el Modelo de Gestión Integral de Riesgos, permiten de manera clara la identificación de los procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Control junto con sus objetivos.</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con política de comunicación interna, se define los roles, responsabilidades y procedimientos (página web).</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con políticas de comunicación interna, se define los roles, responsabilidades y procedimientos (como son): Procedimiento de Ventilación Única, Intranet, Correo, Redes Sociales, Publicaciones, atención presencial, telefónica y virtual. Se han establecido varios medios que permiten la comunicación interna y externa (correo electrónico, página web, redes sociales, publicaciones, Intranet, Correo, Redes Sociales, Publicaciones, atención presencial, telefónica y virtual).</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con política de comunicación externa, se define los roles, responsabilidades y procedimientos (página web).</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con políticas de comunicación externa, se define los roles, responsabilidades y procedimientos (página web).</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con políticas de comunicación externa, se define los roles, responsabilidades y procedimientos (página web).</p>
----	-----	---

SI	93%	<p>Fortalezas:</p> <p>Salud Sogamoso E.S.E. Estableció el esquema de 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 rediseñar el seguimiento y la toma de decisiones frente al control.</p> <p>Se realizan actividades de seguimiento por parte de la segunda línea de defensa (líderes de proceso), se documenta a través de normas y reportes de seguimiento orientados a incorporar acciones para la mejora en los diferentes procesos de la Entidad.</p> <p>3. Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de la tercera línea de defensa.</p> <p>El monitoreo del sistema de control interno de Salud Sogamoso E.S.E. se realiza evaluaciones periódicas independientes acorde a los planes de mejoramiento de los planes de mejoramiento al Comité de Seguimiento y Articulación de los resultados de las evaluaciones, así como el seguimiento a riesgos oportunos de mejoramiento para la mitigación de riesgos.</p> <p>El Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno aprueba anualmente el Comité de Coordinación de Control Interno, el POAS de la Oficina de Control Interno, así mismo supervisa durante el año de Control Interno y realiza seguimiento a los compromisos adquiridos por la administración.</p> <p>En el primer semestre de 2023 Salud Sogamoso E.S.E. ha fortalecido su esquema de monitoreo al sistema de control interno.</p>
----	-----	--





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 publico

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

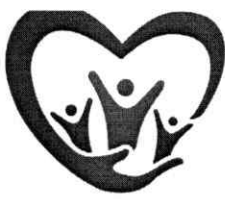
Se cuenta con formato para que funcionarios y contratistas den a conocer un posible conflicto de interés PE-GLE-C-P-01-F-01. así mismo cuenta con indicador GLE-C-04 número de contratistas obligados y que hayan realizado el curso de integridad y transparencia. Medicion bimestral.

<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicadorid=3091&ruta=proceso&claseid=6081>. Así mismo se cuenta con indicador 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&documentoId=9951&hl=conflictos>. De otra parte, se realiza seguimiento a Quejas o denuncias sobre servidores (PQRSF-Comité Ética- Comité de Convivencia),



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

<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 seguimiento y control que permiten el monitoreo de la información y resultados frente a la gestión de situaciones de conflictos de interés, declaración de bienes y rentas, declaraciones presentadas en el aplicativo por la integridad por parte de los sujetos obligados, posibles faltas al código de integridad, como elementos 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 correspondne a:

<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, verifica la identificación de los riesgos propios de conflictos sin embargo aun no se han actualizado para la vigencia 2024.

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

Se observa que, para el primer semestre, aun no se han actualizado y/o identificado nuevos riesgos posibles riesgos que generen conflictos de interés y de corrupción tanto de la planta permanente, como de la planta temporal y de contratistas.

Se practicó Auditoria 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 publicado la Matriz de 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, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.

En sesión del 11 de Marzo de 2024 el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprobó el Plan Anual de Auditoria para la vigencia 2024.

En sesión del Comité de Coordinación de Control Interno, del día 19 de junio del 2024 se presentó ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno los avances del Plan Anual de Auditoria, avances del Plan de acción del Comité de Coordinación de Control interno, así como los avances del Plan de acción de la Oficina de Control interno.

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.

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.

La oficina de control Interno continua 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 comunicación de la información fuera de la entidad. 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&documentoid=9266&hl=DATOS%20PERSONALES>

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

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

### **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

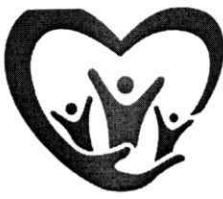
Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público, Salud Sogamoso continua en el fortalecimiento de implementación del código de integridad, sin embargo, hacen falta las evidencias

En lo pertinente a la Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés, se observa la evaluación del autodiagnóstico, con lo cual se determina el 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

Salud Sogamoso para el primer semestre del 2024, a través de la auditoria de actualización de hojas de vida, declaraciones de bienes y rentas y de conflictos de interés realizada en el primer semestre 2024, permitió el aseguramiento de la gestión de situaciones de conflictos de interés, por parte de los sujetos obligados, posibles faltas al código de integridad, como elementos 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.

Para el primer semestre del 2024, Salud Sogamoso E.S.E, bajo enfoque preventivo ha documentado 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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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. Sin embargo este primer semestre por corresponder a un semestre de empalme, se ha detenido un poco los avances pertinentes.

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

Asimismo, realiza 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

De acuerdo con la publicación del informe de monitoreo a los riesgos del primer trimestre 2024, realizado por la oficina de planeación, el cual incluye análisis de los riesgos de corrupción con la descripción cuantitativa de los controles y su clasificación por cada proceso, sin embargo no se evidencia evaluación del diseño de los controles frente a la gestión de riesgos, recomendación que fue realizada por la OCI en el informe de seguimiento a la gestión de riesgos del segundo trimestre 2022. Adicionalmente existen procesos que no cuentan con riesgos de corrupción asociados (gestión contractual, gestión documental, Gestión Jurídica).

**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.,



## Salud Sogamoso E.S.E.

(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.

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 normatividad 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.

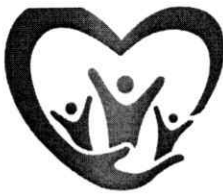
Como control para este Comité se cuenta con el Plan de Acción Operativo vigencia 2024 propio del Comité, el cual tiene seguimiento periódico en Comité de Coordinación de Control Interno en periodos cuatrimestrales y seguimiento de Gestión y Desempeño Institucional. Con corte a junio se han celebrado dos reuniones 2024 según la programación de comités 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 MECl, 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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

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.

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 y 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**

**Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el**

**3:**



## Salud Sogamoso E.S.E.

**seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección**

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

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.

Con base en 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 procede a la actualización en identificación de riesgos por proceso.

La Oficina de Control Interno, monitorea y hace seguimiento a la socialización de la Política de Administración del Riesgo actualizada, observando que se ha dado inicio a la identificación de los riesgos con su valoración de zona de riesgo inherente hasta lograr todo lo pertinente para establecer controles que conlleven a mitigar el riesgo mediante el establecimiento de controles y así lograr identificar la zona de Riesgo Residual, la cual según la política la zona aceptable, corresponde a la Zona de Riesgo Baja.

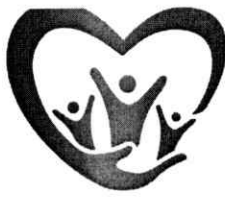
**3.2 La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.**

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 el 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





## Salud Sogamoso E.S.E.

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. con lineamientos para la formulación, aprobación, seguimiento y evaluación de la planeación estratégica de la entidad a través de la caracterización y documentación del Macro proceso de Direccionamiento Estratégico, para la vigencia 2024, se establecen los diferentes Planes que conforman la Plataforma Estratégica, en conclusión, El Plan de Acción Anual 2024, incluye las acciones de resultados provenientes de los diferentes planes institucionales

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad
2. Plan-anual-de-Adquisiciones
- 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**

Salud Sogamoso con base en la Gestión Estratégica del talento Humano que se le ha dado



## Salud Sogamoso E.S.E.

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).

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.

**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. previo 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**



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 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&documetoid=8939&hl=gth-f>

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

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

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

Frente a la Medición del desempeño laboral se realiza mediante la implementación del procedimiento **PA-GTH-ATH-P-003 Medición de Desempeño Laboral**

La Oficina de Control Mediante el desarrollo de los diferentes procedimientos que buscan el Bienestar del Talento humano, la permanencia del personal a partir de Inducción, la cual se realiza, con el objetivo de lograr Talento humano preparado para desarrollo de sus actividades propias del cargo a desempeñar, se prosigue con estrategia del Plan Padrino. Las evidencias con monitoreo y seguimiento son:

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

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

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

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

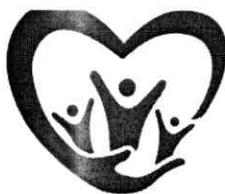
#### **4.4 Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa).**

Salud Sogamoso 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 156 del 2022 Política de Control Interno, Resolución 108-2023 Resolución 165-2023, Programa, 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 7o. del Modelo Estándar de Control Interno, MECI, estructurando la responsabilidad en las líneas de defensa: estratégica, primera, segunda y tercera líneas. en el artículo 8o. 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 se enfatiza en la conformación y responsabilidad de las líneas de defensa por cada componente MECI (5 componentes) asimismo se enuncia las responsabilidades de cada servidor interno y externo sobre el desarrollo y mantenimiento del Control interno se socializó en Comité de Coordinación de Control interno según acta del día 3 de mayo del 2022.

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

Así mismo mediante el seguimiento a cada POAS-PAMEC-RIESGOS, por proceso, el cual se realiza en periodos bimestrales

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

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

La Entidad cuenta con un procedimiento **PA GTH-ATH-P-001- Procedimiento de selección, vinculación y retiro de personal de planta permanente, temporal y de libre nombramiento y remoción.**

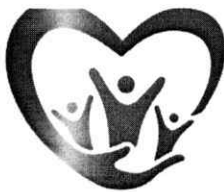
Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con Formato GTH-F-086 Formato de Entrevista de retiro, se cuenta con **Programa de desvinculación asistida GTH-PG-007**, de septiembre del 2020, en el cual se Establecen lineamientos, actividades, responsabilidades necesarias para dar un manejo adecuado de la desvinculación 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 el primer semestre 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 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.



## 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.

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

Como herramienta de la supervisión se actualiza el formato GLE-F-006, 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&documentoid=8946&hl=seguimiento>

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

### Lineamiento

**5:**

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

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

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

Asimismo, se determina que informes suben a cada línea de defensa y de estas a la Línea Estratégica, según el Plan de comunicaciones Institucional y las políticas establecidas dentro de la Entidad.

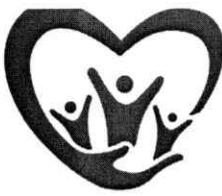
La información, comunicación, medición y evaluación se realiza en forma permanente en cada comité institucional de proceso y/o procedimiento. De estos comités sube la información al Comité de Gestión y Desempeño. Para el desarrollo de los diferentes Comités se establecen cronograma para la vigencia

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

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

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

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

La oficina de control interno realiza seguimiento y monitoreo verificando que las responsabilidades por parte de las diferentes líneas de defensa no se están llevando como debe ser, situación que genera alertas de responsabilidad a las líneas de defensa, teniendo en cuenta que y como debe fluir la comunicación entre las diferentes líneas de defensa a partir de la línea estratégica. Así mismo identifica mediante seguimiento la realización de los diferentes comités de proceso, Comité de Coordinación de Control Interno y el de Gestión y desempeño.

Se solicita continuar con dar cumplimiento a los diferentes Reportes de seguimiento:

- Plan de acción y Reportes en Matriz de avance del Plan de Acción mediante indicadores estratégicos con acceso a las evidencias.
- Comités por Proceso y/o Programa.
- Reportes antes de control
- Presentación de informes de Ley, los que son gestionados por los diferentes equipos de trabajo según el proceso pertinente acorde a las funciones asignadas.

La Oficina Asesora de planeación secretaria del Comité de Gestión y Desempeño coordina la presentación de los resultados trimestrales al Plan de acción. En este Comité se presenta el avance para cada una de las metas establecidas según los objetivos estratégicos Institucionales, se realiza por proceso acorde a lo programado.

### **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 la 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 normatividad financiera y presupuestal Publica Institucional,

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

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.





## Salud Sogamoso E.S.E.

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 la información emitida por las líneas de defensa 2 y 3 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 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.

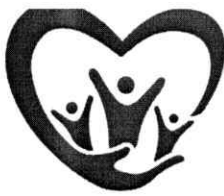
<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=mecanismos&option=reportereunion&reunionid=2#subtabPage1>.

<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.**

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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, detectives, correctivos) sobre riesgos.

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

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.

<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>

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.

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

socializados en Comité de Gestión y desempeño y en Comité de Coordinación de Control Interno

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

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 el segundo trimestre (podría ser generado por el lapso de empalme) se evidencia una pequeña 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 y del día 19 de junio 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.

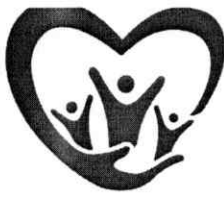
Control Interno cuatrimestralmente realiza seguimiento y evaluación de cumplimiento de los planes formulados por los procesos y consolidados en el Plan de Mejoramiento por Proceso.

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 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 í sumo 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 (Presentación de Informes FURAG.....)



## Salud Sogamoso E.S.E.

- 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 el primer semestre del 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 85% de la planeación 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.**

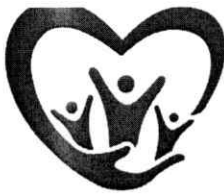
#### **6.1 La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos.**

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

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

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

La Oficina de Control Interno debe solicitar adherencia en Salud Sogamoso a los objetivos estratégicos (Consolidar una cultura Organizacional humanizada y segura, Prestar servicios de salud humanizados, Brindar servicios de salud enmarcados en la política de seguridad del paciente, Gestionar a los Riesgos de la Organización, Gestionar las Tecnologías Institucionales, Fortalecer la responsabilidad social organizacional, Mejorar de forma continua la Gestion Institucional de procesos y estándares superiores, Gestionar estrategias



## Salud Sogamoso E.S.E.

que permitan la sostenibilidad financiera de la Institución), los cuales se relacionan directamente con los elementos del direccionamiento estratégico y la gestión institucional que permiten la operación de la Entidad.

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

Salud Sogamoso articula la Administración Institucional a través de La Gestión por Procesos, los cuales parten de la caracterización; lo que permite una comprensión individualizada del objetivo de cada proceso y los aspectos clave de cómo debe ejecutarse.

Asimismo, se cuentan con las diferentes políticas Institucionales que le permiten formular el plan de acción por proceso, 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 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.

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, 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 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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 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 su 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**. Se 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, tangencialmente 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; todo con el objetivo de realizar análisis por parte de Control Interno como tercera Línea de defensa.

La segunda línea de defensa en la Política de Administración del Riesgo realiza el seguimiento a la operatividad de los controles establecidos en los mapas de riesgos de los procesos de la Entidad. Es necesario mencionar que al momento se esta trabajando en lo pertinente a la actualización de riesgos y de planteamiento de controles

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

riesgo y que a la vez como resultado se evidencie la efectividad de controles que conlleven a la mitigación del riesgo.

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 curso

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=riesgoinstitucional#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.**

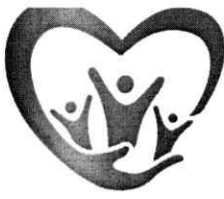
La segunda línea de defensa una vez consolida la información de gestión del riesgo Institucional, la comunica ante la primera línea de defensa y alta gerencia; quienes con base en el análisis causal de desviaciones si las hubiere; realiza análisis de los resultados obtenidos según reportes entregables 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, aún no ha sido posible la verificación de estos. <https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=riesgoinstitucional#subtabPage1>)

### **7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.**

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

Los P.U. 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 valoración de su actualización y el tratamiento a que haya lugar. Las notificaciones recibidas por las áreas se presentan en comité de riesgos.



## Salud Sogamoso E.S.E.

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.

En la formulación del **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023** no se logra 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 coadyuvan 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.**

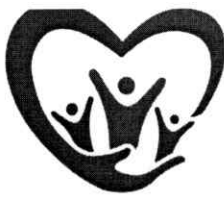
En la actualización del procedimiento de administración del riesgo es indispensable establecer un capítulo especial de seguimiento por parte de Control interno y calidad.

**Lineamiento 8:**  
**Evaluación del riesgo de fraude o corrupción.**  
**Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.**

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

Salud Sogamoso E.S.E. En el análisis de contexto identifica aquellos eventos internos y externos que pueden materializar riesgos de corrupción; los cuales se registran en la Matriz de Riesgos de corrupción; estos son identificados y proyectados por cada Profesional Líder





## Salud Sogamoso E.S.E.

de proceso (Alta Dirección), monitoreado por la Profesional de Planeación, socializado y aprobado en Comité de Gestión y desempeño. Dichos riesgos identificados son registrados en las herramientas para abordar los posibles escenarios de corrupción, tales como: Mapa de riesgos de Corrupción, PAAC, Resolución de Código de Integridad.....

La Oficina de Control interno, realiza seguimiento y evaluación 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=riesgoinstitutional#subtabPage1>

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

Atendiendo la Política de Administración del Riesgo, el riesgo de corrupción a través de los 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. Monitoreo y Revisión.
3. 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>

La Oficina de Control Interno, evidencia que el seguimiento Al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano, riesgos de corrupción identificados en vigencias anteriores, lo realizan los P.U. Gestión de cada Proceso con base en la matriz de vigencias anteriores mediante el monitoreo permanente, como segunda línea de defensa, dando 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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

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

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

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.

En las auditorías internas realizadas durante la vigencia 2023, se verificó que los responsables de los Planes de acción sobre los riesgos priorizados y aplicación de controles y mitigación de los riesgos identificados.

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

La alta Dirección a través de los P.U. 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, evalúa el diseño de los controles establecidos en los mapas de riesgos (vigencias anteriores) para establecer su coherencia y efectividad frente la materialización de los riesgos, acorde a la Guía de Administración del Riesgo DAFP V6 2020

Así mismo 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

**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.**



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 la realización del Monitoreo a los factores internos y externos registrados dentro de la Matriz de Administración del Riesgo de vigencias anteriores los cuales son monitoreados en cada seguimiento con periodicidad cuatrimestral.

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

Sin embargo es necesario mencionar que para esta vigencia no se ha iniciado la actualización ni la identificación de los nuevos.

### **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.

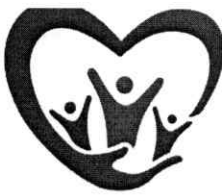
<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documento=8883&hl=supervision>.

<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 **ANÁLISIS DE 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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

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

Los líderes de los procesos monitorean los riesgos identificados y aceptados (para la vigencia no se materializo riesgo alguno); sin embargo, se realiza 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 materializados (Presentación inoportuna de Informes, Liquidación Parcial y/o Total de Contratos en forma equivocada, Afectación Presupuestal Indebida 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 posteriormente a la materialización, con el objetivo de determinar que estos nuevos controles cumplan con las características de efectividad y que logren su propósito que es el mitigar el riesgo.

La administración 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.**

Las Líneas de defensa Primera, segunda y tercera para el 2024, en Comité de Gestión y Desempeño se realiza la socialización del Programa de trabajo con el objetivo de socializar el **Programa de gestión del riesgo PE-PGD-PE-PG-01-2023** y "Política de administración del riesgo", en forma de lograr la identificación de nuevos riesgos y actualización de los anteriores. 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 se debe tener como insumo para la identificación de los riesgos 2024.

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

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

### **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**

Según actualización del Manual de Funciones, responsabilidades y competencias laborales mediante Acuerdo 18 del 2022 Planta Permanente, Acuerdo 19 del 2022 Planta Temporal y en la vigencia 2023, se realizaron actualizaciones de algunos cargos según acuerdo 014 del 2023; En estos acuerdos se identifica la segregación de funciones, dentro de la actualización del 2023 se observa la segregación de aquellos cargos que faltaba, entre otros se encuentra 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.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=riesgoinstitutional#s\\_uhtabPage1](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=riesgoinstitutional#s_uhtabPage1).

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, por lo que cada actividad es realizada bajo la inspección y vigilancia del responsable; Los riesgos son administrados y gestionados por lo Profesionales líderes de proceso, y son ellos quienes establecen las actividades de control en los diferentes proceso Institucionales, con lo cual se logra articulación y segregación de funciones, asimismo se logra reducción del riesgo y/o mitigación.

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

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

Salud Sogamoso E.S.E., para el 2024, identifica la suficiencia de personal es acorde con las funciones. Para la presente vigencia se ha continuado con la segregación de funciones en



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 segregación de funciones y responsabilidades en la vigencia 2024, revisar la suficiencia de personal competente. Situación que adquiere un seguimiento y monitoreo permanente en forma de lograr la efectividad del esfuerzo económico Empresarial.

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

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

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.

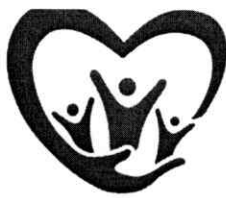
La Oficina de Control interno identifica que dentro de Normas Internacionales están integradas al sistema de control de la entidad, tal como se puede evidenciar en la documentación, que se basa en Normativa de calidad, y se desprende de la ISO 31000. Se cuenta con el Modelo Integrado de planeación que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

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

La 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 este plan de seguridad digital,

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..



## Salud Sogamoso E.S.E.

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. Gestion 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, 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 auditorias 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.





## Salud Sogamoso E.S.E.

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 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 se ha trazado una serie de objetivos, dentro de los cuales está la de la evaluación, actualización de procedimientos, políticas, manuales, guías, formatos y otras herramientas necesarias en pro de lograr estándares óptimos. Determinando que los criterios de evaluación del Control Interno se encuentran 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

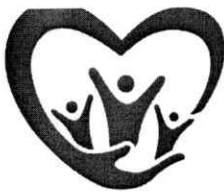
La Oficina de Control interno, evidencia que, dentro de la actualización de los Procedimientos, Guías, Manuales Institucionales, Formatos..... es realizada en forma permanente, documentos que son llevados ante la Junta Directiva para su aprobación según se demuestra en el Manual de Procesos y procedimientos, que la última versión para esta vigencia es la Versión 27 según acuerdo No. xxx de junio del 2024, determinando así que para la vigencia 2024, se realizaron para el primer semestre de la vigencia 2024 se han realizado 3 actualizaciones al Manual de Procedimientos, toda vez que la última versión 2023 fue la versión 14

#### **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=riesgoinstitutional>

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E., mediante el seguimiento monitoreo y administración de la matriz del riesgo, en la presente vigencia está realizando monitoreo de controles establecidos en vigencias anteriores; una vez se identifiquen y actualicen los riesgos vigencia 2024 y se establezcan controles, se continuara con la verificación y monitoreo del plan de acción correspondiente que coadyuve a la mitigación del riesgo,



## Salud Sogamoso E.S.E.

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=riesgoinstitutional>, la cual establece la identificación del riesgo inherente por proceso, identificación de causas establecimiento de controles a los mismos, verificación del plan de acción que conlleve a la mitigación del riesgo a través del cual se determina el riesgo residual es decir posterior a la implementación de los controles establecidos y se da continuidad a la Mejora continua.

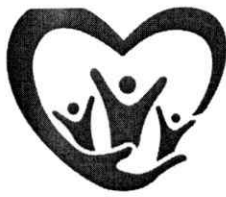
### **12.4 Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.**

Salud Sogamoso E.S.E. con base en 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 Control Interno, mediante monitoreo, seguimiento y evaluación a los controles por cada riesgo y en cada proceso, determina la efectividad del control, partiendo del desarrollo establecido por la Guía de Administración del Riesgo del DAFP V6 2022. Sin embargo, es necesario referir que para este primer semestre del 2024, aun no se ha realizado la medición de efectividad del control

### **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



## Salud Sogamoso E.S.E.

(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).

#### **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-12 Administración 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 VALIDACION 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.



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

<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.

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

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con inventario de activos de la información relevante interna y externa mediante implementación del Software Ventanilla Única, para lo cual mantiene adherencia a procedimiento Gestión y Tramite 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 clasifica 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&documentoid=9170&hl=documental>.

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

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

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

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

**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

A nivel interno la entidad tiene inventarios de información en el 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-deMejoramiento-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)

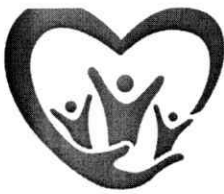
En lo pertinente a la información que se genera para Usuarios Externos (usuarios, grupos de interés, grupos de valor) la Entidad les comunica mediante: CANALES OFFLINE: televisión, radio, prensa, vallas publicitarias, eventos, etc. CANALES ONLINE: Página web, blog, redes sociales, email, etc.

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**



## Salud Sogamoso E.S.E.

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.

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

### Lineamiento

**14:**

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

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

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

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

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

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

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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.

### **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.

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.

### **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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

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 PQRSF. Acompañado de estos procedimientos se establecieron formatos pertinentes: GAA-F-058 elaboración del informe de PQRSF, 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.

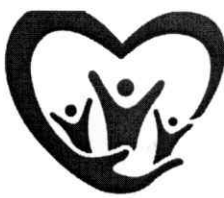
Así mismo desde la Oficina de Control Interno, se evidencia que los diferentes canales de comunicación al interior de la Entidad sean presenciales, virtuales, Anónimos, se desarrolle en forma apropiada manteniendo adherencia al procedimiento. Así mismo se verifica la efectividad del Buzón interno producto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

### **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 creativa, dando respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa de Salud Sogamoso E.S.E.

La Oficina de Control Interno, mediante verificación de las comunicaciones internas y externas evidencia adherencia a los diferentes lineamientos establecidos por Salud





## Salud Sogamoso E.S.E.

Sogamoso E.S.E., Sin embargo, es indispensable que los equipos de mejoramiento logren transversalidad hacia los equipos de autoevaluación y de allí a los equipos primarios, todo lo correspondiente a información asertiva en forma cruzada.

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

### Lineamiento

15:

Comunicación con el exterior (Se comunica con los grupos de valor y con terceros externos interesados; Facilita líneas de comunicación).

#### **15.1 La entidad desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos. Incluye contratistas y proveedores de servicios tercerizados (cuando aplique).**

Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido mediante procedimientos, procesos, Guías; **Procedimiento de Comunicaciones PA-GRI-GC-P-01** el cual contempla Comunicación Interna, Externa, Medios de Comunicación, Componente de Comunicación Pública, 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 VIGENCIAS ANTERIORES TENEMOS: A) PUBLICACIÓN DE COMUNICACIÓN NO VALIDADA, B) PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB SIN CONTROL RESPECTIVO, C) INOPORTUNIDAD EN LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN OBLIGATORIA EN LA PÁGINA WEB, A LOS QUE SE LES REALIZA MONITOREO PERMANENTE. SE INDICA 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 ESE

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**



## Salud Sogamoso E.S.E.

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

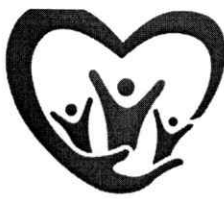
Se cuenta con diferentes formas de publicación acorde a la necesidad como lo son Registro Fotográfico y video para apoyo de actividades de comunicaciones, Grupos de WhatsApp, Plataforma Electrónica. Página Web, Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido mediante procedimientos, procesos, **Procedimiento de Comunicaciones PA-GRI-GC-P-01** el cual contempla Comunicación Interna, Externa, Medios de Comunicación, Componente de Comunicación Publica, 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 forma adherencia de lo correspondiente a los diferentes procedimientos establecidos, 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.....La Gerencia analiza deriva en la profesional responsable de ventanilla Única la derivación de la información a quien corresponda.

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



## Salud Sogamoso E.S.E.

**15.4 La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar**

Salud Sogamoso E.S.E., Implementa el plan de comunicaciones para garantizar información eficaz y asertiva, con lo cual se da respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa Institucionales, así mismo fortalecer la imagen institucional a través de los diferentes medios de comunicación, Para cada vigencia Se establece un Plan de Comunicaciones , el cual cuenta con seguimiento periódico para determinar posibles desviaciones o fallos de calidad; mediante indicadores establecidos en los POAS, PAMEC, RIESGOS, Asimismo mediante indicadores de proceso.

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

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

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

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

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

Con base en la Información por parte de la P.U. de Planeación y la Subgerente de servicios quienes actualizan la caracterización de usuarios; la P.U. SIAU grupos de interés para lo cual se establece realizarla en forma periódica.

<https://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



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 auditorias de PQRSF, se tenga en cuenta a grupos de valor y grupos de interés

## **COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO**

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

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

En el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (resolución 108 del 15 de febrero del 2022) como una de las funciones corresponde la aprobación del Plan de auditoria, formulado y presentado por la Profesional Líder de Proceso, quien lo realiza bajo criterios de severidad del riesgo, la Oficina de Control Interno presenta el Plan Anual de Auditoria de la vigencia, basada en riesgos por procesos, en el cual registra los informes de ley, asimismo la programación de los comités institucionales, aprobado y publicado en la página web. Para la vigencia 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 Auditorias de la vigencia 2024, el cual fue aprobado una vez se realizarán unos ajustes según acta 1 de Marzo 11 del 2024. Al plan



## Salud Sogamoso E.S.E.

anual de auditorías se realiza seguimiento en periodos bimestrales lo cual es socializado en comité de gestión y desempeño mediante el tablero de indicadores. Según el seguimiento realizado al desarrollo del Plan Anual de auditorías con corte a junio del 2024, se evidencia un cumplimiento del 85%, este resultado se socializo en Comité de Coordinación de Control interno y en Comité de Gestión y Desempeño

<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.

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 seguimiento y medición a través de indicadores sobre los criterios de la Matriz de Evaluación del Sistema de Control Interno, según resultados obtenidos en las calificaciones de Evaluación del Sistema y estas se comparan con los informes de Desempeño Institucional y MECI del FURAG

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

Todos los Informes posteriormente se socializan en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

### **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),**



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 seguimiento 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 periodo Cuatrimestral se hace seguimiento 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, seguimiento y evaluación, asimismo la política de control interno actualizada mediante resolución 156 del 2022 se aprueba la política de Control interno, en la cual se instituyen las tres líneas de defensa: donde refiere a los conformantes, las responsabilidades por cada uno de ellos acorde a cada componente del MECI.

La Oficina de Control Interno, junto con la P.U. Líder de Planeación y P.U. especializada de calidad, acorde con el esquema de Líneas de Defensa monitorea a través del seguimiento de los Planes institucionales POAS, PAMEC, PAAC, Plan de desarrollo para el 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



## Salud Sogamoso E.S.E.

de mejora, que coadyuven 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 coadyuven 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**

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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

<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, Secretaria 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**

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





## Salud Sogamoso E.S.E.

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.

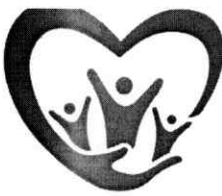
La P.U. de la Oficina de Control Interno realiza asistencia en los Comités de Gestión y Desempeño y hace las veces de secretaria en el Comité de Coordinación de Control Interno, comités en los que se realiza seguimiento y evaluación a las deficiencias que se presentan en el Sistema de Control interno, 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>

### **17.5 Los procesos y/o servicio 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.



## Salud Sogamoso E.S.E.

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 auditorías 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 PQRSD, por parte de La profesional de SIAU, Planeación, Jurídica; con base en el cual la oficina de Control interno en periodos semestrales, realiza evaluación consolidada de los 6 meses correspondientes.

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

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

La Oficina de Control Interno verifica la evaluación al proceso **Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad.** Se hace uso del **procedimiento GAU-P-007 Tramite de Peticiones Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones** medición satisfacción del usuario" 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 Felicitaciones – PQRSD a través de los canales de atención al ciudadano establecidos por la Entidad, teniendo en cuenta lo establecido por la Ley 1755 de 2015.

<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>



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

**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 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

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

Las deficiencias que se puedan encontrar en control interno, se debaten en el Comité Institucional de Coordinación de control Interno, en donde se revisa por parte de todos los líderes y se plantea un plan de acción como oportunidad de mejora para el o los procesos que deban intervenir en el mismo. Se recomienda continuar con la evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea).