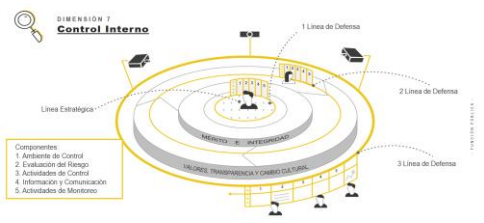


Nombre de la Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Periodo Evaluado:	II SEMESTRE 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

83%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	Los componentes del Sistema de Control Interno se encuentran operando de forma articulada, manera integrada, la entidad ha implementado acciones para el fortalecimiento de los lineamientos definidos en la 7a. Dimensión - Control Interno del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG; El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y demás sistemas que operan en la estructura organizacional de la entidad. A través de la evaluación independiente con enfoque integral que se realiza por parte de la oficina de control interno al igual las que efectúa el proceso de gestión de calidad, se concluye que el sistema de control interno está operando y es sostenible en cumplimiento de los objetivos institucionales. Así mismo, se observó que estos componentes operan transversalmente y que en conjunto con el modelo de tres líneas de defensa se ha ido avanzando en el control a los riesgos a los que este se encuentra expuesto para el logro de sus objetivos.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El sistema de control interno de la Empresa Social del Estado Región Salud de Soacha es efectivo, ya que los componentes del modelo estándar de control interno están articulados entre si y permite dar cumplimiento a los objetivos trazados. La entidad promueve la implementación de instrumentos organizacionales que contribuyen al fortalecimiento del sistema de control interno por parte de los servidores públicos.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La entidad en el marco del modelo integrado de planeación y gestión y la aplicación de sus políticas al igual que el control interno institucional tienen definido los roles, competencias y responsabilidades de cada una de las Líneas de Defensa en el autocontrol, autoevaluación y evaluación permite generar acciones de mejora continua. A lo anterior, se cuenta con los comités institucionales de los diferentes procesos lo cual permite revisar y analizar el comportamiento y resultado de la efectividad de cada uno de ellos y al existir desviaciones se toman las decisiones en pro de generar estrategias de optimizar los procesos.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
-------------------	--	---	---	---	--	------------------------------------

<p style="text-align: center;">Ambiente de control</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">83%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Alta Dirección está comprometida con la mejora continua del Modelo de Operación de Procesos de la Entidad que contribuye con el cumplimiento de los objetivos institucionales. 2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra funcionando de conformidad con lo reglamentado.aprobacion plan anual de auditorias.Mapa de riesgos 3. Plan Anticorrupcion y atencion al ciudadano 3. Se formularon los plaes y programas de que trata el Decreto 612 4. Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2022 y Plan indicativo de gestion 5. Se implementa El Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad en Salud (SOGCS) 6.Se tiene adoptado formalmente el codigo de integridad y los valores institucionales 7. El comite coordinador de control interno aprobo y mediante acto administrativo se formalizo la actualizacion e integro el reglamento del funcionamiento del Comite. 8. El comite coordinador de control interno aprobo y mediante acto administrativo se formalizo el estatuto de auditoria interna y el codigo de etica del auditor para la Empresa Social del Estado Region de Salud Soacha <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Hay que fortalecer la implementacion de codigo d eintegridad para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores publicos. 2. Fortalecer las actividades que se encuentran en el Plan de Bienestar 3. Mejorar las actividades que se deben contemplar para el retiro de las personas 	<p style="text-align: center;">78%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Alta Dirección está comprometida con la mejora continua del Modelo de Operación de Procesos de la Entidad que contribuye con el cumplimiento de los objetivos institucionales. 2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra funcionando de conformidad con lo reglamentado.aprobacion plan anual de auditorias.Mapa de riesgos 3. Plan Anticorrupcion y atencion al ciudadano 3. Se formularon los plaes y programas de que trata el Decreto 612 4. Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2022 y Plan indicativo de gestion 5. Se implementa El Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad en Salud (SOGCS) 6.Se tiene adoptado formalmente el codigo de integridad y los valores institucionales <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Hay que fortalecer la implementacion de codigo d eintegridad para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores publicos. 2. Fortalecer las actividades que se encuentran en el Plan de Bienestar 3. Mejorar las actividades que se deben contemplar para el retiro de las personas 	<p style="text-align: center;">5%</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación de riesgos</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">88%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación e implementación de acciones para mitigar los riesgos que pueden impactar el cumplimiento de los objetivos institucionales como es el mapa de riesgo. 2. Se formulo el plan anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 2022 al cual se le realiza el seguimiento de acuerdo a los lineamientos normativos. 3. Seguimiento a las PQRSDF de forma trimestral. 4. Seguimiento trimestral al mapa de riesgos 5. Se establecio la politica de administracion del riesgo el cual fue publicada en la INTRANET de la Institucion. 6. Se establecio la politica de anticorrupcion y fue publicada en la INTRANET de la institucion <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer el autocontrol y autoevalauion de la 1 y 2 linea de defensa en la ejecucion y resultado de las actividades realizadas Formular la politica de administracion del riesgo 2. Realizar Autoevaluacion de la ejecucion d elas acciones registrdas en el mapa de riesgos. 	<p style="text-align: center;">76%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación e implementación de acciones para mitigar los riesgos que pueden impactar el cumplimiento de los objetivos institucionales como es el mapa de riesgo. 2. Se formulo el plan anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 2022 al cual se le realiza el seguimiento de acuerdo a los lineamientos normativos. Monitoreo a los riesgos de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos. 3. Seguimiento a las PQRSDF de forma trimestral. 4. Seguimiento trimestral al mapa de riesgos <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer el autocontrol y autoevalauion de la 1 y 2 linea de defensa en la ejecucion y resultado de las actividades realizadas Formular la politica de administracion del riesgo 2. Realizar Autoevaluacion de la ejecucion d elas acciones registrdas en el mapa de riesgos. 	<p style="text-align: center;">12%</p>
<p style="text-align: center;">Actividades de control</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">79%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados. 2. Se efectua seguimiento a los indicadores del Plan Operativo Anual e indicadores de gestion 3. En los comités institucionales y revisión por la dirección se realiza evaluación y seguimiento a las actividades programadas, en el marco de la implementación del Sistema Integrado de Gestión. 4. Se esta implementando El Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad en Salud SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Unico de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud los cuales se les realiza seguimiento. 5. Se formalizo mediante acto administrativo una nueva estructura organizacional y funcional donde se incluyeron las dependencias de Planeacion, Calidad, Mercadeo y asesor juridico. 6. Mediante los seguimientos a lo s diferentes planes establecidos, se efectua monitoreo sobre las acciones y controles establecidos en la ejecucion de las diferentes actividades. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. implementar mecanismos de autocontrol y autoevaluacion de la 1 y 2 linea de defensa en la ejecucion y resultado de las actividades realizadas. 2. Actualizar el manual de procesos y procedimientos y fortalecerlos con puntos de control y riesgos. 	<p style="text-align: center;">75%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados. 2. Se efectua seguimiento a los indicadores del Plan Operativo Anual e indicadores de gestion 3. En los comités institucionales y revisión por la dirección se realiza evaluación y seguimiento a las actividades programadas, en el marco de la implementación del Sistema Integrado de Gestión. 4. Se esta implementando El Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad en Salud SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud los cuales se les realiza seguimiento. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. implementar mecanismos de autocontrol y autoevaluacion de la 1 y 2 linea de defensa en la ejecucion y resultado de las actividades realizadas. 2. Actualizar el manual de procesos y procedimientos y fortalecerlos con puntos de control y riesgos. 	<p style="text-align: center;">4%</p>

<p style="text-align: center;">Información y comunicación</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">71%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta con el Sistema de Información Dinamica Gerencia.NET, en la cual procesa información referente a Historias clínicas y procesos administrativos y financieros. 2. La Entidad cuenta con diferentes canales de comunicación, que permiten realizar la denuncia anónima o confidencial de posibles actos de corrupción o situaciones irregulares. 2. La entidad tiene definidos sistemas de información y lineamientos que contribuyen con el funcionamiento efectivo de la comunicación interna y externa. 3. La Entidad en el proceso de mejora continua viene fortaleciendo las políticas de gestión documental y archivística. 4. La Entidad ha implementado planes de mejora con el propósito de asegurar la respuesta oportuna de las PQRSD y además se continua con el seguimiento trimestral 5. Se avanza en la implementación de un nuevo sistema de información de DINAMICA NET, el cual permite fortalecer y dar mayor seguridad a la información que genera la institución. 6. Se realizó el diligenciamiento del reporte en el marco de la ley 1712 de 2014 de conformidad al INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN Matriz de cumplimiento versión 1-2021- emanada por la procuraduría general de la nación. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la actualización y despliegue de la publicación de información en la página WEB de que trata la ley 1712 de 2014 relacionada con la transparencia y el derecho del acceso a la información pública. 2. Ajustar el link de la página de transparencia de conforme a los lineamientos establecidos en la matriz de cumplimiento ITA versión 1 vigencia 2021 emanada de la Procuraduría general de la nación 3. Fortalecer la circularización de la información efectiva entre los diferentes niveles de autoridad y roles funcionales. 	<p style="text-align: center;">64%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta con el Sistema de Información Dinamica Gerencia.NET, en la cual procesa información referente a Historias clínicas y procesos administrativos y financieros. 2. La Entidad cuenta con diferentes canales de comunicación, que permiten realizar la denuncia anónima o confidencial de posibles actos de corrupción o situaciones irregulares. 2. La entidad tiene definidos sistemas de información y lineamientos que contribuyen con el funcionamiento efectivo de la comunicación interna y externa. 3. La Entidad en el proceso de mejora continua viene fortaleciendo las políticas de gestión documental y archivística. 4. La Entidad ha implementado planes de mejora con el propósito de asegurar la respuesta oportuna de las PQRSD. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la actualización y despliegue de la publicación de información en la página WEB de que trata la ley 1712 de 2014 relacionada con la transparencia y el derecho del acceso a la información pública. 2. Ajustar el link de la página de transparencia de conforme a los lineamientos establecidos en la matriz de cumplimiento ITA versión 1 vigencia 2021 emanada de la Procuraduría general de la nación 3. Fortalecer la circularización de la información efectiva entre los diferentes niveles de autoridad y roles funcionales. 	<p style="text-align: center;">7%</p>
<p style="text-align: center;">Monitoreo</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">93%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las líneas de defensa realizaron cumplimiento de los Planes de Mejoramiento que se suscribieron en las áreas de calidad, Planeación y Control Interno 2. Se realiza el reporte y avance del Plan de mejoramiento a la Contraloría Departamental. 3. Se realiza el seguimiento a los diferentes planes establecidos por la institución, el cual son retroalimentados con la 1 y 2 línea. 4. Mediante las auditorías internas e independientes se evalúan diferentes criterios inherentes a los procesos que permiten monitorear y valorar la gestión de cada uno de ellos y a lo cual se generan recomendaciones y/o sugerencias contribuyendo al fortalecimiento del control interno. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los informes de supervisión de los terceros. 2. Fortalecer el autocontrol y autoevaluación por parte de la 1 y 2 línea de defensa en el cumplimiento de las acciones de mejora en el marco de los planes de mejoramiento tanto interno como externo. 	<p style="text-align: center;">91%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las líneas de defensa realizaron cumplimiento de los Planes de Mejoramiento que se suscribieron en las áreas de calidad, Planeación y Control Interno 2. se realiza el reporte y avance del Plan de mejoramiento a la Contraloría Departamental. 3. Se realiza la suscripción del Plan de Mejoramiento de la vigencia 2020 y de igual manera se generan las mesas de trabajo para concertación de actividades con las líneas de defensa. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los informes de supervisión de los terceros. 2. Fortalecer el autocontrol y autoevaluación por parte de la 1 y 2 línea de defensa en el cumplimiento de las acciones de mejora en el marco de los planes de mejoramiento tanto interno como externo. 	<p style="text-align: center;">2%</p>