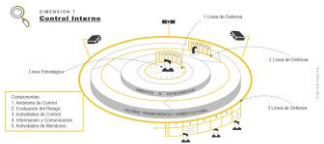


Nombre de la Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Período Evaluado:	II SEMESTRE 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

81%

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 y transversalmente. La Empresa Social del Estado región de salud Soacha adelanta acciones inherentes al Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG-; Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y demás sistemas operativos a nivel institucional. Mediante evaluación independiente con enfoque integral que realiza la oficina de control interno al igual que las acciones 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.
¿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 acoplados entre si ya que se implementan acciones que se encuentra delineadas en cada uno de los componentes y estos fortalecen el sistema de control interno en el ámbito 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/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 lo cual permite generar acciones de mejora continua. A lo anterior, se cuenta con una primera línea que esta representada por los servicios asistenciales y dependencias operativas administrativas; la segunda línea por la oficina de planeación, subgerencias y comités efectúan revisión de los procesos y la tercera línea se encuentra en la Oficina de Control Interno (OCI), que realiza auditorías independientes basadas en riesgos.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion 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
Ambiente de control	Si	85%	FORTALEZAS: - Se formuló y aprobó, mediante el Acuerdo No. 013 de 2025, la Plataforma Estratégica 2025–2029 de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha. - La Alta Dirección evidencia compromiso con la mejora continua del Modelo de Operación por Procesos, organizando los procesos institucionales en coherencia con los objetivos estratégicos. - Funcionamiento de instancias de gobernanza (Comités, MIPG, MECI). - Se formularon y ejecutaron los planes institucionales y estratégicos establecidos en el Decreto 612 de 2014. - Existencia de manuales, reglamentos y actos administrativos que respaldan la gestión. - Avances en la implementación de valores institucionales y cultura organizacional. DEBILIDADES: - Se requiere fortalecer la implementación del Código de Integridad, así como la apropiación de los valores y principios institucionales, con el fin de incrementar su adherencia en el comportamiento de los servidores públicos. - Se evidencian falencias en la autoevaluación de la primera y segunda línea de defensa, particularmente en el seguimiento a la gestión de servicios y procesos, lo que limita el aseguramiento efectivo del control interno. - hay debilidades en la evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal. - Fortalecer la evaluación frente a los productos y servicios en los que participan los contratistas de apoyo . - Se requiere articular las políticas del MIPG con los procesos institucionales y documentar las líneas de defensa y de reporte	85%	FORTALEZAS: - Se formulo y aprobo mediante acuerdo No. 013 de 2025 La pitaforma estrategica de 2025-2029 de la Empresa Social del estado Region de Salud Soacha - Con la planeacion estrategica la alta dirección está comprometida con la mejora continua del Modelo de Operación de Procesos de la Entidad ya que estos fueron organizados en aras de dar cumplimiento de los objetivos institucionales. - El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra funcionando de conformidad con lo reglamentado. - Se publico y se le efectua seguimiento cuatrimestral del Plan Anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 2025 - Se formularon los planes y programas de que trata el Decreto 612 de 2014 - Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2025 y Plan indicativo de gestion - Se continúa la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y demás sistemas de gestion y también el sistema de acreditacion - Se realiza seguimiento de forma trimestral durante la vigencia 2025 a las PQRSDF efectuando el respectivo seguimiento se dio respuesta oportunamente DEBILIDADES: - Hay que fortalecer la implementation del codigo de integridad y valores y principios institucionales para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores publicos. - Hay falencias en la autoevaluación de la 1° y 2° línea de defensa en la gestion de sus servicios v	0%
Evaluación de riesgos	Si	75%	FORTALEZAS: - La entidad cuenta con una Política de Administración del Riesgo debidamente formalizada. - Seguimiento periódico al Mapa de Riesgos y al Plan Anticorrupción y Atención al Usuario. - Disponibilidad de instrumentos técnicos para la identificación y valoración del riesgo. DEBILIDADES: - Se evidenciaran debilidades en la actualización, monitoreo y articulación del mapa de riesgos, especialmente en riesgos de corrupción, operativos y tecnológicos. - Se evidencian debilidades en la definición y diseño de controles frente a los riesgos identificados, lo que puede afectar su efectividad en la mitigación del riesgo. - Se presentan deficiencias en el autocontrol y la autoevaluación por parte de la primera y segunda línea de defensa, particularmente en la ejecución y seguimiento de las acciones definidas en la Matriz de Riesgos. - Es importante actualizar la política de Administración de riesgos de acuerdo a los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas versión 7 emitida por el DAFP, incorporando e identificando riesgos de todas las tipologías que se establecen en dicha guía. - Es importante que desde la segunda línea de defensa se realice el monitoreo a la ejecución de controles	78%	FORTALEZAS: - Se cuenta con la politica de administracion del riesgo debidamente formalizada - Se formulo y publico la matriz de riesgos de conformidad a los lineamietos de la funcion publica. - Se formulo el plan anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 2025 al cual se le realiza el seguimiento de acuerdo a los lineamientos normativos. - Se realizo seguimiento cutrimestral al mapa de riesgos vigencia 2025 DEBILIDADES: - Hay debilidades en la definicion de controles con relacion a los riesgos identificados. - Deficiencias en el autocontrol y autoevaluauon de la 1 y 2 linea de defensa en la ejecucion de las acciones establecida en el matriz de riesgos. - Falta analizar y revisar en el marco de la administracion de riesgos aquellos que pueden ser identificados como de corrupcion.	-3%

Actividades de control	SI	75%	FORTALEZAS: 1. La entidad tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos, orientado a la gestión por resultados. 2. Se formuló y ejecutó el Plan Operativo Anual (POA) 2025, junto con los indicadores de gestión para el seguimiento al desempeño institucional. 3. Uso de auditorías internas como mecanismo de validación de controles. 4. Avances en la formalización de controles asociados a servicios de salud (SOGCS). 5. Ejecución de controles preventivos y correctivos en procesos críticos. DEBILIDADES: 1. Se evidencian debilidades en la actualización de algunos procesos y protocolos de los servicios. 2. Falta fortalecer la implementación de mecanismos de autocontrol y autoevaluación por parte de la primera y segunda línea de defensa, en la ejecución y evaluación de resultados de las actividades realizadas. 3. Se identifican debilidades en el establecimiento y fortalecimiento de controles relacionados con las Tecnologías de la Información, lo que incrementa los riesgos tecnológicos y de seguridad de la información. 4. En los reportes de gestión del riesgo, se observó que algunos procesos no registran avances en la ejecución de las acciones definidas, lo que limita el seguimiento efectivo al tratamiento del riesgo. 5. Es importante recopilar los usuarios con el fin de identificar los roles y funciones que tienen asignados en los diferentes sistemas de información, esto con el fin de validar los niveles de acceso y fortalecer la gestión de usuarios.	83%	FORTALEZAS: 1. Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados. 2. Se formuló el Plan Operativo Anual e indicadores de gestión 2025 3. Se realizan acciones que fortalecen la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría 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. 4. La Oficina de Control Interno, como tercera Línea de Defensa, evalúa aleatoriamente mediante las auditorías y seguimientos, la efectividad de los controles y recomienda oportunidades de mejora, que contribuyen al cumplimiento de los objetivos institucionales. DEBILIDADES: 1. Debilidad en actualización de algunos procesos y protocolos de servicios 2. Falta implementar mecanismos de autocontrol y autoevaluación de la 1a y 2a línea de defensa en la ejecución y resultado de las actividades realizadas 3. Hay debilidades en el establecimiento de controles en lo relacionado con tecnologías de la información. 4. En los reportes de la gestión del riesgo, se observó que algunos procesos no registran avances en la gestión de las acciones a realizar.	-8%
Información y comunicación	SI	75%	FORTALEZAS: 1. Disponibilidad de sistemas de información institucionales para la gestión misional y administrativa. 2. Implementación de mecanismos de atención al ciudadano (PQRSDF, SIAU). 3. Uso de información para la toma de decisiones operativas. 4. Existencia de canales formales de comunicación interna y externa. 5. Publicación de información institucional en cumplimiento de la normativa de transparencia. 6. Disponibilidad de reportes periódicos de gestión e indicadores. DEBILIDADES: 1. Se requiere actualizar la página web institucional, en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y los anexos de la resolución 1519 de 2020. 2. Se evidencian debilidades en la implementación y aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) aprobadas. 3. Se identifican deficiencias en la circulación y comunicación efectiva de la información entre los diferentes niveles de autoridad y roles funcionales, lo que puede impactar la oportunidad en la toma de decisiones y la articulación institucional. 4. Es importante realizar análisis de la percepción de los usuarios en los diferentes canales de atención. 5. Es importante consolidar la matriz de Riesgos de Seguridad de la Información en los cuales se implementen controles para evitar que afecten la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información 6. Es importante realizar la actualización de la caracterización de los grupos de valor que tiene la entidad de acuerdo con los lineamientos del DAFP	75%	FORTALEZAS: 1. La institución cuenta con el Sistema de Información Dinámica NET, el cual procesa la información referente asistencial, procesos administrativos y financieros. 2. Para la vigencia 2025 se formuló y se está ejecutando el plan estratégico de tecnologías de información y comunicación PETIC 3. Se realizan encuestas percepción de los servicios prestados 4. La Entidad tiene implementado una matriz que permite analizar y evaluar la trazabilidad de las PQRSDF, se efectuó seguimiento trimestralmente. La entidad tiene adoptado el manual de contratación y de supervisión. DEBILIDADES: 1. Falta actualizar 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. Hay debilidad en la implementación y aplicación de las tablas de retención documental aprobadas. 3. Hay deficiencias en la circularización de la información efectiva entre los diferentes niveles de autoridad y roles funcionales.	0%
Monitoreo	SI	93%	FORTALEZAS: 1. Ejecución de auditorías internas conforme a un plan anual estructurado. 2. Seguimiento a planes de mejoramiento internos y externos. 3. Presencia de una tercera línea de defensa activa e independiente. 4. Uso de resultados de auditoría para la mejora institucional. 5. Articulación entre Control Interno, gestión del riesgo y planeación. DEBILIDADES: 1. Se evidencian debilidades en el autocontrol y la autoevaluación por parte de la primera y segunda línea de defensa, lo que afecta el cumplimiento oportuno de las acciones de mejora. 2. Se observa cumplimiento parcial en la ejecución de las acciones definidas en el Mapa de Riesgos – vigencia 2025, lo que limita la efectividad en la mitigación de los riesgos identificados. 3. Es importante implementar mecanismos de trazabilidad documental que permitan soportar de manera clara los avances, cierres y resultados de las acciones de mejora. 4. Analizar las acciones de los planes de mejoramiento con el Mapa de Riesgos, con el fin de alinear las acciones correctivas con la mitigación efectiva de riesgos institucionales.	93%	FORTALEZAS: 1. Se formuló y se encuentra en ejecución el plan de auditorías vigencia 2025. 2. La Contraloría Departamental dio calificación satisfactoria al plan de mejoramiento vigencia 2022. 3. Se ha fortalecido las evaluaciones y manejo de las PQRSDF con los servicios que son objetos de estas. Por otro lado, la oficina de control interno realiza seguimiento de trimestral. 4. Se tiene establecido un plan de mejoramiento interno para la vigencia del 2025. 5. Se efectuó seguimiento y se reportó el avance semestral del plan de mejoramiento vigencia 2023 suscrito con la Contraloría Departamental de Cundinamarca 6. Se efectuó seguimiento al plan de mejoramiento de la contraloría vigencia 2024 DEBILIDADES: 1. Hay debilidades en el autocontrol y autoevaluación por parte de la 1a y 2a línea de defensa en el cumplimiento de las acciones de mejora 2. Se ha dado cumplimiento parcial en la ejecución de las acciones descritas en el mapa de riesgos 2025. 3. Bajo cumplimiento de las acciones vencidas del plan de mejoramiento	0%