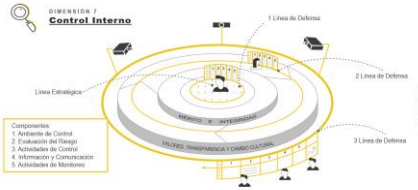


Nombre de la Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Periodo Evaluado:	II SEMESTRE 2023



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.
¿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 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
Ambiente de control	Si	84%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra funcionando de conformidad con lo reglamentado. Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2023 a los cuales realizó los seguimientos cuatrimestrales durante la vigencia Se formularon los planes y programas de que trata el Decreto 612 de 2014: donde la oficina de planeación realizó seguimientos periódicos. Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2023 y Plan indicativo de gestión donde se efectuaron los seguimientos por parte de junta directiva Se está implementando El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y demás sistemas de gestión al igual que el sistema de acreditación Se tiene adoptado formalmente el código de integridad y los valores institucionales Se realizó seguimiento de forma trimestral durante la vigencia 2023 a las PQRSDF y se dio respuesta oportunamente Se realizaron reuniones del comité de convivencia, bienestar y comisión de personal durante la vigencia 2023. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hay que fortalecer la implementación del código de integridad para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores públicos. Se debe fortalecer la autoevaluación de la 1ª y 2ª línea de defensa Falta fortalecer acciones en el marco del plan de bienestar e incentivos que promuevan el compromiso institucional. Hay falencia en la definición de competencias en la estructura por actividades en proceso como mercadeo, comunicaciones, compras.. 	76%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra funcionando de conformidad con lo reglamentado. Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2023 Se formularon los planes y programas de que trata el Decreto 612 de 2014 Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2023 y Plan indicativo de gestión Se está implementando El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y demás sistemas de gestión y también el sistema de acreditación Se tiene adoptado formalmente el código de integridad y los valores institucionales <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hay que fortalecer la implementación del código de integridad para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores públicos. Se debe fortalecer la autoevaluación de la 1ª y 2ª línea de defensa 	8%

Evaluación de riesgos	Si	85%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se cuenta con la política de administración del riesgo debidamente formalizada Se formulo y publico la matriz de riesgos de conformidad a los lineamientos de la función pública. Se formulo el plan anticorrupcion y atención al ciudadano vigencia 2023 al cual se le realiza el seguimiento de acuerdo a los lineamientos normativos. Se efectuó seguimiento Monitoreo a los riesgos de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Deficiencias en el autocontrol y autoevaluación de la 1 y 2 línea de defensa en la ejecución de las acciones establecida en el matriz de riesgos. Falta analizar y revisar en el marco de la administración de riesgos aquellos que pueden ser identificados como de corrupcion. Hay que mejorar los controles existentes con relación a los riesgos identificados a fin de fortalecer el sistema de control interno. 	81%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se cuenta con la politica de administracion del riesgo debidamente formalizada Se formulo y publico la matriz de riesgos de conformidad a los lineamientos de la función pública. Se formulo el plan anticorrupcion y atención al ciudadano vigencia 2023 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. Seguimiento Cuatrimestral al mapa de riesgosvigencia 2023 <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> deficiencias en el autocontrol y autoevalauion de la 1 y 2 línea de defensa en la ejecución de las acciones establecida en el matriz de riesgos. Falta anilzar y revisra en el marco de la administración de riesgos aquellos que pueden ser identificados como de corrupcion. 	4%
Actividades de control	Si	83%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados. Se efectúa seguimiento a los indicadores del Plan Operativo Anual e indicadores de gestión 2023 Se está implementando El 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. La Oficina de Control Interno realiza seguimientos de ley y los informes de auditorías independientes <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> implementar mecanismos de autocontrol y autoevaluación de la 1 y 2 línea de defensa en la ejecución y resultado de las actividades realizadas. Manual de procesos y procedimientos desactualizados y falta definir en algunos puntos de control y riesgos. Hay debilidades en el establecimiento de controles en lo relacionado con tecnologías de la información. 	79%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados. Se efectua seguimiento a los indicadores del Plan Operativo Anual e indicadores de gestion 2023 Se esta implementando El 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. La Oficina de Control Interno realiza seguimientos de ley y los informes de auditorías ddependientes <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> implementar mecanismos de autocontrol y autoevaluacion de la 1 y 2 línea de defensa en la ejecución y resultado de las actividades realizadas. Actualizar el manual de procesos y procedimientos y fortalecerlos con puntos de control y riesgos. 	4%
Información y comunicación	Si	71%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> La institución cuenta con el Sistema de Información Dinámica NET, el cual procesa la información referente asistencial, procesos administrativos y financieros. Para la vigencia 2023 se formulo y elaboro el plan estrategico de tecnologías de información y comunicación PETIC se realizan encuestas percepción de los servicios prestados Se aprobaron las tablas de valoración documental y tablas de retención por el consejo del archivo departamental. 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. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta 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. 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 Hay deficiencias en la circularización de la información efectiva entre los diferentes niveles de autoridad y roles funcionales. Aunque se tiene el plan de PETIC Plan Estratégico de Tecnologías y Comunicaciones, se presentaron falencias en su ejecución. 	68%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> La Institución cuenta con el Sistema de Información Dinamica Gerencia.NET, en la cual procesa información referente a Historias clínicas y procesos administrativos y financieros. Para la vigencia 2023 se formulo y elaboro el plan estrategico de tecnologías de información y comunicación PETIC se realizan encuestas percepción de los servicios prestados La Entidad en el proceso de mejora continua viene fortaleciendo las políticas de gestión documental y archivística. La Entidad tiene implementado una matriz que pérmite analizar y evaluar la trazabilidad de las PQRSDF. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta Fortalecer la actualización y despliegue de la publicación de información en la pagina WEB de que trata la ley 1712 de 2014 relacionada con la transparencia y el derecho del acceso a la información pública. Ajustar el link de la pagina de transparencia de conforme a los lineamientos establecidos en la matriz de cumplimiento ITA versión 1 vigencia 2021 emanada de la Procuraduria general de la nacion 	3%
Monitoreo	Si	93%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se ejecuto el programa de auditorías de forma independiente. La contraloría departamental dio calificación satisfactoria al plan de mejoramiento vigencia 2021. 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. Se ejecutaron acciones relacionados con los planes de mejoramiento interno. Se cumplido con acciones suscritas en el plan de mejoramiento de la contraloría departamental. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	89%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se tiene en programa de auditorías de forma independiente formalizado el cual se esta ejecutando La contraloría departamental dio calificación satisfactoria al plan de mejoramiento vigencia 2021. 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. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fortalecer el autocontrol y autoevaluacion 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. 	4%