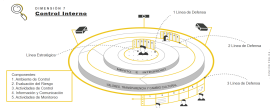


Nombre de la Entidad:	Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha
Período Evaluado:	I semestre 2026



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	75%
---	-----

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):	En proceso	Se evidenció que la entidad desarrolla actividades relacionadas con los cinco componentes del Sistema de Control Interno; sin embargo, estas no se encuentran completamente articuladas. Se requiere fortalecer la relación entre la gestión del riesgo, los controles, la información generada por las líneas de defensa, el seguimiento y las decisiones de la Alta Dirección. Por lo anterior, la operación conjunta e integrada del sistema se encuentra en proceso de fortalecimiento.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	Aunque se cuenta con políticas, procedimientos, planes y controles, la evaluación evidenció debilidades en su aplicación, seguimiento y efectividad. En varios casos no se aportaron resultados que permitan verificar que los controles funcionan conforme con su diseño, reducen los riesgos y contribuyen al cumplimiento de los objetivos. Por lo anterior, no es posible concluir que el Sistema de Control Interno sea efectivo para los objetivos evaluados.
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 ha identificado algunos responsables de la Línea Estratégica y de la primera, segunda y tercera línea de defensa; sin embargo, el esquema se encuentra documentado parcialmente y no se evidenciaron líneas de reporte claramente definidas. Tampoco se observó suficiente trazabilidad entre los informes presentados por las líneas de defensa, las decisiones adoptadas por la Alta Dirección y el seguimiento a su cumplimiento. Por lo anterior, la institucionalidad requiere fortalecerse para apoyar de manera efectiva la toma de decisiones frente al control.

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	75%	Fortalezas: 1. Se encuentra formalizado el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. 2. La entidad cuenta con la Política de Administración de Riesgos y con los planes relacionados con la gestión del talento humano. 3. Se realizan informes de supervisión continua. 4. Se cuenta con una matriz para el seguimiento de las acciones de mejoramiento. 5. La Oficina de Control Interno comunica a la Gerencia y a los responsables los resultados de las evaluaciones realizadas. Debilidades: 1. Se requiere fortalecer los mecanismos para identificar, declarar y hacer seguimiento a los conflictos de interés. 2. No se cuenta con un canal interno específico y confidencial para reportar posibles irregularidades e incumplimientos al Código de Integridad. 3. No se evidenció una evaluación articulada de las acciones de integridad y los riesgos de corrupción. 4. Se requiere fortalecer la documentación, socialización y aplicación del Esquema de Líneas de Defensa y de las líneas de reporte. 5. La Política de Administración de Riesgos se encuentra pendiente de actualización. 6. No se evidenciaron evaluaciones consolidadas sobre ingreso, permanencia, retiro y capacitación del personal. 7. No se evidenció la trazabilidad entre los informes presentados y las decisiones adoptadas por la Alta Dirección.	85%	FORTALEZAS: 1. 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. 2. 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. 3. Funcionamiento de instancias de gobernanza (Comités, MPG, MECI). 4. Se formularon y ejecutaron los planes institucionales y estratégicos establecidos en el Decreto 612 de 2014. 5. Existencia de manuales, reglamentos y actos administrativos que respaldan la gestión. 6. Avances en la implementación de valores institucionales y cultura organizacional. DEBILIDADES: 1. 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. 2. 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. 3. Hay debilidades en la evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal. 4. Fortalecer la evaluación frente a los productos y servicios en los que participan los contratistas de apoyo. 5. Se requiere articular las políticas del MPG con los procesos institucionales y documentar las líneas de defensa y de reporte.	-10%
Evaluación de riesgos	Si	71%	Fortalezas: 1. Se cuenta con indicadores del POA que permiten relacionar la planeación estratégica con los objetivos y actividades de la entidad. 2. La entidad cuenta con una plataforma estratégica y con un análisis DOFA. 3. Planeación consolidada y realiza seguimiento a la información de los riesgos mediante la matriz institucional. 4. Se evidenciaron controles con segregación de funciones en los procesos de Tesorería y Contratación. 5. La Política de Administración de Riesgos establece criterios generales para la aceptación de riesgos y señala que los riesgos de corrupción no pueden ser aceptados. Debilidades: 1. La Política de Administración de Riesgos requiere actualización frente a los lineamientos vigentes. 2. Se requiere fortalecer la definición de los niveles de aceptación, apello y tolerancia al riesgo. 3. No se evidenció un procedimiento para gestionar y hacer seguimiento a los riesgos materializados. 4. Se identificaron riesgos de corrupción con nivel residual alto y tratamiento "Aceptar", contrario a lo establecido en la política. 5. No se evidenció un análisis periódico de la Alta Dirección sobre los riesgos, los controles y las decisiones adoptadas. 6. Se requiere fortalecer el análisis de los riesgos asociados con proveedores, servicios tercerizados y cambios internos o externos. 7. No se evidenció trazabilidad entre los informes de las líneas de defensa y las acciones de mejora.	75%	FORTALEZAS: 1. La entidad cuenta con una Política de Administración del Riesgo debidamente formalizada. 2. Seguimiento periódico al Mapa de Riesgos y al Plan Anticorrupción y Atención al Usuario. 3. Disponibilidad de instrumentos técnicos para la identificación y valoración del riesgo. DEBILIDADES: 1. Se evidenciaron debilidades en la actualización, monitoreo y articulación del mapa de riesgos, especialmente en riesgos de corrupción, operativos y tecnológicos. 2. 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. 3. 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. 4. 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 DAPP, incorporando e identificando riesgos de todas las tipologías que se establecen en dicha guía. 5. Es importante que desde la segunda línea de defensa se realice el monitoreo a la ejecución de controles.	-4%
Actividades de control	Si	75%	Fortalezas: 1. Se evidenciaron controles con segregación de funciones en Tesorería y Contratación. 2. La entidad cuenta con el PETIC y con planes relacionados con la seguridad y privacidad de la información. 3. La matriz de riesgos identifica los controles y los responsables de su ejecución. 4. La matriz dispone de espacios para registrar los seguimientos realizados a los controles. 5. La entidad identificó la necesidad de actualizar la política y los controles frente a los nuevos lineamientos. Debilidades: 1. No se evidenciaron las situaciones en las que no es posible segregar funciones ni los controles alternativos definidos. 2. No se evidenciaron controles suficientes sobre los proveedores tecnológicos, los roles y los accesos a los sistemas de información. 4. No se cuenta con un cronograma para revisar y actualizar periódicamente las políticas, procedimientos y manuales. 5. Se requiere fortalecer la evaluación del diseño y la efectividad de los controles. 6. No se evidenció un mecanismo de segunda línea que verifique periódicamente que los controles se ejecutan conforme con su diseño.	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 evidencian 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.	0%

Información y comunicación	Si	71%	Fortalezas: 1. La entidad cuenta con sistemas de información para gestionar datos clínicos, administrativos, financieros y de atención al usuario. 2. Se cuenta con instrumentos para la identificación, clasificación y publicación de la información institucional. 3. La intranet permite consultar planes, políticas, procedimientos, formatos e indicadores. 4. La entidad utiliza diferentes canales de comunicación, como la página web, redes sociales, YouTube y los televisores institucionales. 5. Se cuenta con un procedimiento para la gestión de las PQRSDF. 6. Se realizan encuestas de satisfacción y sus resultados se miden mediante un indicador del POA. Debilidades: 1. Se requiere actualizar los instrumentos e inventarios de información institucional. 2. No se evidenció un mecanismo para identificar y analizar las fuentes internas y externas de información. 3. No se aportaron resultados suficientes sobre accesos, respaldos, incidentes y demás controles de seguridad de la información. 4. Se requiere fortalecer la política y procedimiento de comunicación interna. 5. No se cuenta con un canal interno especializado y confidencial para reportar irregularidades. 6. No se evidenció la evaluación periódica del alcance y la efectividad de los canales de comunicación. 7. Se requiere fortalecer la caracterización de los usuarios y grupos de valor. 8. No se evidenció la trazabilidad entre los resultados de las encuestas, las acciones de mejora y la evaluación de su efectividad.	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 normatividad 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.	-4%
Monitoreo	Si	82%	Fortalezas: 1. La Oficina de Control Interno cuenta con un Plan Anual de Auditoría. 2. Se realizan auditorías internas, informes de ley, seguimientos y evaluaciones independientes. 3. Los resultados de las evaluaciones se comunican a la Gerencia y a los responsables de los procesos. 4. Planeación realiza seguimiento a los indicadores del POA y a la matriz de riesgos. 5. La entidad atiende las evaluaciones realizadas por organismos externos y formula los planes de mejoramiento correspondientes. 6. Se realiza seguimiento a la gestión de las PQRSDF. 7. Se cuenta con una matriz institucional para consolidar y hacer seguimiento a las acciones de mejoramiento. Debilidades: 1. No se evidenció que la Alta Dirección analice periódicamente los resultados de las evaluaciones para concluir sobre la efectividad del Sistema de Control Interno. 2. Se requiere fortalecer la evidencia del seguimiento realizado por el Comité a la ejecución del Plan Anual de Auditoría. 3. No se cuenta con un procedimiento formal que articule el monitoreo realizado por la segunda línea con la toma de decisiones. 4. No se evidenció la consolidación y el análisis integral de los informes de organismos externos. 5. No se evidenció un mecanismo de seguimiento de la Alta Dirección a las acciones correctivas. 6. El seguimiento a los planes de mejoramiento se concentra en el cumplimiento de las actividades y no en la evaluación de su efectividad. 7. Se requiere fortalecer el monitoreo basado en riesgos de los procesos y servicios tercerizados. 8. No se evidenciaron criterios para escalar las deficiencias ni la trazabilidad de las decisiones adoptadas por los niveles superiores.	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.	-11%