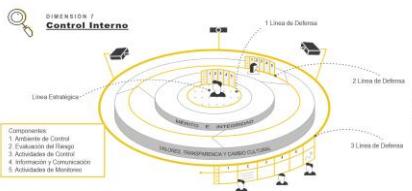


Nombre de la Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Periodo Evaluado	I SEMESTRE 2025



### Estado del sistema de Control Interno de la entidad

78%

### 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 permite 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: 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	79%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra funcionando de conformidad con lo reglamentado.</li> <li>3. Se elaboró y publicó el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2025</li> <li>4. Se formularon los planes y programas de que trata el Decreto 612 de 2014</li> <li>5. Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2025 y Plan indicativo de gestión</li> <li>6. Se continua la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y demás sistemas de gestión y también el sistema de acreditación</li> <li>7. Se realiza seguimiento de forma trimestral durante primer semestre vigencia 2025 a las PORSDF y se dio respuesta oportunamente</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay debilidad en la formulación y actualización del plan estratégico institucional</li> <li>2. Hay que fortalecer la implementación del código de integridad y valores y principios institucionales para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores públicos.</li> <li>3. Hay falencia en la autoevaluación de la 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> linea de defensa en la gestión de sus servicios y procesos.</li> <li>4. Hay falencia en la definición de competencias en la estructura por actividades en proceso como mercadeo, comunicaciones, compras.</li> </ol>	82%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra funcionando de conformidad con lo reglamentado.</li> <li>3. Se elaboró y publicó el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2024</li> <li>4. Se formularon los planes y programas de que trata el Decreto 612 de 2014</li> <li>5. Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2024 y Plan indicativo de gestión</li> <li>6. Se continua la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y demás sistemas de gestión y también el sistema de acreditación</li> <li>7. Se tiene establecido el código de integridad y los valores institucionales</li> <li>8. Se realizó seguimiento de forma trimestral durante la vigencia 2024 a las PORSDF y se dio respuesta oportunamente</li> <li>9. Se realizaron reuniones del comité de convivencia, bienestar y comisión de personal durante la vigencia 2024.</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay debilidad en la formulación del plan estratégico 2024-2027.</li> <li>2. Hay que fortalecer la implementación del código de integridad para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores públicos.</li> <li>3. Se debe fortalecer la autoevaluación de la 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> linea de defensa</li> <li>4. Hay falencia en la definición de competencias en la estructura por actividades en proceso como mercadeo, comunicaciones, compras.</li> </ol>	-3%

Evaluación de riesgos	Si	75%	<b>FORTALEZAS:</b> 1. Se cuenta con la política de administración del riesgo debidamente formalizada 2. Se formulo y publico la matriz de riesgos de conformidad a los lineamientos de la función pública. 3. Se formulo el plan anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 2025 al cual se le realiza el seguimiento de acuerdo a los lineamientos normativos. 4. Se realizo seguimiento del primer cuatrimestre al mapa de riesgos vigencia 2025  <b>DEBILIDADES:</b> 1. Hay debilidades en la definicion de controles con relacion a los riesgos identificados. 2. Deficiencias en el autocontrol y autoevaluacion de la 1 y 2 linea de defensa en la ejecucion de las acciones establecida en el matriz de riesgos. 2. Falta analizar y revisar en el marco de la administracion de riesgos aquellos que pueden ser identificados como de corrupcion. 3. Hay que mejorar los controles existentes en relacion a los riesgos identificados a fin de fortalecer el sistema de control interno.	<b>FORTALEZAS:</b> 1. Se cuenta con la política de administración del riesgo debidamente formalizada 2. Se formulo y publico la matriz de riesgos de conformidad a los lineamientos de la función pública. 3. Se formulo el plan anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 20234al cual se le realiza el seguimiento de acuerdo a los lineamientos normativos. 4. Se realizo seguimiento cuatrimestral al mapa de riesgos vigencia 2024  <b>DEBILIDADES:</b> 1. Deficiencias en el autocontrol y autoevalauion de la 1 y 2 linea de defensa en la ejecucion de las acciones establecida en el matriz de riesgos. 2. Falta analizar y revisar en el marco de la administracion de riesgos aquellos que pueden ser identificados como de corrupcion. 3. Hay que mejorar los controles existentes en relacion a los riesgos identificados a fin de fortalecer el sistema de control interno.	-4%
Actividades de control	Si	79%	<b>FORTALEZAS:</b> 1. Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados. 2. Se formulo el l 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 Habilatación (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. 4. La Oficina de Control Interno, como tercera Línea de Defensa, evalúo periódicamente a través de las auditorías y seguimientos, la efectividad de los controles y recomienda oportunidades de mejora, que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales.  <b>DEBILIDADES:</b> 1. Debilidad en actualizacion de algunos procesos y protocolos de servicios 2. Falta Implementar mecanismos de autocontrol y autoevaluación de la 1 <sup>a</sup> y 2 <sup>a</sup> línea de defensa en la ejecución y resultado de las actividades realizadas. 3. Hay falencias en puntos de control de algunos procedimientos y o servicios. 4. Hay debilidades en el establecimiento de controles en lo relacionado con tecnologías de la información. 5. En los reportes de la gestión del riesgo, se observó que algunos procesos no registran avances en la gestión d e las acciones a realizar.	<b>FORTALEZAS:</b> 1. Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados. 2. Se efectuó seguimiento a los indicadores del Plan Operativo Anual e indicadores de gestión 2024 3. Se realizaron 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 Habilatación (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. 4. La Oficina de Control Interno, como tercera Línea de Defensa, evalúo periódicamente a través de las auditorías y seguimientos, la efectividad de los controles y recomienda oportunidades de mejora, que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales.  <b>DEBILIDADES:</b> 1. Implementar mecanismos de autocontrol y autoevaluación de la 1 <sup>a</sup> y 2 <sup>a</sup> línea de defensa en la ejecución y resultado de las actividades realizadas. 2.Se evidencio durante las auditorias independientes se evidencio la desactualización de algunos procedimientos y puntos de control, establecidos en algunos procesos registrados. 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 d e las acciones a realizar.	-2%
Información y comunicación	Si	68%	<b>FORTALEZAS:</b> 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 elaboro 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 5. La entidad tiene adoptado el manual de contratación y de supervisión.  <b>DEBILIDADES:</b> 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. 4. Aunque se tiene el plan de PETIC Plan Estratégico de Tecnologías y Comunicaciones, hay debilidad en el reporte de gestion de las actividades registradas.	<b>FORTALEZAS:</b> 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 2024 se formuló y elaboro el plan estratégico de tecnologías de información y comunicación PETIC 3. Se realizan encuestas percepción de los servicios prestados 4. La Entidad tiene implementada una matriz que permite analizar y evaluar la trazabilidad de las PQRSDF, se efectuó seguimiento trimestralmente 5. La entidad tiene adoptado el manual de contratación y de supervisión. 6.Durante el segundo semestre se realizo el informe y diligenciamiento de la plataforma del matriz de requisitos de que trata la ley 1712.  <b>DEBILIDADES:</b> 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. 4. Aunque se tiene el plan de PETIC Plan Estratégico de Tecnologías y Comunicaciones, hay debilidad en el reporte de gestion de las actividades registradas.	0%

## Monitoreo

Si

88%

### **FORTALEZAS:**

1. Se formulo y se encuentra en ejecucion el plan de auditorias 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 efectuo seguimiento y se reporto el avance semestral del plan de mejoramiento vigencia 2023 suscrito con la Contraloría Departamental de Cundinamarca

### **DEBILIDADES:**

1. Hay debilidades en el autocontrol y autoevaluación por parte de la 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> 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

91%

### **FORTALEZAS:**

1. Se ejecuto el programa de auditorias de forma independiente vigencia 2024.
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 trimestral.
4. Se tiene establecido un plan de mejoramiento interno para la vigencia del 2024.
5. Se efectuo seguimiento y se reporto el avance semestral del plan de mejoramiento vigencia 2023 suscrito con la Contraloría Departamental de Cundinamarca

### **DEBILIDADES:**

1. Hay debilidades en el autocontrol y autoevaluación por parte de la 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> línea de defensa en el cumplimiento de las acciones de mejora.
2. Se dio cumplimiento parcial en la ejecución de las acciones descritas en el mapa de riesgos 2024.

-4%