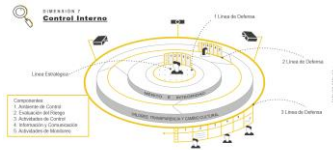


|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nombre de la Entidad: | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA |
| Periodo Evaluado:     | I SEMESTRE 2022                                  |



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

77%

**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.<br><br>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  | 78%                              | <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, aprobación plan anual de auditorías, Mapa de riesgos</li> <li>3. Plan Anticorrupción y atención al ciudadano</li> <li>4. Se formularon los planes y programas de qué trata el Decreto 612</li> <li>5. Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2022 y Plan indicativo de gestión</li> <li>6. Se implementa El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)</li> <li>6. Se tiene adoptado formalmente el código de integridad y los valores institucionales</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Hay que fortalecer la implementación de código de integridad para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores públicos.</li> <li>2. Fortalecer las actividades que se encuentran en el Plan de Bienestar</li> <li>3. Robustecer las actividades que se deben contemplar para el retiro de las personas</li> </ol> | 73%  | <p><b>FORTALEZA:</b></p> <p>La actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI al ser transversal en las demás dimensiones generó avances significativos. Como evaluadores a nivel interno e independiente. La estructura del MECI actualizado dio lugar a los cinco componentes teniendo como referente el modelo COSO y permitiendo la asignación clara de responsabilidades frente a la gestión de riesgos y del control enmarcado en las Tres Líneas de defensa, como se puede evidenciar no solo nos reunimos en 2 sesiones anuales como lo indica la resolución</p> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <p>Seguir fortaleciendo la independencia y desempeño de la Oficina de Control interno. Seguir fomentando el autocontrol en las líneas de defensa</p> | 5%                          |

|                            |    |     |  |     |   |     |
|----------------------------|----|-----|--|-----|---|-----|
| Evaluación de riesgos      | Si | 76% | <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Se formuló el plan anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2022 al cual se le realiza el seguimiento de acuerdo a los lineamientos normativos.</li> <li>3. Monitoreo a los riesgos de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos.</li> <li>4. Seguimiento trimestral al mapa de riesgos</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formular la política de administración del riesgo</li> <li>2. Fortalecer la 1 y 2 línea de defensa en el autocontrol y autoevaluación de la administración de riesgos.</li> </ol>  | 84% | <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <p>COMPONENTE GESTION DEL RIESGO se llevo acabo la semana del riesgo la cual se llevo acabo del 19 al 22 de octubre en la cual se despliega la política del Riesgo, la Identificación, valoración y minimización de los riesgos institucionales<br/>Los 36 riesgos identificados en la vigencia fueron valorados y con generación de reducción residual<br/>Es de resaltar que al tratar los riesgos como es el caso del Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2021 muestra ejecución con verificación y generación de controles en la ejecución<br/>De igual manera todos los riesgo presentan avance frente al tratamiento de los mismo con los controles implementados</p> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <p>Seguir Fortaleciendo la Política de Riesgos desde la identificación hastan la reducion residual.</p> | -8% |
| Actividades de control     | Si | 75% | <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados.</li> <li>2. Se efectúa seguimiento a los indicadores del Plan Operativo Anual e indicadores de gestión</li> <li>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.</li> <li>4. 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.</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fortalecer el autocontrol y autoevaluación de la 1 y 2 línea de defensa en la ejecución y resultado de las actividades realizadas.</li> <li>2. Actualizar el manual de procesos y procedimientos y fortalecerlos con puntos de control y riesgos.</li> </ol>  | 81% | <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <p>Fortalecimiento del Comité de Control interno frente al Plan de Auditorías<br/>Se garantizó la planificación de auditorías de acuerdo al resultado anterior de las vigencias<br/>Se orientó a los diferentes comités frente a las posibles falencias en cuanto a controles<br/>Se retroalimentó los informes de ley que se presentaron en las vigencias</p> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <p>Seguir fomentado la cultura frente a las líneas de defensa para el desarrollo de auditorías<br/>Capacitar a los referentes en procesos frente a la pirámide documental<br/>Capacitar a los Referentes frente a Informes de Ley<br/>Formar auditores dentro de la institución como medida del autocontrol Fomentar la identificación de riesgo en todo nivel.</p>   | -6% |
| Información y comunicación | Si | 64% | <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuenta con el Sistema de Información Dinámica Gerencia.NET, en la cual procesa información referente a Historias clínicas y procesos administrativos y financieros.</li> <li>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.</li> <li>3. La Entidad tiene definidos sistemas de información y lineamientos que contribuyen con el funcionamiento efectivo de la comunicación interna y externa.</li> <li>4. La Entidad ha implementado planes de mejora con el propósito de asegurar la respuesta oportuna de las PQRSD.</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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</li> <li>3. Fortalecer la circularización de la información efectiva entre los diferentes niveles de autoridad y roles funcionales.</li> </ol> | 68% | <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <p>Se generaron mecanismo frente a la seguridad Tecnologica<br/>Se realizo el cambio se imagen institucional encaminada a ser mas amigable la pagina web<br/>Se fortalecieron canales de comunicacion internos entre estos la INTRANET</p> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <p>Continuar con la actualización de la pagina web<br/>Fortalecer la seguridad en la pagina web<br/>Implementar los programas que indica para el cabal cumplimiento<br/>El atender la comunicación de reporte cuando lo indique la procuraduría desde el aplicativo de ITA</p>  | -4% |
| Monitoreo                  | Si | 91% | <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La oficina de control interno realiza seguimiento de cumplimiento de las acciones de mejora suscitadas en los planes de mejoramiento.</li> <li>2. Se realiza seguimiento a la trazabilidad de las PQRSD de forma trimestral</li> <li>3. hay articulación entre el modelo estándar de control interno y el modelo integrado de planeación y gestión para efectuar monitoreo y seguimiento sobre los diferentes procesos.</li> <li>4. Se realiza seguimiento al mapa de riesgos de forma trimestral</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer los informes de supervisión de los terceros.</li> <li>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.</li> </ol>  | 98% | <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <p>La construcción de los Planes de Mejoramientos con los líderes de procesos<br/>La Implementación de Drive en los cuales se consolidan soportes para verificación de avance actividades<br/>La retroalimentación en cada uno de los Comités Institucionales frente a los hallazgos y la forma en que evaluamos el riesgo en el cual se encuentra la institución</p> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <p>Dar continuidad con el seguimiento de las actividades del plan de mejoramiento de la vigencia 2020 a fin de realizar el segundo reporte avance semestral y cierre del mismo<br/>Dar continuidad con la retroalimentación de hallazgos en cada uno de los comités institucionales</p>  | -7% |