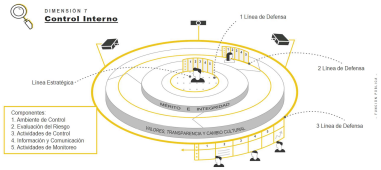
Nombre de la Entidad:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**
Periodo Evaluado	**I SEMESTRE 2024**



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	Para el primer semestre de la vigecia 2024, Los componentes del Sistema de Control Interno operan de forma articulada e integral, se adelantaron acciones que fortalecen el sistema de control interno tales como la formulacion y actualizacion de las politicas instituionales y los planes estrategico del decreto 612 al igual que la continuidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS); MIPG 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 evidencia 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 que permiten 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: 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**	**79%**	**FORTALEZAS:** 1. La Alta Dirección dio continuidad al plan estrategico anterior. 2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra funcionando de conformidad con lo reglamentado. 3. Se elaboro publico el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2024 y se efectuo un primer seguimiento con fecha de corte abril 30 de 2024. 4. Se formularon y publicaron los planes y programas de que trata el Decreto 612 de 2014. 5. Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2024 y Plan indicativo de gestión . 6. Se continua la implemntacion del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y demás sistemas de gestión al igual que el sistema de acreditación 7. Se tiene estableciodo el código de integridad y los valores institucionales 8. Se realiza seguimiento de forma trimestral durante la vigencia 2024 a las PQRSDF. **DEBILIDADES:** 1. Hay debilidad en la socializacion del Plan Estrategico a nivel institucional en razon a la alta rotacion del personal durante el primer semestre del 2024. 2. Hay que fortalecer la implementación del código de integridad para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores públicos. 3. Falta realizar seguimiento a los planes y programas del decreto 612 de la vigencia 2024. 4. Se debe fortalecer la autoevaluación de la 1° y 2° línea de defensa 3. Falta fortalecer acciones en el marco del plan de bienestar e incentivos que promuevan el compromiso institucional. 4. Hay falencia en la definición procedimientos en la estructura funcional por actividades en los procesos como mercadeo, comunicaciones, compras..	**84%**	**FORTALEZAS:** 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. 2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra funcionando de conformidad con lo reglamentado. 3. Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2023 a los cuales realizo los seguimientos cuatrimestrales durante la vigencia 4. Se formularon los planes y programas de que trata el Decreto 612 de 2014: donde la oficina de planeación realizo seguimientos periódicos. 5. Se cuenta con el Plan Operativo anual vigencia 2023 y Plan indicativo de gestión donde se efectuaron los seguimientos por parte de junta directiva 6. 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 7. Se tiene adoptado formalmente el código de integridad y los valores institucionales 8. Se realizo seguimiento de forma trimestral durante la vigencia 2023 a las PQRSDF y se dio respuesta oportunamente 9. Se realizaron reuniones del comité de convivencia, bienestar y comisión de personal durante la vigencia 2023. - **DEBILIDADES:** 1. Hay que fortalecer la implementación del código de integridad para mayor adherencia de estos en el comportamiento de los servidores públicos. 2. Se debe fortalecer la autoevaluación de la 1° y 2° línea de defensa 3. Falta fortalecer acciones en el marco del plan de bienestar e incentivos que promuevan el compromiso institucional. 4. Hay falencia en la definición de competencias en la estructura por actividades en proceso como mercadeo, comunicaciones, compras..	**-5%**

Evaluación de riesgos	**Si**	**76%**	**FORTALEZAS:** 1. Se tiene definida la política de administración del riesgo y esta 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 anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2024 al cual se le realiza el seguimiento de acuerdo a los lineamientos normativos. **DEBILIDADES:** 1. 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. 2. Falta analizar y revisar en el marco de la administración de riesgos aquellos que pueden ser identificados como de corrupción. 3. Hay que mejorar los controles existentes con relación a los riesgos identificados a fin de fortalecer el sistema de control interno.	**85%**	**FORTALEZAS:** 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 anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2023 al cual se le realiza el seguimiento de acuerdo a los lineamientos normativos. 4. Se efectuó seguimiento Monitoreo a los riesgos de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos. **DEBILIDADES:** 1. 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. 2. Falta analizar y revisar en el marco de la administración de riesgos aquellos que pueden ser identificados como de corrupción.	**-9%**
Actividades de control	**Si**	**79%**	**FORTALEZAS:** 1. Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados. 2. Se efectúa seguimiento a los indicadores del Plan Operativo Anual e indicadores de gestión 2024 3. 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 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, evalúa 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. **DEBILIDADES:** 1. implementar mecanismos de autocontrol y autoevaluación de la 1 y 2 línea de defensa en la ejecución y resultado de las actividades realizadas. 2, .En el marco de las caracterizaciones de procesos y procedimientos y el diseño de controles, los líderes establecen responsables y puntos de control, lo cual permite garantizar la segregación de actividades operativas. Sin embargo, se evidencia la desactualización de agunos 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.	**83%**	**FORTALEZAS:** 1. Se tiene implementado el Modelo de Operación por Procesos basado en gestión por resultados. 2. Se efectúa seguimiento a los indicadores del Plan Operativo Anual e indicadores de gestión 2023 3. 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 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 realiza seguimientos de ley y los informes de auditorías independientes **DEBILIDADES:** 1. implementar mecanismos de autocontrol y autoevaluación de la 1 y 2 línea de defensa en la ejecución y resultado de las actividades realizadas. 2, Manual de procesos y procedimientos desactualizados y falta definir en algunos puntos de control y riesgos. 3, Hay debilidades en el establecimiento de controles en lo relacionado con tecnologías de la información.	**-4%**
Información y comunicación	**Si**	**64%**	**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 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 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. 6. Durante el primer semestre de 2024, el area de Comunicaciones , ha venido adelantando a traves de la pagina WEB y en redes sociales, para difundir los contenidos noticiosos y las diferentes campañas sobre temas de la gestión de la entidad. **DEBILIDADES:** 1. Hay falencias en 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. 2. hay debilidad en la implementacion y aplicacion de las tablas de retencion 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.	**71%**	**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 2023 se formuló y elaboro el plan estratégico de tecnologías de información y comunicación PETIC 3. se realizan encuestas percepción de los servicios prestados 3. Se aprobaron las tablas de valoración documental y tablas de retención por el consejo del archivo departamental. 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. **DEBILIDADES:** 1. 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. 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 3. Hay deficiencias en la circularización de la información efectiva entre los diferentes niveles de autoridad y roles funcionales.	**-7%**
Monitoreo	**Si**	**89%**	**FORTALEZAS:** 1. Se Formulo y se encuentra en ejecucion el I programa de auditorías 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 de trimestral. 4. Se tiene establecido un plan de mejoramiento interno para la vigencia del 2024. **DEBILIDADES:** 1. 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. 2. Dar cumplimiento a las acciones descritas en el mapa de riesgos2024	**93%**	**FORTALEZAS:** 1. Se ejecuto el programa de auditorías de forma independiente. 2. La contraloría departamental dio calificación satisfactoria al plan de mejoramiento vigencia 2021. 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 ejecutaron acciones relacionados con los planes de mejoramiento interno. 5. Se cumplido con acciones suscritas en el plan de mejoramiento de la contraloría departamental. . **DEBILIDADES:** 1. 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.	**-4%**