

Promover el mejoramiento continuo de la institución, a través del desarrollo de una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua.

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2022

EDITH ALEIDA BALLESTEROS
Gerente



Jesica Rincon



1. IDENTIFICACIÓN

PROCESO:	4.1. EVALUACIÓN
SUBPROCESO:	4.1.1. Control Interno
OBJETIVO:	Promover el mejoramiento continuo de la institución, a través del desarrollo de una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	<ul style="list-style-type: none">➤ Establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación➤ Asegurar razonablemente la implementación de las dimensiones del MIPG.
ALCANCE:	El presente informe corresponde a las actividades ejecutadas por la Oficina de Control Interno entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022; específicamente a las actividades realizadas en cumplimiento de las metas trazadas en el Plan Anual de Auditorías de la vigencia 2022.
RESPONSABLES:	Asesor de Calidad y Control Interno



TABLA DE CONTENIDO

Tabla de contenido

1. IDENTIFICACIÓN	1
2. INTRODUCCION	1
3. MARCO NORMATIVO	2
4. MARCO CONCEPTUAL.....	3
5. CULTURA CORPORATIVA	7
5.1. Plataforma Estratégica.....	7
5.2. Valores código de Integridad	7
5.3. Principios.....	8
5.4. Mapa de procesos.....	9
6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	9
6.1. Seguimiento al Plan Anual de Auditorías.....	12
6.2. Seguimiento a Planes de Mejoramiento Institucional.....	13
7. EJECUCION FRENTE A LOS CINCO ROLES DE CONTROL INTERNO.....	15
7.1. Ambiente de control	15
7.2. Evaluación del Riesgo.....	17
7.3. Actividades de Control	18
7.4. Información y Comunicación	18
7.5. Actividades de Monitoreo.....	19
8. RECOMENDACIONES GENERALES.....	19



2. INTRODUCCION

El responsable de Control Interno de la E.S.E Centro de Salud Santa Isabel de Buenavista, en cumplimiento de sus funciones, y de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 y en especial lo establecido en la ley 1474 de 2011 presenta el Informe anual del Estado del Sistema Institucional de Control Interno de la E.S.E .Teniendo en cuenta la expedición del Decreto 1499 del 2017 se definió un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno, estableciendo en su artículo 2.2.23.2 “Actualización de modelo estándar de Control Interno. La actualización del Modelo estándar de Control Interno para el estado colombiano MECI, se efectuara a través del manual Operativo del modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993, Este informe se presenta de acuerdo a los avances en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la ESE, con el Fin de continuar fortaleciendo el Modelo integrado.

En este documento se dará a conocer la gestión de la vigencia 2022 del sistema de control interno en la Institución con base en la última versión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, haciendo énfasis en la séptima dimensión, teniendo en cuenta los cinco (5) componentes de la estructura del MECI: 1. Ambiente de control; 2. Evaluación del riesgo; 3. Actividades de control, 4. Información y comunicación y 5. Actividades de monitoreo.



3. MARCO NORMATIVO

En desarrollo del mandato constitucional y en relación directa con la Oficina de Control Interno, el siguiente es el marco legal que determina el accionar y roles de la misma:

Ley 87 de 1993. Los artículos 9, 10, 11, 12 y 14 tratan sobre la definición del jefe de la Oficina de Control Interno, la designación de la Oficina de Control Interno, las funciones de los Auditores y el informe de los funcionarios de Control Interno.

Ley 1474 de 2011. (Estatuto Anticorrupción) “Por la cual se dictan normas **orientadas** a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”

Directiva Presidencial 01 de 1997. Proporciona las directrices y se precisa el Desarrollo del Sistema de Control Interno, señalando que le compete a la Oficina de Control Interno, apoyar a los directivos en el desarrollo del sistema, reevaluar los planes, fomenta la cultura del autocontrol de tal forma que contribuya al mejoramiento continuo, coadyuvar y participar para fomentar la cultura del autocontrol de forma que contribuya al mejoramiento continuo además de, participar en la implementación de adecuados instrumentos de gestión y gerencia.

Decreto 2145 de 1999. Dicta normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las entidades y organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial.

Resolución 048 de 2004. Contaduría General de la Nación, dicta disposiciones relacionadas con el control interno contable y establece las funciones de la Oficina de Control Interno relacionadas con la materia.

Decreto 943 de 2014. Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno- **MECI**. Presenta las Orientaciones y los Componentes que conforman el Modelo Estándar de Control Interno y que son de obligatorio cumplimiento para las entidades a que se les aplica la Ley.

Decreto 648 de 2017. por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario **Único** del Sector de la Función Pública. Artículo 4 al 8

Decreto 1499 de 2017. por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG



4. MARCO CONCEPTUAL

- ✓ **Actividad de control:** Acciones establecidas en los procesos, políticas, procedimientos u otras herramientas que permiten que se lleven a cabo las instrucciones de la Administración para mitigar los riesgos relacionados con el logro de los objetivos. Las Actividades de Control son un Componente del Control Interno.
- ✓ **Alta Dirección:** Comprende los empleos del Nivel Directivo a los cuales corresponden funciones de dirección general, de formulación de políticas institucionales y de adopción de planes, programas y proyectos. (Decreto 770 de 2005)
- ✓ **Ambiente de control:** El ambiente de control establece el tono de una organización. Es la base de los otros componentes del control interno pues define los valores y principios con los cuales se rige la entidad e influye en la conciencia de los servidores sobre la forma en que se deben llevar a cabo las operaciones.
- ✓ **Comité Institucional de Coordinación de Control Interno:** Instancia del más alto nivel jerárquico, creado como órgano asesor e instancia decisora en los asuntos de control interno, de obligatoria conformación para todas las entidades estatales. (Ley 87 de 1993, art 13 y Decreto 648 de 2017).
- ✓ **Comité Institucional de Gestión y Desempeño:** Instancia del más alto nivel jerárquico, encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, de obligatoria conformación para todas las entidades estatales. (Decreto 1499 de 2017).
- ✓ **Componente:** Uno de los cinco elementos del Modelo Estándar de Control Interno MECI.
- ✓ **Conflicto de interés:** "Situación en la cual un auditor interno, que ocupa un puesto de confianza, tiene interés personal o profesional en competencia con otros intereses. Tales intereses pueden hacerle difícil el cumplimiento imparcial de sus tareas. (Tomado de las Normas Internacionales de Auditoría Interna Norma 1120)

En el sector público: el conflicto de interés existe cuando el interés personal de quien ejerce una función pública colisiona con los deberes y obligaciones del cargo que desempeña. (Guía Conflictos de Interés de Servidores Públicos. Función Pública. 2018)."

- ✓ **Control Interno:** Estructura de procesos, políticas, procedimientos, manuales y otras herramientas diseñadas por la entidad para proporcionar seguridad razonable de que los objetivos y metas se alcanzarán y que los eventos no deseados se evitaren o bien se detectaran y corregirán.



- ✓ **Control interno efectivo:** El Sistema de Control Interno para que sea efectivo requiere que cada uno de los cinco componentes del MECl y sus lineamientos, estén presentes, funcionando y operando de manera articulada con el MIPG.
- ✓ **Controles generales de TI** Actividades de control que ayudan a asegurar la apropiada operación de la tecnología, incluyen los controles sobre la infraestructura de tecnología, seguridad de la información, adquisición de tecnología su desarrollo y mantenimiento.
- ✓ **Corrupción:** Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado. (Secretaría de Transparencia)
- ✓ **COSO:** Committe of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (por sus siglas en inglés). COSO es una iniciativa conjunta de cinco organizaciones del sector privado y se dedica a liderar el desarrollo de marcos y guías en control interno y gestión de riesgos.
- ✓ **Cumplimiento:** Está relacionado con el cumplimiento a las leyes y regulaciones aplicables a la Entidad.
- ✓ **Deficiencia de control:** Es una falla con respecto a un control particular o actividad de control.
- ✓ **Deficiencia del Sistema de control interno:** Se asocia a fallas o brechas en un componente o componentes y sus lineamientos que tiene la capacidad para generar riesgos.
- ✓ **Evaluación de Riesgos:** Proceso que permite a cada entidad identificar, analizar y administrar riesgos relevantes para el logro de sus objetivos.
- ✓ **Evaluaciones continuas:** Corresponden a actividades (manuales o automáticas) que sirven para monitorear la efectividad del control interno en el día a día de las operaciones. Estas evaluaciones incluyen actos regulares de administración, comparaciones, conciliaciones y otras acciones rutinarias.
- ✓ **Evaluaciones separadas:** "Incluye autoevaluaciones, en las que las personas responsables por una unidad o función particular (2a línea de defensa) determinan la efectividad de los controles para sus actividades clave para el logro de los objetivos institucionales. Así mismo, se incluyen las evaluaciones realizadas por las Auditorías (interna y externa)."
- ✓ **Funcionando:** La determinación que los componentes y lineamientos son aplicados de forma sistemática como han sido diseñados y es posible analizar su efectividad para evitar la materialización de riesgos, mediante el contraste de información relevante.



- ✓ **Integridad:** El economista estadounidense Anthony Downs “la integridad consiste en la coherencia entre las declaraciones y las realizaciones[1]”, entendiéndose esta como una característica personal, que en el sector público también se refiere al cumplimiento de la promesa que cada servidor le hace al Estado y a la ciudadanía de ejercer a cabalidad su labor. (Tomado micrositio MIPG, Dimensión Talento Humano).
- ✓ **Lineamiento:** Especificaciones fundamentales asociadas a cada uno de los componentes del MECI que permitirán establecer la efectividad del Sistema de Control Interno.
- ✓ **Mantenimiento del Control:** Verificar periódicamente el control y ante cambios en el entorno externo o interno realizar los ajustes correspondientes o incluir un nuevo control.
- ✓ **Mapa de riesgos:** Herramienta cualitativa que permite identificar los riesgos de la organización en el cual se presenta una descripción de cada uno de ellos y su tratamiento.
- ✓ **Oportunidad de Mejora:** Hallazgo en el cual sí existe un cumplimiento, pero a pesar de ello se determina, bajo criterios objetivos, que existe un margen de mejora para optimizar más una actividad, tarea o proceso concreto.
- ✓ **Política:** Declaración emitida por la administración acerca de lo que debe hacerse para el control. Las políticas son la base para la definición de procedimientos.
- ✓ **Presente:** La determinación que existen en diseño e implementación de los requerimientos asociados a las políticas de gestión y desempeño.
- ✓ **Procedimiento:** Actividades desagregadas que implementan una política o determinan acciones concretas para la consecución de un objetivo o meta.
- ✓ **Reporte:** Información suministrada por diferentes instancias de la entidad, que incluye datos internos y externos, así como información financiera y no financiera, necesaria para la toma de decisiones.
- ✓ **Riesgo:** La posibilidad de que un evento ocurra y afecte de manera adversa el logro de los objetivos.
- ✓ **Riesgo inherente:** El riesgo frente al logro de los objetivos en ausencia de cualquier acción por parte de la administración para afectar el impacto o probabilidad de dicho riesgo.
- ✓ **Riesgo residual:** El riesgo frente al logro de los objetivos que permanece una vez la respuesta al riesgo ha sido diseñada e implementada por parte de la administración.



- ✓ **Segregación de Funciones:** Se refiere a la asignación de las responsabilidades con diferentes niveles de autorización con el fin de reducir errores o posibles situaciones de corrupción durante el normal desarrollo de sus funciones.
- ✓ **Seguridad razonable:** Determina que no importa que tan bien esté diseñado e implementado el control interno, no se puede garantizar que los objetivos de la entidad se van a cumplir. Esto por las limitaciones inherentes de todo Sistemas de Control Interno.
- ✓ **Evaluación Independiente:** Se entiende como las prácticas de examen al control interno y ejercicio de auditoría llevadas a cabo por la oficina de control interno o quien haga sus veces, teniendo en cuenta las normas de auditoria generalmente aceptadas.
- ✓ **Líneas de Defensa:** Esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo de las 3 Líneas de Defensa” del Instituto de Auditores, el cual proporciona una manera simple y efectiva para mejorar las comunicaciones en la gestión de riesgos y control mediante la aclaración de las funciones y deberes esenciales relacionados, que permiten contar con diferentes niveles para el control.



5. CULTURA CORPORATIVA

La ESE Centro de Salud Santa Isabel de Buenavista a través de resolución No. 23 del 26 de enero de 2022 actualiza el horizonte institucional acorde a los requerimientos solicitados en el MIPG

5.1. Plataforma Estratégica

Misión: La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E SANTA ISABEL BUENAVISTA, es una entidad del orden municipal con la misión de ayudar en el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio de Buenavista y de la región. Para lograr su misión presta los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, espacialmente en el primer nivel de complejidad, enmarcados en los principios y valores de la normatividad del sector salud.

Visión: La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E CENTRO DE SLAUD SANTA ISABEL BUENAVISTA quiere ser reconocida en la zona del occidente de Boyacá como IPS pública en la prestación de los servicios de salud como modeladora en la ATENCION PRIMARIA EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR (APS-SF) en el primer nivel de complejidad, ofertando servicios bajo los estándares de calidad, eficiencia, oportunidad y compromiso a los habitantes del municipio de Buenavista, y de la región, donde la esencia y el conocimiento esta centradas en el usuario.

5.2. Valores código de Integridad

Se entiende por valor todo lo favorable que tiene el ser humano y que permite su evolución y realización, es tomar conciencia de la importancia de los valores y propiciar su desarrollo.

Los servidores públicos y/o contratistas de la Empresa Social del Estado Centro de Salud Santa Isabel Buenavista se comprometen a orientar su trabajo bajo los siguientes valores:

Compromiso: El servidor público y/o contratista debe reflejar con su trabajo y desempeño, el compromiso con la empresa y con la comunidad en su condición de empleados públicos.

Ética: Conducta personal puesta de manera estable y honrada al servicio de los demás y en beneficio propio, a impulsos de la propia vocación con la dignidad que corresponde a la persona humana.

Honestidad: El servidor público y/o contratista actuará con pudor, decoro y recato, tendrá responsabilidad consigo mismo y con los demás, en relación con la calidad de su trabajo, el compromiso con la empresa y el desarrollo de sus funciones, dando ejemplo de rectitud ante los demás servidores públicos y ante la comunidad en general.

Lealtad: Es asumir el compromiso de fidelidad, respeto y rectitud, actuando siempre en bien de la institución y con amplio sentido de pertenencia.



Respeto: Es la atención y consideración para con los demás y consigo mismo, cuidando de no mellar la dignidad humana.

Responsabilidad: Es cumplir debidamente las funciones y asumir las consecuencias de las decisiones, actos u omisiones.

Solidaridad: Entendida esta como el sentimiento que impulsa a los servidores y/o contratistas de la entidad a prestarse ayuda mutua, adoptando una forma de comportamiento que acarree beneficios para la vida individual y empresarial.

5.3. Principios

La entidad debe fortalecer mediante procesos de gestión el fortalecimiento de los principios para generar mayor beneficio a la comunidad beneficiaria del Sector de la Salud, en cumplimiento de la misión y visión de la Entidad, con el propósito de garantizar los servicios de salud a la población más vulnerable del municipio.

El Principio se entiende como el primer instante de la existencia de algo, lo que se acepta en esencia, origen y fundamento. Son las bases o normas morales que deben existir en toda empresa, unidos a valores comunes y a una misión institucional, siendo claramente identificados se logrará el desarrollo organizacional, los principios adoptados.

Por la Empresa Social del Estado Centro de Salud Santa Isabel de Buenavista Boyacá son:

Austeridad: Los servidores públicos y/o contratistas de E.S.E Santa Isabel Buenavista, deben obrar con sobriedad y racionalización en el uso de los recursos, de tal manera que proyecten una imagen de transparencia en su gestión y de calidad en sus funciones.

Calidad del Servicio: Los servidores de la entidad deben mantener una actitud de mejoramiento continuo en el ejercicio de sus funciones frente al derecho del usuario, la comunidad, y demás grupos de interés que demande el servicio E.S.E Santa Isabel Buenavista.

Colaboración: Los servidores públicos y/o contratistas deben realizar aquellas tareas que por su naturaleza o modalidad sean las estrictamente inherentes a su cargo, siempre que ellas resulten necesarias para mitigar, neutralizar o superar las dificultades que enfrente la empresa o nuestros usuarios.

Eficacia: Realización de actividades planificadas para alcanzar el logro de los resultados esperados.

Eficiencia: Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a los cuales da derecho a la seguridad social sean prestados en forma, adecuada, oportuna y suficiente.

Mejoramiento Continuo: La entidad aplicará todos los procedimientos técnicos e instrumentos gerenciales que le permitan responder oportunamente a los cambios del entorno, contando con un personal comprometido en la búsqueda de resultados excelentes en su gestión, mediante el cumplimiento de sus deberes con competencia, diligencia y calidad.



Oportunidad: Cumplir a tiempo y con calidad las funciones en la prestación del servicio a los usuarios. Trabajo en Equipo: Consolidar una Administración Pública efectiva, transparente y democrática, con fundamento en política de calidad en la prestación de sus servicios, orientada a una gestión por procesos.

Transparencia: El servidor público de la Empresa Social Del Estado E.S.E Santa Isabel Buenavista debe obrar en total transparencia y sus actos y decisiones administrativas deben permitir a la comunidad, estar informada sobre los hechos que la afecten directamente y que sean de su interés. Así mismo tener reglas claras para el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos, en aras de brindar una atención efectiva y transparente al usuario.

Universalidad: Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. Universalidad: Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

5.4. Mapa de procesos



6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

Durante la vigencia 2022, la institución proyectó su planeación acorde a los requisitos normativos, para lo cual participó todo el equipo de colaboradores y aunado a esos esfuerzos se dio un cumplimiento del 100%. Es importante resaltar que dentro de los comités institucionales se socializaba el resultado de la auditoría con los siguientes resultados:



FECHA AUDITORIA	30/04/2022		30/07/2022		29/09/2022		28/01/2023	
SEGUIMIENTO	I TRIM		I SEM		III TRIM		ANUAL	
	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO
PLAN DE DESARROLLO								
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO	3	3	7	7	10	10	14	14
Proporción de cumplimiento de plan de mantenimiento equipos de computo e informatica.			1	1	1	1	2	2
Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento equipos biomédicos	1	1	2	2	3	3	4	4
Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento infraestructura	1	1	2	2	3	3	4	4
Proporción de cumplimiento del plan de metrología	1	1	2	2	3	3	4	4
HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD EN LA GESTIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	7	7	14	14	21	21	28	28
% de cancelación de citas	1	1	2	2	3	3	4	4
Cobertura de vacunación con esquemas adecuados en menores de 5 años	1	1	2	2	3	3	4	4
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Crecimiento y Desarrollo IND 24	1	1	2	2	3	3	4	4
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva IND 23	1	1	2	2	3	3	4	4
Oportunidad promedio en la asignación de citas de consulta médica general - días IND 26	1	1	2	2	3	3	4	4
Oportunidad promedio en la atención de consulta de odontología.	1	1	2	2	3	3	4	4
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación IND21	1	1	2	2	3	3	4	4
TRANSPARENCIA Y EFICACIA ADMINISTRATIVA	18	18	35	35	52	52	74	74
% de cumplimiento del plan de comunicaciones	1	1	2	2	3	3	4	4
% de eventos adversos gestionados	1	1	2	2	3	3	4	4
% de procesos judiciales gestionados en el término legal.	1	1	2	2	3	3	4	4
% de satisfacción global del usuario	1	1	2	2	3	3	4	4



FECHA AUDITORIA	30/04/2022	30/07/2022	29/09/2022	28/01/2023				
SEGUIMIENTO	I TRIM	I SEM	III TRIM	ANUAL				
	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO
PLAN DE DESARROLLO								
Actas de conciliación de cartera suscritas con ERP	1	1	2	2	3	3	4	4
cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 IND 11	1	1	2	2	3	3	4	4
Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud IND 2	1	1	2	2	3	3	4	4
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida IND 5	1	1	1	1	1	1	2	2
Índice de glosas definitivas	1	1	2	2	3	3	4	4
Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior IND 1	1	1	2	2	3	3	4	4
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior IND 7	1	1	2	2	3	3	4	4
Oportunidad en la respuesta de manifestaciones de usuarios (Quejas, Reclamos y Sugerencias)- días hábiles.	1	1	2	2	3	3	4	4
Oportunidad en reporte de la Circular Única Supersalud	1	1	2	2	3	3	4	4
Oportunidad promedio en la respuesta a derechos de petición. días hábiles.	1	1	2	2	3	3	4	4
Proporción de cumplimiento del plan de capacitaciones	1	1	2	2	3	3	4	4
Proporción de cumplimiento en la presentación de informes sobre prestación de servicios basado en RIPS a la Junta directiva.	1	1	2	2	3	3	4	4
Proporción de funcionarios con inducción				0		0	1	1
Proporción de funcionarios con reinducción.				0		0	1	1
Proporción de gestión de accidentes de trabajo				0		0	1	1
Proporción de satisfacción del cliente interno.				0		0	1	1
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	1	1	2	2	3	3	4	4



FECHA AUDITORIA	30/04/2022	30/07/2022	29/09/2022	28/01/2023				
SEGUIMIENTO	I TRIM	I SEM	III TRIM	ANUAL				
	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO
PLAN DE DESARROLLO								
Riesgo fiscal y financiero	1	1	2	2	3	3	4	4
TOTAL DE ACTIVIDADES	28	28	56	56	83	83	116	116
% PROGRAMADO POR TRIMESTRE	24%		24%		23%		28%	
% EJECUTADO	100%		100%		100%		100%	

Teniendo en cuenta lo anterior, como criterios de evaluación de la gestión se tomó el Plan de desarrollo institucional y se verificó a través de auditoría trimestral la oportunidad y pertinencia de los soportes anexos.

6.1. Seguimiento al Plan Anual de Auditorias

El responsable de Control Interno de la ESE Centro de Salud Santa Isabel de Buenavista, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 9º de la Ley 87 de 1993, y sus decretos reglamentarios, durante la vigencia 2022 y en cumplimiento al Plan de Acción de la Oficina, el cual incluye el programa de auditorías aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, adelantó el seguimiento a los planes de mejora de auditorías externas de EPS y Secretaria de Salud departamental de las cuales se generó un plan de mejora con 24 actividades y se alcanzó un cumplimiento del 96 % del acciones propuestas el 4% restante se encuentra programado para la vigencia 2023. Del seguimiento de plan Anual e Auditoria se puede detallar lo siguiente:

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENAVISTA		PLAN ANUAL DE AUDITORIAS		SEGUIMIENTO:													
PERIODO:		Semestral															
NORMA ASOCIADA	NOMBRE DE AUDITORIA Y/O INFORME	PERIODICIDAD	DIVULGACIÓN	ENER	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ESTADO	
Decreto 1063 de 2015, Capítulo 3 Artículo 2.2.3.3	Medición del estado de avance del modelo estándar de control interno	Anual	Modulo Control Interno, RIBACI DAFI		C												
ley 1474 de 2011, Artículo 09 Decreto 2106 del 2019, Artículo 156 Circular No. 005 del 2019	Informes de Evaluación Independiente del Sistema de Control interno de la Entidad	Semestral	Chip Pag. Web	C						C							
Resolución 704 de 2016, Artículo 3 Resolución 191 de 2016 Modif. 043 y 097 de 2017	Informe de control interno contable	Anual	Chip	C													
Decreto 124 de 2016, Artículo 2.1.4.6.	Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano.	Trimestral (10 primeros días hábiles del mes siguiente)	Pag. Web					C				C					
N/A	Informe de seguimiento a Planes de mejora	Semestral	Pag. Web							C							C
ley 1474 de 2011 Decreto 146 de 2017	Informe de seguimiento a los riesgos de gestión y corrupción	Semestral	Pag. Web							C							C
Decreto 194 de 2012	Seguimiento a la aplicación de la calidad en el gasto público	Cuatrimestral	Pag. Web				C			C			C				COMITE SOSTENIBILIDAD
Decreto 1063 de 2015, Artículo 2.2.17.7 Decreto 2842 de 2010	Seguimiento SIGEP	Seguimiento permanente	Plataforma SIGEP				C			C			C				
Artículo 79 de la ley 1474 de 2011	Informe de seguimiento PGRS	Semestral	Pag. Web							C							C
Resolución 248 de 2007, Instrucción 008 de 2014 C.C.R., Resolución 193 de 2014 y el Procedimiento Anexo	Informe ejecutivo de Evaluación Control Interno	Anual	Pag. Web														C
ley 1474 de 2011 Compes 3654 de 2010	Informe de evaluación del ejercicio de rendición de cuentas	0 días hábiles 1 de julio	Pag. Web								C						
Auditoría Interna	Requisito de cargo	Anual	Gerencia														C
Auditoría Interna	Seguimiento a la Estrategia de Racionalización de Recursos a través del Sistema Único de Tiendas (SUT)	Anual	Pag. Web														C
Auditoría Interna	Auditoría Resolución 0012 de 2019 SGP SS	Anual	Pag. Web														C
Auditoría Interna programada (Ley 89)	Seguimiento a i proceso de contratación	Anual	Pag. Web														C
Auditoría Interna	Auditoría Resolución 1712 y 1519 Derechos de autor	Anual	Pag. Web														C

A	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	1	2	1	1	3	4	1	2	2	0	5						
N	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% cumplimiento total	100%	100%	30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%
% total	96%																



6.2. Seguimiento a Planes de Mejoramiento Institucional

Visitas recibidas en el año

ENTIDAD	TEMA	FECHA
Coosalud	Habilitación	08/11/2022
COM familiar	Habilitación	07/07/2022
Secretaria De Salud	Farmacovigilancia	10/11/2022
Secretaria De Salud	Covid 19 y vacunación – P&P	14/09/2022
Secretaria De Salud	RIAS	05/08/2022

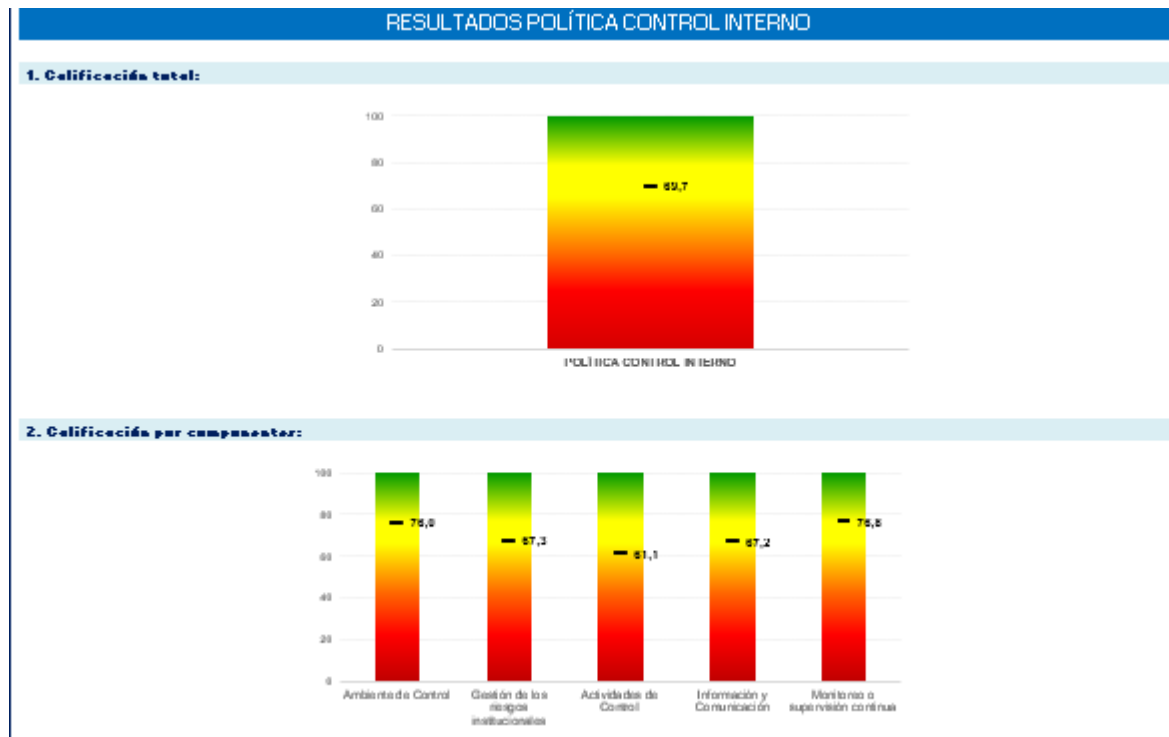
Seguimiento a plan de Mejora

Durante la vigencia 2022 la institución recibió deferentes auditorias con el objetivo de verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación, seguridad del paciente, acreditación entre otros de estos surgió un plan de mejora institucional con 29 actividades de las cuales el 82% se dieron por cumplidas el 18 % restante corresponde a una actividad atrasada y otra en desarrollo como se detalla a continuación:



7. EJECUCION FRENTE A LOS CINCO ROLES DE CONTROL INTERNO

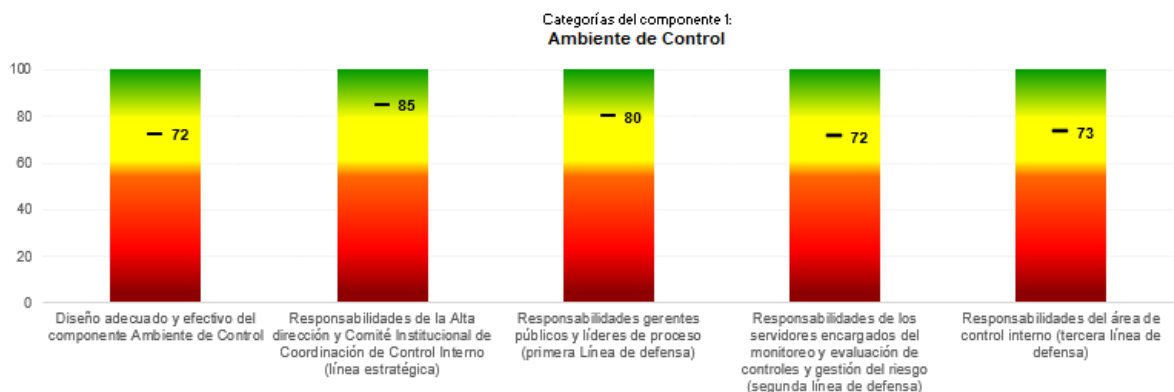
Como cierre del ciclo de mejoramiento la institución realizó la evaluación de la política de control interno con un cumplimiento del 69,7% teniendo en cuenta lo dispuesto en la séptima dimensión del MIPG, con el siguiente detalle:



Es importante resaltar que frente a la vigencia 2021 la institución alcanzó un mayor porcentaje de cumplimiento y se incluyen las oportunidades de mejora identificadas dentro de la planeación del 2023 poder cerrar las brechas encontradas.

7.1. Ambiente de control

3. Calificación por categorías:





En el ambiente de control la ESE Centro de Salud Santa Isabel de Buenavista para la vigencia 2022 implemento acciones con el objetivo de asegurar un ambiente más seguro que le permitiera disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Por lo que se dio a la tarea de articular los requerimientos tanto normativos como los particulares de la institución y genero un compromiso con lo esencial para cumplir los lineamientos de la gerencia y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Es importante anotar que aun cuando la institución está dando los primeros pasos para la implementación del MIPG ha logrado avances significativos y a través del cronograma de capacitaciones y las diferentes estrategias ha logrado una socialización y comprensión del porque y para que en los colaboradores. Teniendo en cuenta que el Ambiente de Control es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, se socializo a todos en la institución la importancia de la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico es prioritario en el momento de desarrollar las actividades diarias.

Para la vigencia 2022 frente a este componente se desarrollaron las siguientes actividades:

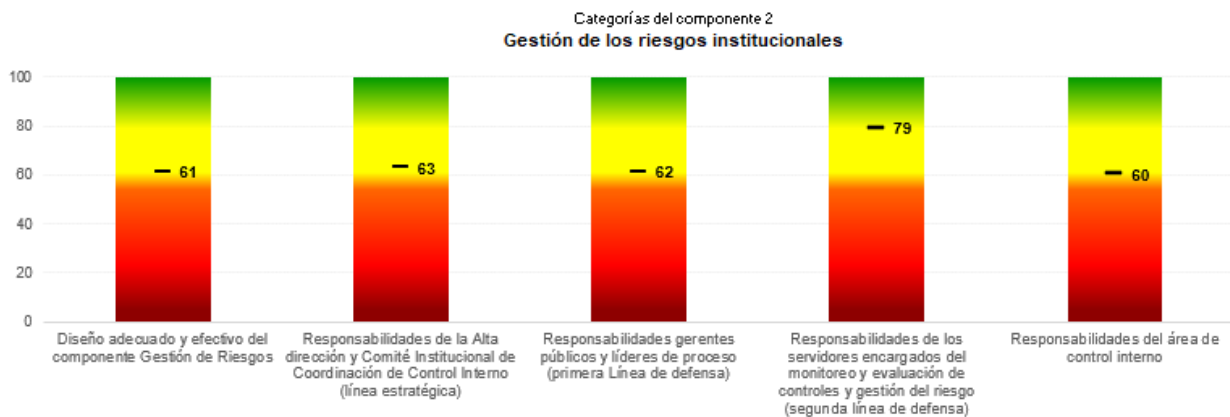
- Capacitaciones al personal sobre la importancia de demostrar el compromiso con la integridad (valores) y principios en el desarrollo de sus actividades
- Actualización de protocolos de Asignación de Citas y PQRSF con el objetivo de orientar la identificación y manejo de los conflictos de interés, atención al usuario, uso adecuado de información.
- La creación del comité de convivencia laboral permitió socializar en la primera sesión a todos los colaboradores sus funciones, estándares éticos y de comportamiento esperados, que de no llevarse a cabo pueden implicar riesgos para la entidad. Así como se dejó claro la línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.
- Creación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017, donde se define sus funciones de forma clara el seguimiento al diseño y efectividad de la estructura de control.
- Seguimiento a la satisfacción global y percepción de los usuarios
- Seguimiento al plan de capacitaciones y el impacto generado tras la transferencia de conocimiento.

Recomendaciones

- Es importante que la institución continúe con la implementación de las herramientas y proyecten las actividades de la vigencia 2023 acorde a lo solicitado en el Manual Operativo del MIPG, norma del Sistema Único de Habilitación Resolución 3100 y Sistema Único de Acreditación y recomendaciones de los mismos.



7.2. Evaluación del Riesgo



En la verificación del segundo componente, el cual verifica el cumplimiento de los objetivos institucionales

Como se muestra en la evaluación de la gestión la institución dio cumplimiento al total de las acciones programadas para el año 2022 al igual que lo proyectado en el plan anticorrupción. Sin embargo la institución debe actualizar la matriz de riesgos teniendo en cuenta lo establecido en la función pública para alinear la gestión del riesgo a la planeación estratégica y dar cumplimiento a la normatividad vigente, cabe resaltar que la institución para la vigencia 2021 realizó las siguientes acciones:

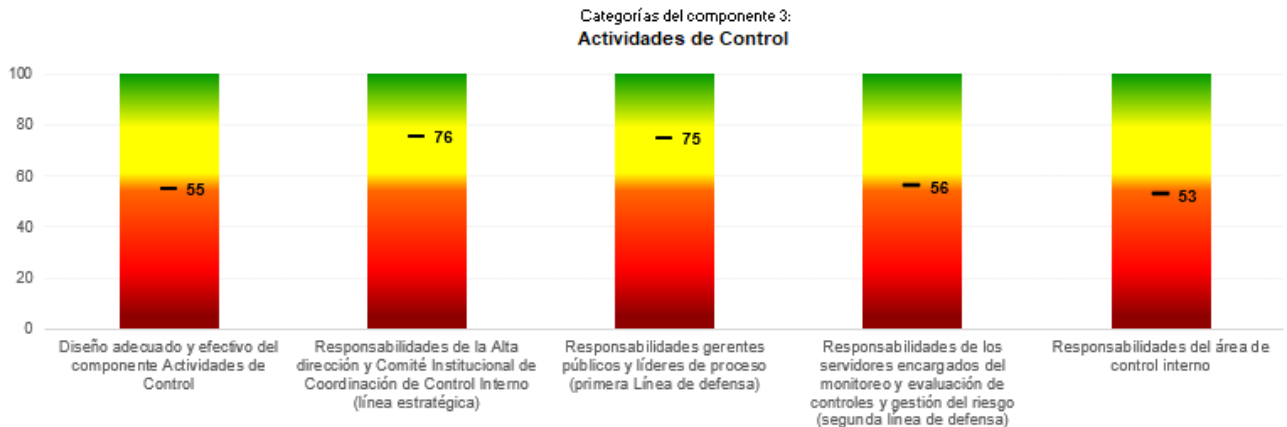
- Autodiagnóstico de control interno
- Verificación de los criterios de la política de gestión del riesgo
- Seguimiento y auditoria a las actividades programadas en el plan Anticorrupción

Recomendaciones

- Dentro de la planeación para la vigencia 2022 se recomienda a la institución partir del análisis del contexto interno, externo de la entidad y el de cada proceso, para la identificación de los riesgos el análisis de los mismos y de esta forma determinar cómo deben gestionarse.

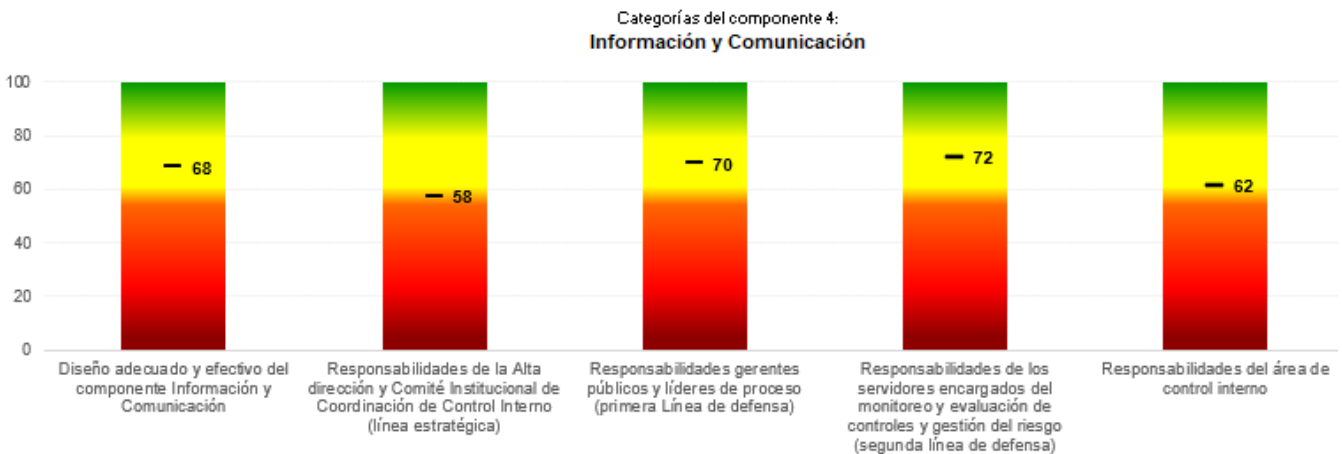


7.3. Actividades de Control



Para este componente es necesario que la institución implemente mecanismos de control a la matriz de riesgo, teniendo en cuenta que aun cuando se realizan actividades esta debe verificarse de manera individual.

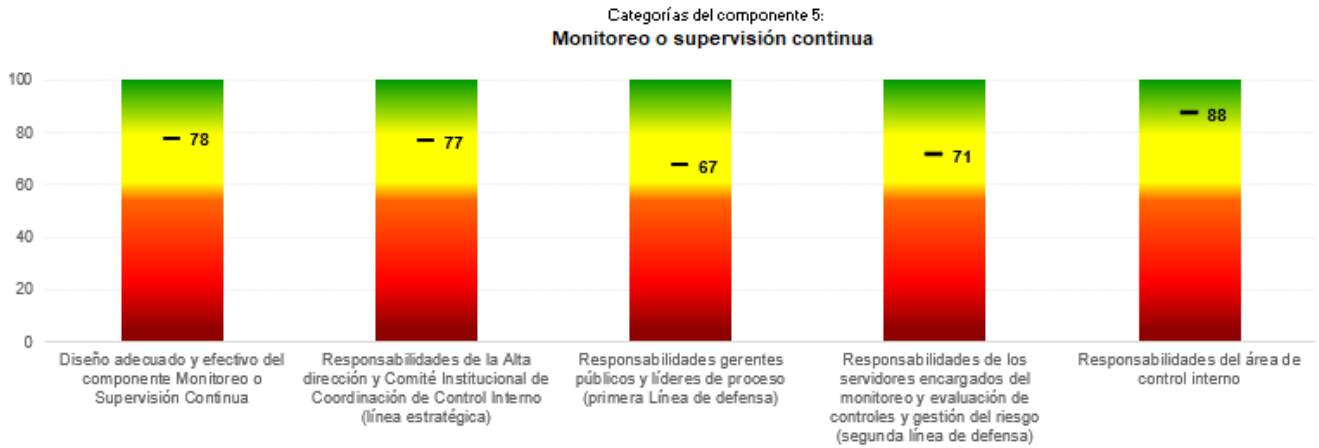
7.4. Información y Comunicación



Para este componente se invitó a todos los comités al asesor de control interno con el objetivo de lograr una información relevante, oportuna, confiable, íntegra y segura que da soporte al Sistema de Control Interno, también se actualizó el documento que define los canales y líneas de comunicación, además que la institución cuenta con un drive en el cual los colaboradores cargan la información correspondiente.



7.5. Actividades de Monitoreo



Durante la vigencia 2022 la institución generó la estrategia de seguimiento y control la cual le permitió realizar y verificar el cumplimiento de las actividades propuestas, del plan anual de auditorías, la asistencia a comités institucionales da garantía de la disponibilidad y confiabilidad de lo propuesto dentro del Plan Operativo anual de esta vigencia.

8. RECOMENDACIONES GENERALES

- ✓ Definir lineamientos en relación a la gestión del riesgo (política institucional de riesgos), por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
- ✓ Definir lineamientos en relación a comunicaciones internas y externas, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
- ✓ Definir lineamientos en relación a los estatutos de auditoría, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
- ✓ Definir lineamientos en materia de anticorrupción (fraude y corrupción), por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
- ✓ Establecer lineamientos para el funcionamiento del sistema de control interno (SCI), por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
- ✓ Aprobar el plan anual de auditoría presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.