

INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL SISTEMA  
DE CONTROL INTERNO DE LA  
E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA – 2023 SEGUNDO SEMESTRE.

E.S.E SALUD DEL TUNDAMA

ANDREA LILIANA ARIAS PERDOMO

Gerente

ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ

Asesor Oficina Control Interno

Edición

ENERO 2024.

**“DUITAMA PARA TODOS”**

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. [www.saludtundama.gov.co](http://www.saludtundama.gov.co)  
Duitama. Boyacá.

## INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA – 2023 SEGUNDO SEMESTRE.

### 1. OBJETIVO

Adelantar un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, éste último aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

### 2. ALCANCE

Dada la necesidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, el presente informe busca que la entidad cuente con una evaluación de su Sistema de Control Interno de manera integral, evaluación que es independiente. Su publicación será cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad.

### 3. PROCESOS INVOLUCRADOS

En la elaboración del informe se encuentran involucrados los Procesos de; Gestión Gerencial, Gestión de Planeación Organizacional, Gestión de Talento Humano, Gestión de Evaluación y Control, gestión de atención al usuario y su familia, Gestión Financiera, Gestión de la información y comunicación organizacional.

### 4. SOPORTE LEGAL

La Oficina Asesora de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la ley 87 de 1993, modificada por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones, los Decretos 1537 de 2001, 2482, 2641 de 2012 y 943 del 21 de mayo de 2014; así como los lineamientos establecidos en la Guía de Auditoría para entidades públicas del DAFP, que establece la función de realizar la evaluación independiente al Sistema de Control Interno, a los

**“DUITAMA PARA TODOS”**

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. [www.saludtundama.gov.co](http://www.saludtundama.gov.co)  
Duitama. Boyacá.

procesos, procedimientos, actividades y actuaciones de la administración, con el fin de determinar el cumplimiento y la efectividad de la gestión institucional y de los objetivos de la entidad, generando recomendaciones para asesorar al representante legal de la entidad, en busca del mejoramiento continuo.

En cumplimiento al programa general de auditorías aprobado para la vigencia 2023, por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, el asesor de control interno adelantó la auditoría al proceso de Gestión Mencionado.

## 5. DESARROLLO

### 5.1. METODOLOGÍA

En atención a lo estipulado en el Decreto 2106 de 2019 “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” (artículo 156), donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, a continuación encontrará la estructura definida para el formato propuesto para este análisis.

En la primera parte se define la alineación del Sistema de Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se consideran aspectos generales y una base conceptual, a fin de introducirnos de manera adecuada en la estructura del formato.

Posteriormente se explican cada una de las partes del formato para su diligenciamiento y la estructura final, cuyo análisis corresponde al Jefe de Control Interno y se convertirá en el informe para la publicación en la respectiva página web de la entidad.

La matriz que se diligenció consta de unas columnas, las cuales la primera de ellas hace relación a una dimensión o política del MIPG y se asocian en esta los temas específicos que se deben analizar. En la segunda columna se debe indicar el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta;

De acuerdo con lo identificado como resultado de la evaluación del requerimiento, para saber si se encuentra “Presente” (que es uno de los ítems de calificación) se selecciona de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con las siguientes definiciones:

#### “DUITAMA PARA TODOS”

- 1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.
- 2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas de la entidad.
- 3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.

En la tercera columna se denomina evidencia del control y se deben indicar las acciones que se han adelantado para evaluar el estado del Sistema de Control Interno en el marco del Comité Institucional de coordinación de Control Interno. Acciones entendidas a las modificaciones, actualizaciones y actividades de fortalecimiento del sistema a partir de la normatividad vigente.

1. Se deben registrar las observaciones de la evaluación independiente, teniendo en cuenta el papel de las líneas de defensa, las cuales se encuentran definidas en la política de gestión del riesgo 924 de 2022 o del auditor

En la casilla de evidencia del control se Evalúa si de acuerdo a lo contemplado en las respuestas se debe calificar si se encuentra “funcionando” (que es el otro ítem de calificación en esta evaluación) y se selecciona así;

1. El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado).
2. El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias.
3. El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

Del diligenciamiento total de la matriz y de acuerdo a la ponderación dada por el jefe de la oficina de control interno permite establecer si el Sistema de Control Interno evaluado se encuentra PRESENTE y FUNCIONANDO, permitiendo definir puntos de mejora a través de los componentes del MECI y su articulación con las Dimensiones del MIPG.

La matriz contempla y evalúa los cinco componentes del modelo estándar del sistema de control interno a saber;

1. Ambiente de Control
2. Evaluación de riesgos
3. Actividades de Control
4. Información y Comunicación
5. Actividades de monitoreo.

Adicionalmente en sus últimas dos hojas de Excel contempla los análisis de resultados y las conclusiones, las cuales corresponde desarrollar al Jefe de

Control Interno y se convertirá en el informe para la publicación en la respectiva página web de la entidad.

Para una mayor comprensión de lo ilustrado se muestra el siguiente cuadro el cual refleja la forma de calificación que otorga la matriz:

Clasificación +C23:G27+C23:G28	Descripción	Observaciones del Control
<b>Mantenimiento del Control</b>	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 3 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
<b>Oportunidad de Mejora</b>	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva
<b>Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)</b>	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 2 (funcionando); 3 (presente) y 1 (funcionando); 3 (presente) y 2 (funcionando); 2 (presente) y 1 (funcionando)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.
<b>Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)</b>	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 1 (presente) y 1 (funcionando); 1 (presente) y 2 (funcionando); 1 (presente) y 3 (funcionando).	No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

## A. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA O EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

### 5.2.1. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.

De acuerdo a la calificación de la matriz se evidencia la entidad cuenta con un sistema de control interno, que requiere de algunas oportunidades de mejora, pero de manera general es un buen sistema el que tiene la entidad y sus calificaciones permiten decir que si se encuentra presente y funcionando como lo requiere la función pública. En los distintos componentes se observa el trabajo dedicado de la entidad en materia de construcción de documentos, políticas,

“DUITAMA PARA TODOS”

guías, manuales, procedimientos, planes e indicadores de seguimiento. Lo cual permite tener las herramientas idóneas para realizar el control.

Por otra parte se vienen realizando durante el semestre las acciones y actividades que dan cumplimiento a lo que ordenan los diferentes documentos realizados por la entidad, se viene haciendo principalmente los seguimientos en los comités de gestión y desempeño, de control interno y de gestión del riesgo el cual se creó recientemente, desde estos espacios se blinda la entidad para consolidar el cumplimiento a los planes operativos e indicadores de gestión que se propone la entidad a través de sus colaboradores y desde allí también operan las líneas de defensa y se realiza seguimiento a todos los componentes del modelo estándar de control interno. Ejemplo de lo anterior es el trabajo hecho en materia de riesgos, controles y seguimiento a los mismos donde se evidencia el cumplimiento a cabalidad a pesar de que haya existido materialización de algunos riesgos clínicos, asistenciales y administrativos, aunque en muy baja proporción.

A continuación, se describen las calificaciones porcentuales otorgadas una vez diligenciada por parte de la oficina de control interno, la herramienta parametrizada de evaluación independiente del sistema de control interno, la cual fue, establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Dicha herramienta de evaluación, con el fin de ser más claros, consta y plantea a través de preguntas inmodificables cómo la ESE Salud del Tundama está operando el sistema de control interno, es decir, cuestiona que en cada tema que manuales, procedimientos, aplicativos o herramientas tenemos que garanticen el control y por otra parte solicita se mencione como está operando desde el comité de control interno y desde otros procesos denominados también líneas de defensa; la herramienta está dividida a través de cinco (5) temas claves denominados por MIPG (modelo integrado de planeación y gestión). “componentes”.

Diligenciada toda la herramienta las calificaciones arrojadas automáticamente, para el **Segundo** semestre de 2023 fueron las siguientes;

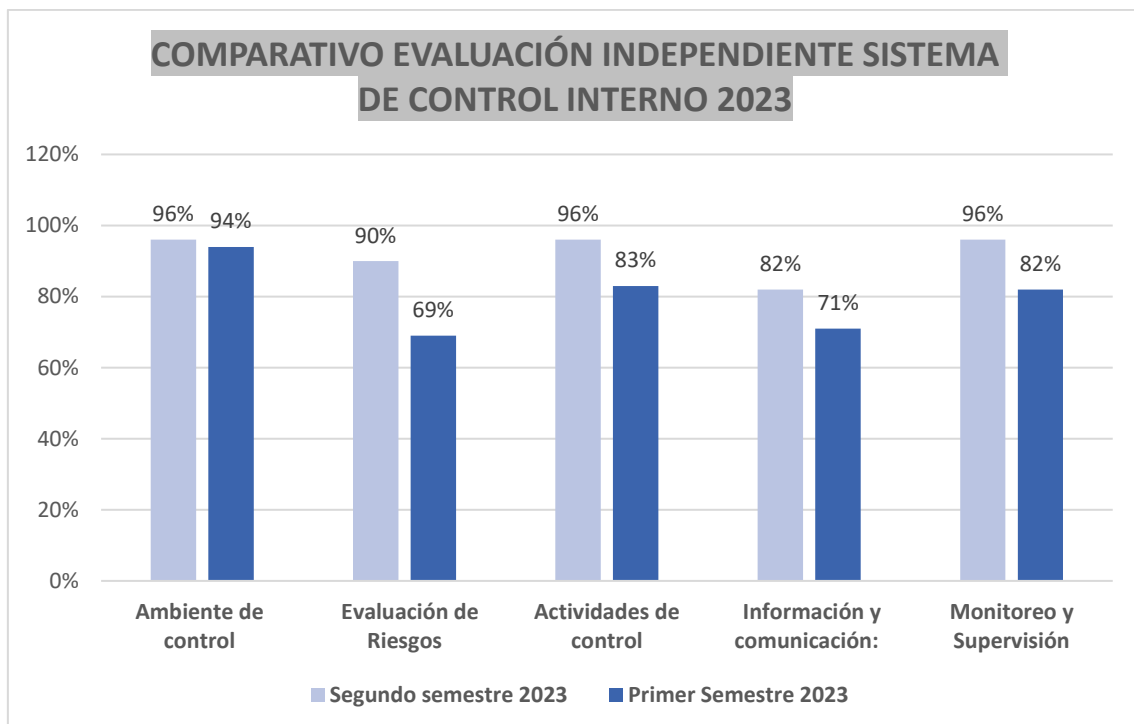
1. Ambiente de control; **96%**
2. Evaluación de Riesgos: **90%**
3. Actividades de control: **96%**
4. Información y comunicación: **82%**
5. Monitoreo y Supervisión: **96%**

Ahora se confrontarán con las calificaciones que para el **primer** semestre de 2023 obtuvo la ESE Salud del Tundama de acuerdo a como evaluó la oficina de control interno;

“DUITAMA PARA TODOS”

6. Ambiente de control; **94%**
7. Evaluación de Riesgos: **69%**
8. Actividades de control: **83%**
9. Información y comunicación: **71%**
10. Monitoreo y Supervisión: **82%**

A continuación, se apreciará la comparación de cada semestre de acuerdo a la gráfica;



Gráfica 1 Fuente: Oficina de Control Interno.

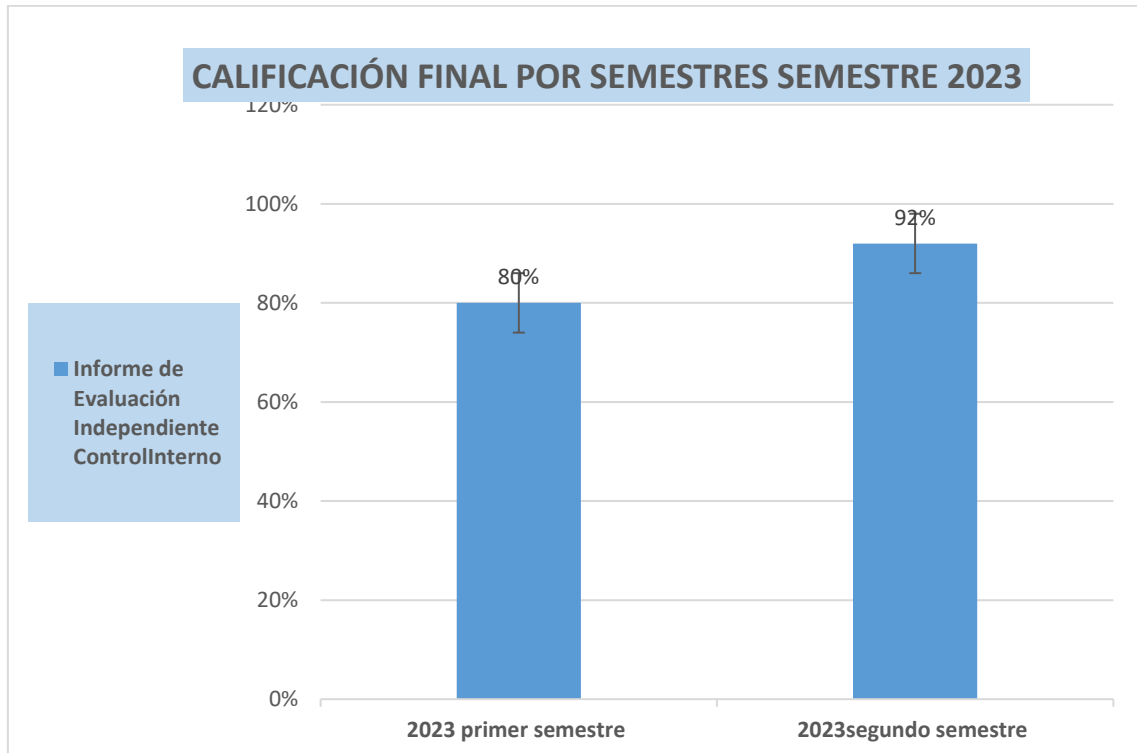
Como se puede apreciar el segundo semestre comparado con el primero obtuvo mejores calificaciones en cada uno de los componentes. Desde el análisis que realiza la oficina de control interno y de acuerdo a lo evidenciado en el diligenciamiento de la herramienta del DAFP se debió a los siguientes aspectos;

- Creación del comité de Gestión del Riesgo Resolución 666 de 2023.
- Aspectos con seguimiento registrados en las sesiones de comité de Control Interno.
- Cumplimiento al plan de auditorías.
- La oficina de control interno contó los seis meses con su asesor de control interno mientras que en el primer periodo tan solo estuvo cuatro meses.
- Seguimiento a riesgos SICOF y SARLAFT desde el comité de Control Interno.

**“DUITAMA PARA TODOS”**

- Se modificó la política de Gestión del Riesgo Resolución 430 de 2023. Al presente informe se adjuntará, el formato de evaluación que contiene la herramienta y se dispondrá para su carga en la página web de la entidad.

El porcentaje de evaluación de cada semestre queda de la siguiente manera;



Gráfica 2 Fuente: Oficina de Control Interno.

Se puede extraer de la gráfica que para este segundo semestre la calificación incrementó en un 12% con respecto del semestre anterior.

Por lo anterior y con el fin de continuar en un proceso en lo posible ascendente en la calificación del siguiente semestre es necesario realizar las siguientes;

#### 4. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

- 1 La evaluación del estado del sistema de control interno de la ESE Salud del Tundama tras la ponderación de todos los componentes del MECI arroja una **calificación total de 92%**, lo cual es ALTO.
2. El componente con mejor avance fue el de evaluación de riesgos con un 21% de incremento en relación al semestre anterior y el componente de menor fue con un 2% el de ambiente de control, sin embargo, la calificación de los dos semestres es alto.



3. El componente más bajo en calificación hace referencia monitoreo y supervisión con un 82%
4. Se deberá seguir controlando la implementación de las circulares requeridas por la Superintendencia en materia de Riesgos SICOF y SARLAFT y SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO.
5. Se deberá hacer desde el comité de control interno la evaluación de los riesgos materializados, al igual que de los controles y tomar decisiones frente a las acciones a seguir cada vez que se materialicen riesgos y tomar decisiones para la presente vigencia respecto de los controles en dichos riesgos materializados.
6. Se deberá buscar hacer la evaluación de la ejecución de la política de gestión del Riesgo y hacer seguimiento en cada sesión de comité de control interno a los riesgos de la entidad sus controles y a los riesgos materializados.
7. Al comité de control interno y la alta dirección se recomienda analizar los riesgos asociados a actividades tercerizadas que afectan la prestación de servicios a los usuarios basados en los informes de otros líderes o en los informes o auditorías de control interno.
8. Dentro de cada componente se deberá buscar la estrategia para que desde el comité de control interno se evalúen y se desarrollen y/o se sigan desarrollando y/o evaluando los temas y actividades planteados en la herramienta de evaluación parametrizada del DAFP.
9. Se recomienda fortalecer el comité de Control interno para que desde allí se opere en forma más seguida, revisando y/o modificando el reglamento en cuanto a la periodicidad y temas de las reuniones y poder analizar desde este espacio los temas que son de resorte o seguimiento por la herramienta que entregó el DAFP (Departamento Administrativo de la función Pública) para realizar esta evaluación semestral.
10. Tener en cuenta la matriz diligenciada como herramienta de apoyo para el seguimiento de temas durante el siguiente semestre y dejar su respectivo registro.
11. El componente del Modelo Estándar de Control Interno en la ESE SALUD DEL TUNDAMA, si se encuentra operando en conjunto o integradamente, puesto que, a través, de la gestión gerencial se ha permitido contar con un sistema integrado de gestión "ALMERA" definido claramente por procesos, que le genera a la entidad y a las líneas de defensa la oportunidad de tener una mayor y ordenada articulación en el control de estos así como tenerlos debidamente registrados, documentados,

monitoreados , a través, del establecimiento de indicadores y matrices de riesgos y controles y contiene además las políticas institucionales, programas especiales, planes de mejoramiento, reglamentación de los comités y el respectivo registro de actas, entre otros aspectos como factor clave para lograr el cumplimiento de la misión, metas y objetivos institucionales.

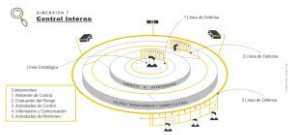
12. La entidad, ha avanzado en la efectividad en materia de control interno, ha desarrollado metodologías de seguimiento y monitoreo de los riesgos, controles e indicadores, políticas, guías, procedimientos y programas en todos los procesos y tiene establecidas actividades de control, seguimiento en todas las dimensiones de MIPG y la fórmula de líneas de defensa y el trabajo de revisión así lo constata y la alta dirección desde los espacios institucionales.

El diseño de toda esta documentación es reciente y ha sido aprobado además por el ICONTEC, a través de proceso de acreditación lo cual ha llevado a que la entidad a través de las exigencias de dicha entidad esté en un proceso de mejora constante, así como de evaluación para sostener la acreditación y que conlleva a tener todos los documentos con altos estándares de calidad y sujetos a lo requerido por la norma y por cualquier ente de control.

13. La entidad cuenta con la implementación del esquema de líneas de defensa, con las respectivas funciones por línea y se contempló una gran institucionalidad, dentro de la política de gestión del riesgo, la misma ha sido socializada en la entidad, se encuentra operando desde el comité de evaluación y desempeño, del comité de coordinación de control Interno, y con los líderes de proceso y los colaboradores que desde sus comités están manejándolas con las respectivas evidencias de cumplimiento y efectivamente conlleva a la toma de decisiones frente al control. Lo plasmó así en la Resolución 924 de 2022 modificada por la resolución 430 de julio 07 2023.
14. Tomar la siguiente hoja de conclusiones como parte integral de este informe y adicionalmente cargarla en la Página Web como lo ordena el DAPF; para lo cual se deberá revisar de nuevo cada componente en el transcurso del semestre y referirle a los procesos los campos en los que tenemos debilidades y fortalezas para tomar decisiones.

15. Se incrementó la calificación a un porcentaje de **92%** por lo que se concluye que el sistema de control interno en los términos de la evaluación se encuentra en muy buen porcentaje PRESENTE y FUNCIONANDO.

Nombre de la Entidad:	E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA
Periodo Evaluado:	SEGUNDO SEMESTRE 2023



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

92%

**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	El componente del Modelo Estándar de Control Interno en la E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA, sí se encuentra operando en conjunto e integrado, puesto que, a través, de la gestión generada se ha permitido contar con un sistema integrado de gestión "ALMERA" definido claramente por procesos, que se genera a la entidad y a las líneas de defensa la oportunidad de tener una mayor y ordenada articulación en el control de estos así como también debidamente registrados, documentados, monitoreados, a través del establecimiento de indicadores y matrices de riesgo y controles y contiene además las políticas institucionales, programas especiales, planes de mejoramiento, reglamentación de los controles y el respectivo registro de actas, entre otros aspectos como factor clave para lograr el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales. Sin embargo es necesario reforzar el comité de control interno en áreas que desde dicha instancia se sign, monitoreando, tratando y evaluando temas con el debido tiempo para verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/No) (Justifique su respuesta):	SI	La entidad, ha avanzado en la efectividad en materia de control interno, ha desarrollado metodologías de seguimiento y monitoreo de los riesgos, controles e indicadores, políticas, guías, procedimientos y programas en todos los procesos y tiene establecidas actividades de control, seguimiento en todas las dimensiones de MPO y la forma de líneas y el trabajo de revisión en lo constante. El diseño de toda esta documentación es reciente y ha sido aprobado además por el CONITEC, a través de procesos de acreditación lo cual ha llevado a que la entidad a través de los estándares de dicha entidad está en un proceso de mejora constante así como de evaluación para sostener la acreditación y que conlleva a tener todos nuestros documentos con alta estándares de calidad y sujeto a lo requerido por la norma y cualquier otra de control. Por tal razón en un muy alto porcentaje el sistema de control interno cumple de manera efectiva para poder evaluar los objetivos que plantea esta herramienta de autoevaluación.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una línea de defensa (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (SI/No) (Justifique su respuesta):	SI	La entidad cuenta con la implementación del esquema de líneas de defensa, con los respectivos funciones por línea y se contempló una gran institucionalidad, dentro de la política de gestión del riesgo, la misma ha sido socializada en la entidad, se encuentra operando desde el comité de evaluación y desempeño, del comité de coordinación de control interno, del comité de proceso y los colaboradores que desde sus comités están operando con las respectivas evidencias de cumplimiento y efectivamente conlleva a la toma de decisiones frente al control. Lo plasma así en la Resolución 430 de 2023 la cual ha desarrollado por el líder de gestión del riesgo, quien además impulsa a través de la Resolución 666 de 2023 firmada por la Gerente el comité de gestión del riesgo el cual ya se encuentra operando y cumpliendo las funciones establecidas allí.

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	96%	Fortalezas: - La entidad se esfuerza por establecer líneas de denuncia internas de posibles irregularidades. - Análisis de las Acciones implementadas para la apropiación del código de ética. - Se documenta y se gestionan acciones para el talento humano en su registro, permanencia y retiro de los funcionarios entre otros. - Acciones fortalecidas para la protección y manejo de información institucional. - La Entidad cuenta con directivos que permitan establecer, un mecanismo para evaluar los productos y servicios de los contratistas. Debilidades: - Realizar seguimiento a los Riesgos de Corrupción de los procesos, para determinar acciones de fortalecimiento de los controles identificando, entre otros los valores y principios del código de integridad. - Aun no se ha socializado de forma institucional la guía de mecanismo de control interno en todas las direcciones.	96%	Fortalezas: - Acciones de apropiación del código de ética. - Fortalecimiento de evaluaciones de la gestión del talento humano en ingreso, permanencia y retiro de los funcionarios. - Establecer un mecanismo de manejo de conflictos de intereses. - Acciones fortalecidas para la protección y manejo de información institucional. Debilidades: - Fortalecer las acciones de integridad en los controles de riesgos de corrupción identificados. - La presentación de los informes de resultados de los componentes de Sistema de Control Interno, deben ser llevados por los líderes institucionales, directivos, en la unidad de desarrollo.	2%
Evaluación de riesgos	SI	90%	Fortalezas: - Entidad cuenta con mecanismos para relacionar el plan de desarrollo, con los objetivos estratégicos de los procesos y estos a su vez con los planes de gestión por departamentos. - La Política de Administración del riesgo implementada determina cursos de acción en relación con la materialización de riesgo y activa el esquema y funciones de líneas de defensa. Debilidades: - Fortalecer el seguimiento a la gestión de riesgo desde el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	89%	Fortalezas: - Política de riesgos implementada, de acuerdo a la política de administración del riesgo cada proceso debe identificar los riesgos de gestión, seguridad digital y corrupción, establecer controles. - El líder de la política de administración del riesgo debe considerar los 3 tipos de riesgos de Gestión, Riesgos de corrupción y riesgo de seguridad digital. Debilidades: - Fortalecer el seguimiento a la gestión de riesgo desde el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. - Fortalecer el sistema de administración del riesgo de la entidad con la revisión de los riesgos por simplicidad y sus respectivos controles.	21%
Actividades de control	SI	96%	Fortalezas: - La integración y diseño de otros sistemas de gestión bajo normas o estándares internacionales como la ISO, se integran de forma adecuada a la estructura de control de la entidad. - Se cuenta directivos para la asignación de roles y usuarios con actividad de control de la información de la Demanda Generacional. Debilidades: - La entidad no establece con claridad las actividades de control sobre los IT (estructuras tecnológicas: los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías, basados en riesgos. - Aplicar a los proveedores de servicios, desarrollar un protocolo de...	93%	La entidad se autocorrela y gestiona mediante la caracterización de los procesos, procedimientos, guías, manuales, instructivos y formatos, entre otros, del sistema de gestión de calidad, mediante la actualización de los riesgos de los procesos, se los definen controles y se consolidan el mapa de riesgos y oportunidades de la entidad.	13%
Información y comunicación	SI	82%	Fortalezas: - La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares. - La entidad cuenta con procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva. - La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios. - La entidad no realiza planes de tratamiento interno para mejorar las percepciones de los usuarios, solo realiza acciones correctivas. Debilidades: - La entidad requiere un procedimiento encaminado a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, del corto sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar. - Se debe fortalecer el comité de control interno para la evaluación y seguimiento de diferentes temas en donde hace falta más control.	71%	Definir los procesos y procedimientos para evaluar la efectividad de los canales de comunicación, la oportunidad y la claridad de la información que se entrega. Realizar una caracterización de los usuarios o grupos de valor que perciben los servicios ofrecidos por la entidad y analizarlos periódicamente. Se cumple con la divulgación de información por diferentes canales, se ha fortalecido la participación ciudadana y se continúa la rendición de cuentas como proceso permanente. La entidad conoce sus comandancias, aunque evidencia limitaciones para gestionar adecuadamente la caracterización de usuarios y grupos interesados, lo cual dificulta determinar el flujo de información y la comunicación de la entidad y de cada proceso, seleccionó las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.	11%
Monitoreo	SI	96%	Fortalezas: - Se está ejecutando los auditorios integrales a los Gestión de Calidad, Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y Sistema de Gestión certificado por CONITEC bajo las NTC ISO 9001, 45001 y 14001, y auditorías internas basadas en riesgos. - Se informa a los líderes de los procesos y en el comité de coordinación de control interno, los resultados de los seguimientos y evaluaciones, para tomar acciones frente al estado del control interno de la entidad. - El líder de proceso debe medir la efectividad de las acciones realizadas en los planes de mejoramiento, comparando los hallazgos de la auditoría y los resultados obtenidos del plan de mejora. Debilidades: -	92%	Debilidades: - Existe deficiencia el Esquema de Líneas de Defensa, aunque se ha definido la operatividad del mismo en determinados temas de alta relevancia de la entidad se trata sin esta metodología. Fortaleza: El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Especial de Auditoría presentado por parte del jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hace el correspondiente seguimiento a su ejecución. La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones independientes periódicas de acuerdo al Plan.	14%

Fuente: Oficina Asesora de Control Interno.

**"DUTAMA PARA TODOS"**

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co  
Duitama. Boyacá.

La presente tabla se remitirá adjunta a este informe en archivo Excel para que pueda ser cargada en la página con mayor facilidad de acuerdo a como lo ordena el instructivo del DAPF.

Sin otro particular,

ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ  
Asesor Control Interno  
ESE Salud del Tundama.