

INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL SISTEMA
DE CONTROL INTERNO DE LA
E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA – 2024 PRIMER SEMESTRE.

E.S.E SALUD DEL TUNDAMA

ANDREA LILIANA ARIAS PERDOMO

Gerente

ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ

Asesor Oficina Control Interno

Edición

JULIO 2024.

INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA – 2024 PRIMER 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, gestión del riesgo.

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 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:

- 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 contemplan 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, a manera de ejemplo, el cual refleja la forma de calificación que otorga la matriz:

Clasificación +C23:G27+C23:G28	Descripción	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control	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.
Oportunidad de Mejora	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
Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)	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.
Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)	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 esta 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, guías, manuales, procedimientos, planes e indicadores de seguimiento. Lo cual permite tener las herramientas idóneas para realizar el control, en la mayoría de los casos.

Por otra parte, se vienen realizando durante el semestre evaluado las acciones y actividades que dan cumplimiento a lo que ordenan los diferentes documentos realizados por la entidad, se vienen haciendo principalmente los seguimientos en los comités de gestión y desempeño, de control interno y de gestión del riesgo el cual se creó hace pocos meses, 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 o parametrizadas, 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”.

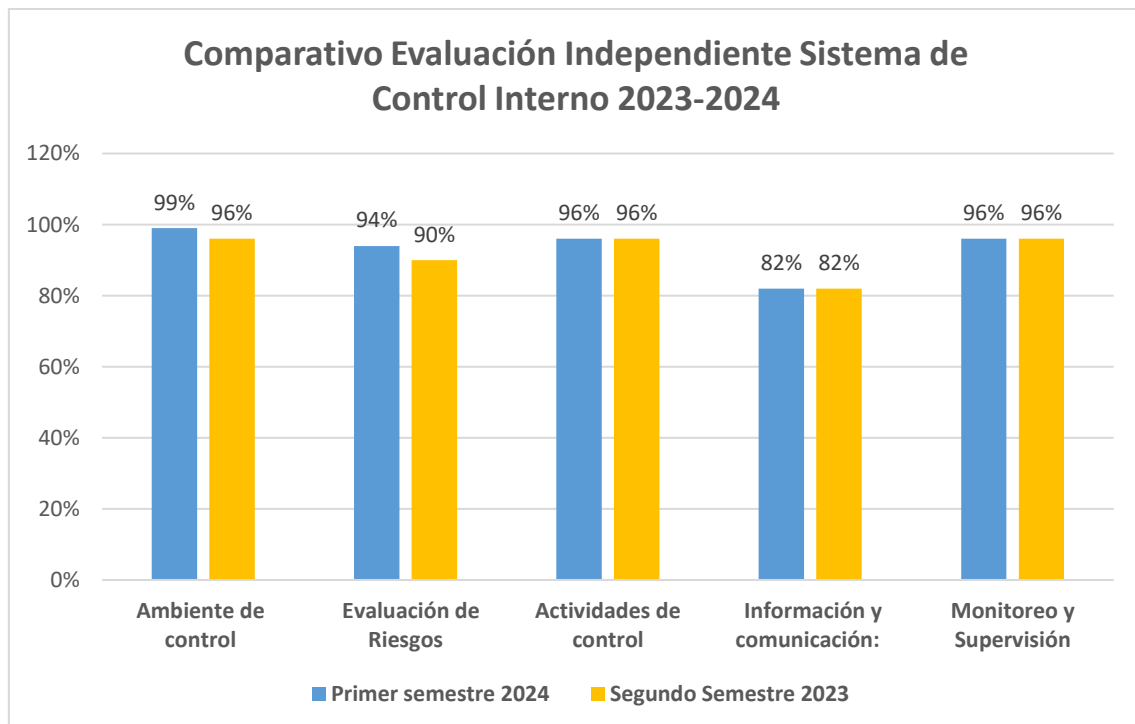
Diligenciada toda la herramienta las calificaciones arrojadas automáticamente, para el **Primer** semestre de 2024 fueron las siguientes;

1. Ambiente de control; **99%**
2. Evaluación de Riesgos: **94%**
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;

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%**

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 primer 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;

- Funcionamiento del comité de Gestión del Riesgo Resolución 666 de 2024.
- Aspectos con seguimiento registrados en las sesiones de comité de Control Interno.

- Cumplimiento al plan de auditorías (Auditoría proceso de Gestión del Riesgo).
- 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.
- Puesta en marcha de la política de Gestión del Riesgo Resolución 430 de 2023.
- El seminario brindado por la ESAP, para colaboradores de la ESE Salud del Tundama para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Seguimientos realizados a los planes de mejora en el comité de control interno y a las recomendaciones.
- Seguimiento a los temas de Declaración de bienes y rentas SIGEP
- Seguimiento a implementación del código de integridad.
- Seguimiento a lo relacionado con el conflicto de intereses.

Al presente informe se adjuntará, el formato de evaluación que trae la herramienta de la Función Pública utilizada en esta medición y se dispondrá para su cargue en la página web de la entidad.

Por lo anterior y con el fin de continuar en un proceso en lo posible ascendente en la calificación del siguiente semestre, en donde se mejoren algunos aspectos en cada componente de nuestro Sistema de Control Interno, se hace necesario realizar y/o tener en cuenta las siguientes;

6. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere elaborar e implementar el mapa de procesos y procedimientos para la Entidad, mediante acto administrativo.
2. Se recomienda el ajuste normativo del Sistema Integrado de Almera. Es decir, se sugiere realizar el acto administrativo por el cual se da sustento jurídico a la aplicabilidad de Almera en la Entidad.
3. Se recomienda igualmente realizar el acto administrativo por el cual la entidad se compromete a implementar el Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG en el marco del decreto 1499 de 2017.
4. Se recomienda realizar las acciones necesarias para llevar a cabo la implementación del sistema integrado de gestión del Riesgo de acuerdo a las directrices de la SNS (Superintendencia Nacional de Salud).

5. Respaldo en adelante con actos administrativos, la creación o modificación de documentos que elabore la entidad e ir actualizando progresivamente los que ya fueron creados.
6. Dar cabal cumplimiento a las disposiciones legales y debido proceso (Audiencia de descargos) frente a los casos de posibles incumplimientos contractuales.
7. Se recomienda que desde, la oficina de Talento Humano, se haga seguimiento en el SIGEP II al cargue de las declaraciones de bienes y rentas de los trabajadores de planta y de planta temporal, así como el seguimiento del cargue de la declaración de bienes y rentas y de conflicto de intereses de la ley 2013 de 2019, esta última aplica además a los contratistas por prestación de servicios, a diferencia de la primera.
8. Se sugiere crear un normograma para la entidad que ayude a prevenir la materialización de riesgos por la no entrega de informes o la no realización de actividades que ordena la ley.
9. Se recomienda, dar cumplimiento inmediato a las disposiciones en materia de vinculación laboral a población en condición de discapacidad Decreto 2011 del 30 de noviembre de 2017. *“El cual establece el porcentaje de vinculación laboral de personas con discapacidad en las entidades del sector público, y se aplica a los órganos, organismos y entidades del Estado en sus tres ramas del poder público, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, en los sectores central y descentralizado y a los órganos autónomos e independientes.”*
10. Se invita a la entidad a dar cumplimiento prioritario de la Ley 2214 de 2022 *“Por Medio De La Cual Se Reglamenta El Artículo 196 De La Ley 1955 De 2019, se Toman Medidas Para Fortalecer Las Medidas Que Promueven El Empleo Juvenil Y Se Dictan Otras Disposiciones”*. La ley requiere vincular a la entidad personas entre los 18 y los 28 años de acuerdo a las reglas de los artículos 2, 4 y 5°.
11. Se recomienda desde el comité de Control Interno incluir en la agenda del comité el seguimiento a los temas que presentan debilidades dentro de cada componente evaluado con el fin del fortalecimiento.

12. Se sugiere de manera inmediata adelantar las actividades de Gestión Documental encaminadas al cumplimiento del Plan Institucional de Archivo de la entidad.
13. Tomar la hoja de conclusiones adjunta como parte integral de este informe y adicionalmente cargarla en la Página Web como lo ordena el DAPF.

7. CONCLUSIONES.

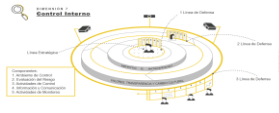
1. Se incrementó la calificación a un porcentaje de **93%** por lo que se concluye que el sistema de control interno en los términos de la evaluación se encuentra en buen porcentaje PRESENTE y FUNCIONANDO.
2. El componente con menor calificación hace referencia a Información y comunicación con un 82%. Atribuido a la falta de criterios en materia de comunicación interna efectiva.
3. Los componentes del sistema de control interno se encuentran presentes y funcionando lo cual quiere decir que la entidad, en el presente semestre tienen un sistema de control interno efectivo.
4. 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.
5. El componente del Modelo Estándar de Control Interno en la ESE Salud Del Tundama, si se encuentra operando en conjunto e 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.

6. HOJA DE EVALUACIÓN

La siguiente Hoja de evaluación es la evidencia de los porcentajes de evaluación reportados en el presente informe y se adjuntará a este informe con un archivo Excel para que pueda ser cargada en la página con mayor facilidad de acuerdo a como lo ordena el instructivo del DAPF.

Allí se pueden evidenciar las calificaciones de cada uno de los componentes y el avance porcentual respecto del semestre anterior. Para una mayor claridad se recomienda ver el formato Excel adjunto al presente.

Nombre de la Entidad		ESE SALUD DEL TUNDAMA	
Período Evaluado:		PRIMER SEMESTRE 2024	
		<p>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</p> <p style="text-align: right;">95%</p>	
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno			
<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (SI o No) (Justifique su respuesta):</p>		<p>SI</p> <p>El componente del Modelo Estándar de Control Interno en la ESE SALUD DEL TUNDAMA, se encuentra operando en conjunto e integradamente, puesto que, la gestión general de la entidad cumple con un sistema integrado de gestión "ALABRA" definido claramente por procesos, que se genera a la entidad y a las líneas de defensa la oportunidad de tener una mejor y ordenada articulación en el control de estos así como acciones debidamente registradas, documentadas, monitoreadas, a través del establecimiento de estándares y medidas de riesgo y controles y conforme a los planes, instrumentos, programas, requisitos, entre otros requerimientos, reglamentación de los controles y el respectivo registro de acción, 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 esas que desde dicha instancia se sigue, monitoreando, evaluando y evaluando temas con el debido tiempo para verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales.</p>	
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/No) (Justifique su respuesta):</p>		<p>SI</p> <p>La entidad, ha avanzado en la efectividad en materia de control interno, ha desarrollado metodologías de seguimiento y monitoreo de los riesgos, controles e indicaciones, políticas, guías, procedimientos y programas en todos los procesos y tiene establecidas actividades de control, seguimiento en todos los niveles de dirección de la entidad y el trabajo de revisión del control. El diseño de todos estos documentos de control y ha sido aprobado además por el CONTEC, a través de proceso de notificación la cual ha llevado a que la entidad y a las líneas de defensa de dicha entidad está en un proceso de mejora continua del control de evaluación para mejorar la articulación y que cubra a tener todos nuestros documentos con una estructura de control y seguir el respectivo registro de acción y cumplir con el control. Por lo tanto en un muy alto porcentaje el sistema de control interno cumple de manera efectiva para poder evaluar los objetivos que plantea esta herramienta de subevaluación.</p>	
<p>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):</p>		<p>SI</p> <p>La entidad cuenta con la implementación del equipo de líneas de defensa, con los respectivos funciones por línea y se consiguieron una gran institucionalidad, dentro de la política de gestión del riesgo, la misma ha sido socializada en la entidad, se encuentra operando dentro del comité de coordinación de control interno, del cual se deriva de proceso y los colaboradores que desde sus comités están operando con sus respectivas evidencias de cumplimiento y efectivamente controla a la toma de decisiones frente al control. Lo plasmó en la Resolución 001 de 2023 la cual fue desarrollada por la línea de gestión del riesgo, quien además presentó 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 así.</p>	

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual, Descripción de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Actividades de control	SI	95%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad se esfuerza por establecer líneas de denuncia interna de manera regular. Análisis de las Acciones Implementadas para la apropiación del código de ética. Se documenta y se gestionan acciones para el talento humano en su ingreso, permanencia y retiro de las funciones entre otros. Acciones fortalecidas para la protección y manejo de información institucional. La Entidad cuenta con directrices que permiten establecer un mecanismo para evaluar los productos y servicios de los contratistas. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe seguimiento a los Riesgos de Corrupción de los procesos, para generar acciones de fortalecimiento de los controles identificados, respecto a los valores y principios del código de ética. Aun no se ha socializado de forma institucional la guía de mecanismo de denuncia de irregularidades de la entidad. 	95%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Acciones de apropiación del código de ética. Fortalecimiento de evaluaciones de gestión del talento humano en ingreso, permanencia y retiro de las funciones. Establecer un mecanismo de manejo de conflicto de intereses. Acciones fortalecidas para la protección y manejo de información institucional. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen las acciones de seguimiento en los controles de riesgo de corrupción identificados. La presentación de las informes de resultados de los componentes de Sistema de Control Interno, deben ser llevados a la Comisión de Control Interno. 	3%
Evaluación de riesgos	SI	95%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad cuenta con mecanismos para seleccionar 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 reestructuración de riesgo activa el equipo y funciones de líneas de defensa. <p>Debilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el seguimiento a la gestión de riesgo desde el Comité de Coordinación de Control Interno. 	95%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan de riesgos implementado, de acuerdo a la política de administración del riesgo cada proceso debe identificar los riesgos de gestión, riesgos legales y corrupción, establecer controles. El líder de la política de administración del riesgo debe considerar los 3 tipos de riesgo de Gestión, Riesgo de corrupción y riesgo de seguridad digital. <p>Debilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el seguimiento a la gestión de riesgo desde el Comité de Coordinación de Control Interno. Desempeño. Fortalecer el sistema de administración del riesgo de la entidad con la revisión de los riesgos que propicien a su ocurrencia. 	4%
Actividades de control	SI	95%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> La integración y diseño de otros sistemas de gestión bajo normas o estándares internacionales como la ISO, se venían de forma adecuada a la estructura de control de la entidad. Se cuenta directrices para la asignación de roles y usuarios con actividad de control de la información de la Dirección General. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad no establece con claridad las actividades de control sobre las infraestructuras tecnológicas: los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías, basados en riesgos. 	95%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad se autocontrola y gestiona mediante la caracterización de los procesos. El control interno, guía, manual, estructura y formatos, entre otros, del sistema de gestión de calidad, mediante la caracterización de los riesgos de los procesos, se les definen controles y se consideran el riesgo de riesgo y oportunidades de la entidad. 	0%
Información y comunicación	SI	95%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad cuenta con canales de información interna para la denuncia interna o comunicación de posibles situaciones irregulares. La entidad cuenta con procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva. La entidad envía periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios. La entidad no realiza planes de seguimiento interno para medir la percepción de los usuarios, sino realiza acciones correctivas. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad registra un procedimiento encaminado a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan registrar. Se debe fortalecer el comité de control interno para la evaluación y/o seguimiento de diferentes temas en donde exista falta más control. 	95%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se cumple con la divulgación de información por diversos canales, se ha fortalecido la comunicación interna y se brinda la reducción de cuentas como proceso permanente. La entidad conoce sus competencias, aunque evidencia brechas para generar adecuadamente la caracterización de usuarios y partes interesadas, lo cual debe fortalecer el tipo de información y comunicación de la entidad y de cada proceso, relacionados a las necesidades de información de los grupos de cada y grupos de interés. 	0%
Monitoreo	SI	95%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se está en ejecución las auditorías integrales a los Gestión de Calidad, Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y Sistema de Gestión. 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. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> El líder de procesos 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. 	95%	<p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen deficiencias el Equipo de Líneas de Defensa, porque de no haber la disponibilidad del mismo en determinadas temas de alta importancia de la entidad se trata de esta metodología. Fortalecer el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprobado actualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hacer el correspondiente seguimiento a la ejecución de las acciones de control interno, mediante las evaluaciones independientes periódicas de acuerdo al Plan. 	0%

Fuente: Oficina Asesora de Control Interno.

Sin otro particular,

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

