

**E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA**  
**Oficina Asesora de Control Interno**

---

**INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN  
ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
01 DE JULIO A 31 DE DICIEMBRE DE 2021**

**CATHERINE VAN ARCKEN MARTINEZ**  
Gerente

**GLORIA NELLY CHAPARRO PINEDA**  
Asesor de Control Interno

Duitama,

2021

## 1. OBJETIVO

Elaborar el Informe Semestral del Estado del Sistema de Control Interno (01-07-2021 a 31-12-2021), de acuerdo a la Ley 87 de 1993, con lo establecido por el Decreto 2106 de 2019 y cuyo contenido sea de conformidad con el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011

## 2. ALCANCE

El presente informe determina el estado del Sistema de Control Interno de julio a diciembre de 2021 de la E.S.E. Salud el Tundama.

## 3. RESPONSABLE

Proceso Gestión de Evaluación y Control

## 4. SOPORTE LEGAL Y DOCUMENTAL

- (Ley 87 de 1993, art. 6.
- Decreto 2106 de noviembre 22 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.
- Acto Legislativo No. 04 de 2019 «Por medio del cual se reforma el régimen de control fiscal».
- Decreto 403 de 2020 «Por el cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y el fortalecimiento del control fiscal»

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", se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, modelo que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la 7a dimensión del mismo. Esta estructura requiere de 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, este 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.

Teniendo en cuenta lo anterior y dada la necesidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, se elaboró un formato que busca que las entidades cuenten con una herramienta para evaluar sus Sistemas de Control Interno de manera integral y permitirle al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces llevar a cabo el informe de evaluación independiente sobre el mismo para su publicación cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad.

## Documento Base.

Instructivo General Formato Informe de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno, abril de 2020.

## 5. DEFINICIONES

### o **Gestión.**

Acción y efecto de administrar, organizar y poner en funcionamiento una empresa, actividad económica u organismo (Adaptado de [www.rae.es](http://www.rae.es)).

### o **Gestión del Riesgo.**

Un proceso para identificar, evaluar, manejar y controlar acontecimientos o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable respecto del alcance de los objetivos de la entidad.

### o **Presente.**

La determinación que existen en diseño e implementación de los requerimientos asociados a las políticas de gestión y desempeño.

### o **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 detectarían y corregirán.

### o **Grupos de Valor.**



Individuos u organismos específicos receptores de los resultados de la gestión de la entidad. (Adaptado de OCDE 2002:36).

- **Funcionado.**

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.

- **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.

- **Valor público.**

Resultados que un Estado debe alcanzar (observables y medibles) para dar respuesta a las necesidades o demandas sociales.

Estos resultados están asociados a los cambios sociales producidos por la acción gubernamental y por las actividades y productos entregados por cada institución pública (Adaptado de BID, 2015).

- **Lineamiento.**

Especificaciones fundamentales asociadas a cada uno de los componentes del MECI que permitirán establecer la efectividad del Sistema de Control Interno.

## 6. DESARROLLO

### 6.1 DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

Teniendo en cuenta que hoy se tiene un solo Sistema de Gestión articulado con el Sistema de Control Interno, a través de la actualización de MIPG (así, la estructura del MECI se actualiza y se convierte en la 7ª Dimensión de MIPG); el informe que aquí se presenta tiene la estructura del MECI en sus 5 componentes: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, así como Actividades de Monitoreo, lo anterior teniendo en cuenta que se tratará en adelante de una evaluación de tercera línea de defensa.

## 6.2. RESULTADOS

### 1. AMBIENTE DE CONTROL

Conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de las organizaciones con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno.

#### Asegurar un ambiente de control

A 31 de diciembre de 2021, se tiene implementado el espacio en la página web como Diligencia tu PQRSF,

[https://docs.google.com/forms/d/1R\\_64x2kKpQRyZSSreX-W5iDufES5wEsL31BQfx-43fY/viewform?edit\\_requested=true](https://docs.google.com/forms/d/1R_64x2kKpQRyZSSreX-W5iDufES5wEsL31BQfx-43fY/viewform?edit_requested=true)



Mediante Circular de Gerencia de fecha 22 de julio de 2020, con asunto: «Recomendaciones complementarias a los lineamientos y control a la contratación con ocasión a la pandemia COVID – 19 acorde a los decretos legislativos 440, 499, 537 y 544 de 2020»

**CIRCULAR No. 024**

**DE:** GERENCIA

**PARA:** LIDERRES DE PROCESOS, SUPERVISORES DE CONTRATOS, ÁREA DE CONTRATACIÓN, ÁREA FINANCIERA, CONTRATISTAS.

**ASUNTO:** RECOMENDACIONES COMPLEMENTARIAS A LOS LINEAMIENTOS Y CONTROL A LA CONTRATACION CON OCASIÓN A LA PANDEMIA COVID-19 ACORDE DE LOS DECRETOS LEGISLATIVOS 440, 499, 537 Y 544 DE 2020

El Comité de Coordinación de Control Interno se ha reunido en la Vigencia 2021 cuatro veces con los siguientes temas en el orden del día:

- ✓ Informe cumplimiento Plan Anual de Auditoría vigencia 2021
- ✓ Socialización Plan Anual de Auditoría vigencia 2021
- ✓ Socialización Cumplimiento Plan Anual de Auditoría vigencia 2020
- ✓ Revisión Armonización MECI - MIPG.

De acuerdo con lo estipulado en los Decretos 648 y 1499 de 2017, se conformó, mediante Resolución No. 886 del 13 de agosto de 2020 el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. La Oficina de Control Interno verificó su conformación y cumplimiento de sus funciones con respecto a la implementación, diagnóstico y planes de mejora relacionados con la actualización de MIPG, a través del Sistema Integrado Gestión: modelo utilizado para evaluar la Gestión y Desempeño institucional.

Se hace necesario dinamizar la actividad del Comité Institucional de Gestión y Desempeño con temas que socialicen el diagnóstico y la Implementación de MIPG.

En la Vigencia 2021 la reunión del Comité Coordinador del Sistema de Control Interno quedó suspendida y a la fecha no se reanudó; los temas tratados tienen pertinencia al seguimiento a la Gestión Institucional y a temas para mejorar y socializar la implementación de las políticas Institucionales.

El Comité de Gestión y Desempeño está conformado por:

- El Gerente o su delegado, quien preside el Comité
- Líder de Gestión Jurídica.
- Líder Macro proceso Misional (Profesional Especializado)
- Líder de Medicina.
- Líder de Odontología.
- Líder de Enfermería
- Líder de Laboratorio Clínico.
- Líder de Servicio Farmacéutico.
- Líder de IAMII y Centro Amigable.
- Líder Programa Vive tu corazón.
- Líder de Gestión de la Información y Comunicación Organizacional.
- Profesional de Apoyo Administrativo Proceso de Comunicaciones.
- Líder de Gestión del Ambiente Físico.
- Líder de Talento Humano.
- Líder de Planeación.
- Líder de Gestión Financiera (Tesorera General).
- Profesional Universitario de Gestión Financiera
- Líder de Gestión de Mejoramiento Continuo.
- Líder Sistema de Información y Atención al Usuario.
- Líder de Asignación de Citas.
- Líder de Gestión de la Tecnología.
- Asesor Control Interno.
- Líder Humanización.
- Profesional Gestión Documental.
- Profesional de Apoyo de Implementación del Sistema de Gestión Integral.
- Almacenista.

Los planes Estratégicos Institucionales «PLAN DE GESTION Y PLAN DE DESARROLLO E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA 2020 - 2023» están integrados al Modelo Integrado de Planeación; lo anterior en cumplimiento al artículo 74 de la Ley 1474 de 2011. Sin embargo, como resultado del proceso de elecciones atípicas surtido en el municipio de Duitama fue elegido como alcalde HERNEL DAVID ORTEGA GOMEZ, posesionado efectivamente el 17 de septiembre de 2021 y a quien corresponde por derecho la definición del Plan de desarrollo para el Municipio.

Que, de acuerdo a lo anterior, el municipio de Duitama necesita Adoptar el Plan de Desarrollo Territorial denominado "DUITAMA PARA TODOS" 2022 – 2023.



Que una vez esté adoptado mediante Acuerdo municipal este Plan de Desarrollo la Entidad debe a la vez ajustar su plataforma estratégica y elaborar la matriz de contexto para identificar un plan de acción para su ejecución.

Para el desarrollo de la Plataforma Estratégica, la E.S.E. salud el Tundama ha implementado los siguientes planes:

PLANES	LINK
AUDITORÍA DEL COPASST AGTHpl02-180	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EGGpl01-20	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN ANUAL DE VACANTES AGTHpl01-180	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN DE COMUNICACIONES AGICOp02-220	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN DE CONTINGENCIA GERENCIA DE LA INFORMACIÓN AGICOp01-220	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN DE DIVULGACIÓN DERECHOS Y DEBERES ACORDE A CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS DE LA E.S.E SALUD DEL TUNDAMA MGAUFSIAUp01-140	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES AGAFpl01-230	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN DE INTERVENCIÓN CULTURA ORGANIZACIONAL HUMANA Y SEGURA 2020-2021 AGTHpl03-180	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN AGICOp04-220	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL E.S.E SALUD DEL TUNDAMA AGTHpl04-180	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN AGICOp03-220	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS AGAFpl02-230	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>
PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO AGICOp05-220	<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>

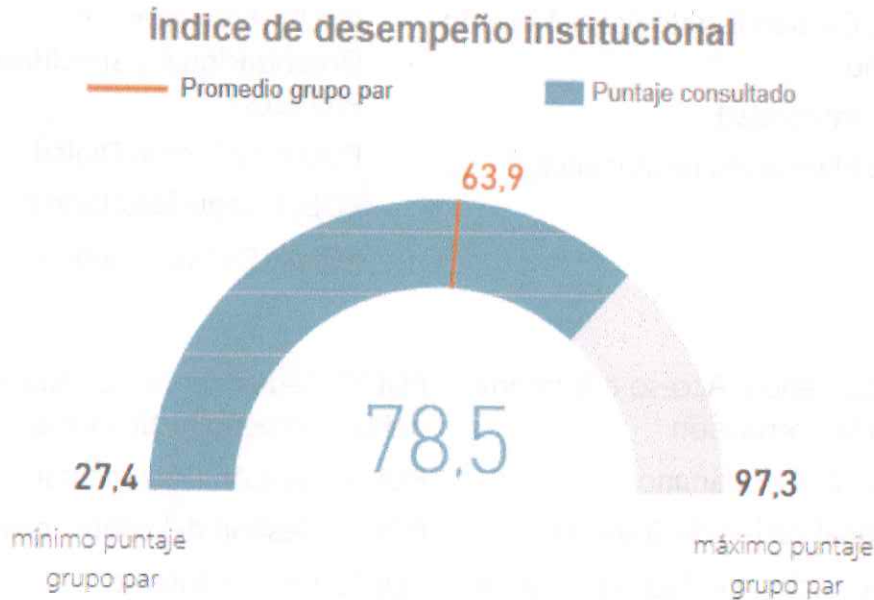
La E.S.E. Salud del Tundama, realizó el reporte del FURAG de la vigencia 2020, con el fin de determinar el estado del sistema de Control Interno y su integración con el MIPG.

El Índice de Desempeño Institucional dio como resultado una calificación de 78.5.

El reporte que se puede visualizar en el Link <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizGE2MzQ1YTQtYWI3ZC00YTdiLWJkY2ltNzI2YmU3YzQ1ZTk5IiwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTlwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9&pageName=ReportSection396d1cd03a850a004c59>.

### I. Resultados generales del desempeño Institucional





## II. Resultados de las siete dimensiones del MIPG

Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
D1: Talento Humano	75,4	97,4
D2: Direccionamiento y Planeación	79,2	97,6
D3: Gestión para Resultados	83,2	95,6
D4: Evaluación de Resultados	77,9	98,0
D5: Información y Comunicación	74,2	97,1
D6: Gestión del conocimiento	84,7	98,1
D7: Control Interno	77,1	97,6

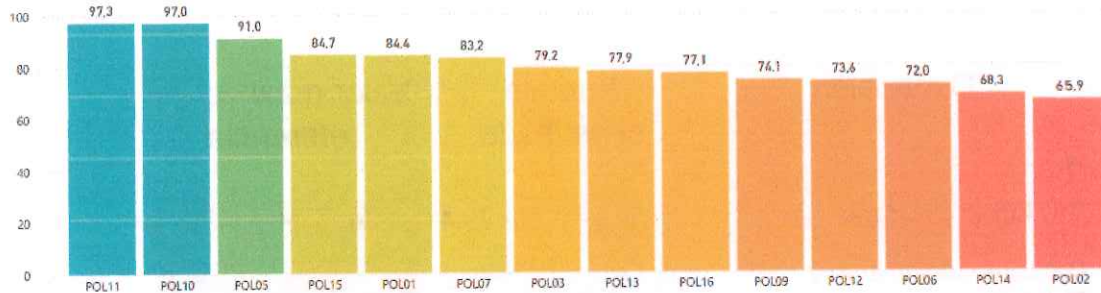
## III. Resultados de las dieciséis políticas de gestión y desempeño

POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano  
POL02: Integridad  
POL03: Planeación Institucional

POL05: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos  
POL06: Gobierno Digital  
POL07: Seguridad Digital  
POL08: Defensa Jurídica

POL09: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción  
POL10: Servicio al ciudadano  
POL11: Racionalización de Trámites  
POL12: Participación Ciudadana en la Gestión Pública

POL13: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional  
POL14: Gestión Documental  
POL15: Gestión del conocimiento  
POL16: Control Interno



#### IV. Resultados de los índices destallados de cada política



CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	76,3	97,6
CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	74,3	97,4
CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	76,8	97,8
CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	78,2	99,0
CONTROL INTERNO: Evaluación independiente al sistema de control interno	66,4	99,0
CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	74,3	97,7
CONTROL INTERNO: Línea Estratégica	79,6	97,6
CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa	75,1	97,6
CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa	80,8	97,4
CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa	64,5	90,5
FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS: Eficacia Organizacional	89,8	95,9
FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS: Gestión óptima de los bienes y servicios de apoyo	84,8	96,0
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Análítica institucional para la toma de decisiones	93,4	99,0
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento	75,0	99,0
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Generación de una cultura de propicia para la gestión del conocimiento y la Innovación	80,6	98,5
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Generación y producción del conocimiento	85,5	98,3
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Planeación de la gestión del conocimiento y la innovación	72,6	98,2
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente administración de archivos	70,1	96,3
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente cultural	70,8	99,0
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente documental	59,9	98,0
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente estratégico	78,9	87,4
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente tecnológico	72,3	99,0
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Calidad de la planeación estratégica del Talento Humano	79,8	97,1
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Desarrollo y bienestar del talento humano en la entidad	91,7	98,4
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Desvinculación asistida y retención del conocimiento generado por el talento humano	41,0	97,0
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Eficiencia y eficacia de la selección meritocrática del talento humano	75,9	99,0
GOBIERNO DIGITAL: Empoderamiento de los ciudadanos mediante un Estado abierto	65,8	96,9
GOBIERNO DIGITAL: Fortalecimiento de la Arquitectura Empresarial y de la Gestión de TI	76,7	97,4
GOBIERNO DIGITAL: Fortalecimiento de la Seguridad y Privacidad de la Información	76,1	99,0
GOBIERNO DIGITAL: Procesos seguros y eficientes	83,7	83,7
GOBIERNO DIGITAL: Toma de decisiones basadas en datos	83,3	98,3
GOBIERNO DIGITAL: Uso y apropiación de los Servicios Ciudadanos Digitales	42,5	99,0
INTEGRIDAD: Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público	72,3	95,0
INTEGRIDAD: Coherencia entre la gestión de riesgos con el control y sanción	71,5	90,9
INTEGRIDAD: Gestión adecuada de conflictos de interés y declaración oportuna de bienes y rentas	36,3	99,0
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Calidad de la participación ciudadana en la gestión pública	65,6	97,5
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación	80,0	98,1
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Condiciones institucionales idóneas para la rendición de cuentas permanente	82,6	90,1
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Diálogo permanente e incluyente en diversos espacios	61,6	98,6
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Eficacia de la participación ciudadana para mejorar la gestión institucional	82,2	98,1
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Grado involucramiento de ciudadanos y grupos de interés	79,0	97,5



PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Información basada en resultados de gestión y en avance en garantía de derechos	71,1	99,0
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Rendición de Cuentas en la Gestión Pública	71,1	98,0
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Responsabilidad por resultados	70,8	99,0
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Enfoque en la satisfacción ciudadana	92,7	92,7
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Formulación de la política de administración del riesgo	81,8	90,6
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Identificación de mecanismos para el seguimiento, control y evaluación	77,6	98,9
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Planeación basada en evidencias	84,9	98,6
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Planeación participativa	64,4	99,0
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: identificación de los trámites a partir de los productos o servicios que ofrece la entidad	81,3	85,1
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: Priorización de trámites con base en las necesidades y expectativas de los ciudadanos	94,9	94,9
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: Trámites racionalizados y recursos tenidos en cuenta para mejorarlos	77,2	78,0
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: Documentación del seguimiento y la evaluación	57,2	79,6
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: Enfoque en la satisfacción ciudadana <sup>1</sup>	85,9	99,0
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: Mecanismos efectivos de seguimiento y evaluación	73,8	97,4
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: Mejoramiento continuo	72,9	93,1
SERVICIO AL CIUDADANO: Conocimiento al servicio del ciudadano	97,5	99,0
SERVICIO AL CIUDADANO: Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana	93,9	98,7
SERVICIO AL CIUDADANO: Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano	84,3	98,3
SERVICIO AL CIUDADANO: Gestión del relacionamiento con los ciudadanos	97,1	97,5
SERVICIO AL CIUDADANO: Planeación estratégica del servicio al ciudadano	91,9	97,6
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Atención apropiada a trámites, peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias de la ciudadanía	82,4	99,0
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública aplicados	76,3	98,1
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Divulgación proactiva de la información	68,3	98,4
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Formulación y Seguimiento al Plan Anticorrupción	78,2	89,0
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Gestión de Riesgos de Corrupción	87,2	93,1
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Gestión documental para el acceso a la información pública implementada	60,9	98,6
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Institucionalización efectiva de la Política de Transparencia y acceso a la Información pública	75,7	97,0
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Línea estratégica de riesgos de corrupción	85,1	85,1
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Lineamientos para el manejo y la seguridad de la información pública implementados	75,6	98,2
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Monitoreo y Seguimiento a los riesgos	68,4	85,0
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Promoción de la Transparencia, la Integridad y la Lucha Contra la Corrupción	59,5	97,6
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Sistema de seguimiento al acceso a la información pública en funcionamiento	87,8	95,5
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Transparencia y Acceso a la Información Pública	73,3	97,2




Mediante Resolución No. 1503 del 09 de diciembre de 2020, se creó el comité de ética e Integridad Hospitalaria; cuyo objetivo es: Garantizar adecuada divulgación a derechos y deberes del cliente interno, el usuario y su familia, velar por su adecuado cumplimiento y su adherencia, identificando factores que los puedan alterar, generado mecanismos correctivos en casos que sea necesario.

Teniendo en cuenta que en la implementación del MIPG, el ambiente de control se fortalece a partir de otras dimensiones como: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Planeación y Gestión con Valores para Resultados; La E.S.E. Salud del Tundama, de manera regular, participa con el 100% de sus colaboradores en sesiones para evaluar habilidades y conocimientos, con el fin de enfocar de mejor forma las acciones de talento humano en materia de capacitación y habilidades para el desarrollo de sus funciones, responsabilidades y de paso facilitar el autocontrol.

El resultado de diligenciar el Formato Informe de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el componente Ambiente de control en el segundo semestre de 2021 es:

#### **1. AMBIENTE DE CONTROL**

El resultado del diligenciamiento de la matriz de ambiente de Control es la siguiente:

ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA LA TOMA DE DECISIONES						
Clasificación		Observaciones del Control		E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA		
Medeamiento del Control		Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mejoramiento dentro del marco de las.				
Oportunidad de Mejora		Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.				
Deficiencia del Control		No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.				
RESULTADOS	PUENTE DEL ANALISIS		Requerimien to al control	OBSERVACIONES DEL CONTROL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO PARTICIPATIVO POR COMPONENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE
	componente	Requerimiento asociado al componente				
1	RECURSOS HUMANOS	La documentación de sus procesos y procedimientos o bien una lista de actividades principales que permitan conocer el estado de su gestión	SI	La entidad tiene definido los procedimientos de cada proceso de acuerdo al mapa de procesos resolución 677 de 2017. Estos procedimientos se pueden consultar en la Intranet Sistema de Gestión Integral - ALMERA. Sin embargo es de resaltar que este mapa de procesos está mediante resolución y que existe un acuerdo de Junta Directiva el No. 010 de 23 de septiembre de 2014 sin derogar "Por el cual se aprueba la estructura de procesos de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama y se otorgan facultades a la Gerencia para implementarla", es decir que la Junta directiva deberá aprobar nuestro mapa de Procesos. Lo anterior ya es de conocimiento del Líder de Mejoramiento Continuo.	82%	92%
2		Procesos de derivación de servidores de acuerdo con lo previsto en la Constitución Política y las leyes	SI	La entidad tiene el procedimiento CONVOCATORIA, SELECCIÓN, VINCULACIÓN, RETENCIÓN, PROMOCIÓN, SEGUIMIENTO Y RETIRO DEL TALENTO HUMANO, documento con Código AGTHy14-180, de fecha 13 de noviembre de 2020, versión 3.0	100%	
3		Documento interno o adaptación del MECI actualizado	SI	La entidad cuenta con el MANUAL DE OPERACIONES MECI identificado con código 2, de fecha 2018-02-18, versión 3.0. Este manual es necesario actualizarlo con MPG	100%	
4		Un documento tal como un código de ética, integridad u otro que formalice los estándares de conducta, los principios institucionales o los valores del servicio público	SI	La entidad cuenta con el Código de Integridad (código documental: EGPOm01-20 de 2020) y el código de buen gobierno (Código Documental: EGPOm03-20 de 2021)	100%	
6		Planes, programas y proyectos de acuerdo con las normas que rigen y atendiendo con su propósito fundamental institucional (misión)	SI	La entidad cuenta con 12 Planes articulados a la Plataforma estratégica	100%	
6		Una estructura organizacional formalizada (organigrama)	SI	La entidad cuenta con una estructura orgánica implementada mediante acto administrativo Acuerdo No. 08 de 17 de julio de 2014	100%	
7		Un manual de funciones que describa los empleos de la entidad	SI	Existe manual de funciones actualizado en la vigencia 2018. Acuerdo 004 de 07 de Febrero de 2018- Manual específico de funciones	100%	
8		Vinculación de los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que les rige (carrera administrativa, libre nombramiento y remoción, entre otros)	SI	Existe el procedimiento CONVOCATORIA, SELECCIÓN, VINCULACIÓN, RETENCIÓN, PROMOCIÓN, SEGUIMIENTO Y RETIRO DEL TALENTO HUMANO, identificado con código: AGTHy14-180, de fecha 13 de noviembre de 2020, versión 3.0	100%	
9		Procesos de inducción, capacitación y bienestar social para sus servidores públicos, de manera directa o en asociación con otras entidades municipales	SI	Existe el programa PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN, identificado con código: AGTHy01-180, de fecha: 2020-10-22, y versión 2.0 y cuenta con los procedimientos: INDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO código: AGTHy08-180 de fecha: 2018-09-30 y versión:4.0 y Procedimiento RENDUCCION AL TALENTO HUMANO, Código: AGTHy09-180, de fecha: 2018-09-30 y versión: 4.0	100%	
10		Evaluación a los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que le rige	SI	Existe el Procedimiento: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL, con código: AGTHy10-180 de fecha: 2018-09-30 y versión: 4.0. Es necesario actualizarlo de acuerdo a lo contenido en el Acuerdo 6176 de 2018 Comisión Nacional del Servicio Civil	100%	
11		Mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía	SI	Existen los siguientes documentos fuentes para identificar este mecanismo en la E.S.E Salud del Tundama, estos documentos son: Reglamento Rendición de Cuentas vigencia 2020, código: EGPOm01-19, de fecha: 12-04-2021 y versión: 1.0; GUÍA AUDIENCIAS PUBLICAS DE RENDICION DE CUENTAS, código: EGPSy03-140, de fecha:25-11-2018 y versión: 5.0 y PROCEDIMIENTO AUDIENCIA PUBLICA DE RENDICION DE CUENTAS DE LA E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA, código: EGPOp08-10, de fecha: 2021-08-02, y versión: 1.0, tambien para la rendición de cuentas vigencia 2020 se activo en la página web el vínculo para inscripción de intervenciones, preguntas o propuestas: audiencia pública: Rendición de Cuentas vigencia 2020 y para diligencia Encuesta para la evaluación de la Rendición de Cuentas vigencia 2020. Se publicó el informe de seguimiento en la página WEB por parte de la Oficina Asesora de control interno con Plan de mejora.	100%	
12		Presentación oportuna de sus informes de gestión a las autoridades competentes	SI	Existe la matriz de seguimiento dentro del Plan anual de auditoría para hacer seguimientos a los Informes de Ley, <a href="https://www.saludtundama.gov.co/News/Contenidos/Transparencia/Informacion-de-Transparencia/Control-Interno/Informe-de-Auditoria-Internas/2021%2009%20MATRIZ%20SEGUIMIENTO%20PLAN%20ANUAL%20DE%20AUDITORIA.pdf">https://www.saludtundama.gov.co/News/Contenidos/Transparencia/Informacion-de-Transparencia/Control-Interno/Informe-de-Auditoria-Internas/2021%2009%20MATRIZ%20SEGUIMIENTO%20PLAN%20ANUAL%20DE%20AUDITORIA.pdf</a>	100%	



## 2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

Proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

En reunión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño; según Acta No. 004 de fecha 23 de abril de 2021, se socializó la Matriz de Riesgos 2021 y se estableció un Cronograma de seguimiento; este informe fue elaborado por el Apoyo Mejoramiento Continuo. Ing. **ESTEBAN MATEUS**. Fuente de Información Sistema Integrado de Gestión – Almera. Dirección Intranet <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim>.

A partir de la reunión No. 07 de Comité Institucional de Gestión y Desempeño la gestión del riesgo está a cargo del Líder de Gestión del riesgo con el apoyo de Mejoramiento continuo.

En esta reunión se socializó el siguiente Plan de Mejora por parte del Líder de Gestión del Riesgo auditor interno Jefe Diego Armando Peña Becerra:

*... "Teniendo en cuenta la referenciación que se realizó con el Instituto Roosevelt y acorde al compromiso adquirido desde el comité de Gestión y Desempeño, se establece el Plan de Mejora para la Gestión del Riesgo, fortaleciendo tanto la política como la gestión del riesgo, es importante tener en cuenta que los riesgos están asociados tanto a los ejes como a los procesos, es por esto, que la idea es alinearlos; se revisa y se hacen ajustes al procedimiento de tal manera que este sea de fácil comprensión, de tal forma que se faciliten generar y plantear los riesgos. Además, se debe elaborar un indicador de Eficacia, de tal forma que se pueda medir de manera trimestral las actividades planeadas versus las acciones realizadas, esto, en términos de controles. Es por esto, que la idea es generar la Gestión del Riesgo no tanto como procedimiento sino como un Programa Institucional, es por esto, que se solicita generar una pieza publicitaria no sólo para poder explicar la metodología sino también generar una marca, un sello que caracterice la Gestión del Riesgo en la institución. La Dra. Catherine van Arcken, Gerente, interviene para comentar que con respecto a la visita por parte de ICONTEC, se pudo evidenciar que en Gestión del Riesgo se encontraron más falencias, además, recuerda que ya se había recomendado dejar en el orden del día en reunión de equipo primario realizar seguimiento a riesgos, además aclara que si se depende de Almera, pero esta es una herramienta, porque finalmente quien realiza el trabajo es cada uno; además, se detectó que muchos en el primer semestre realizaron la actividad por cumplir con un requisito exigido, pero, realmente no se está realizando gestión del riesgo, por tanto, no considera que se tenga un avance considerable, para llegar a ello debemos darle la importancia que realmente amerita, además, es un tema al cual hay que trabajarle fuertemente para la*

*próxima visita de ICONTEC. El Jefe Diego aclara que la responsabilidad de gestionar los riesgos aunque está como responsable el líder de cada proceso, en realidad es responsabilidad de todo el grupo de trabajo."....*

Los resultados del INFORME SEGUIMIENTO A PLANES OPERATIVOS ANUALES IV TRIMESTRE 2021, presentado por la Dra. Gloria Agudelo T. Líder del proceso de Gestión de Planeación Organizacional presenta una evaluación del %.

Para la Vigencia 2021, la E.S.E. Salud el Tundama manejó como matriz de riesgo las siguientes:

- Matriz de Riesgos Clínico
- Matriz de Riesgos Administrativos
- Matriz de Riesgos Asistenciales

La **Matriz de Riesgo Clínico**, está diseñada en fases y materialización del riesgo. Las fases son:

- Caracterización poblacional
- Primeras causas de morbilidad
- Programas especiales
- Procesos de atención del paciente
- Curso de vida.

La materialización del riesgo está identificada con SI se materializa o NO se materializa.

La **Matriz de Riesgos Administrativos**, está compuesta por:

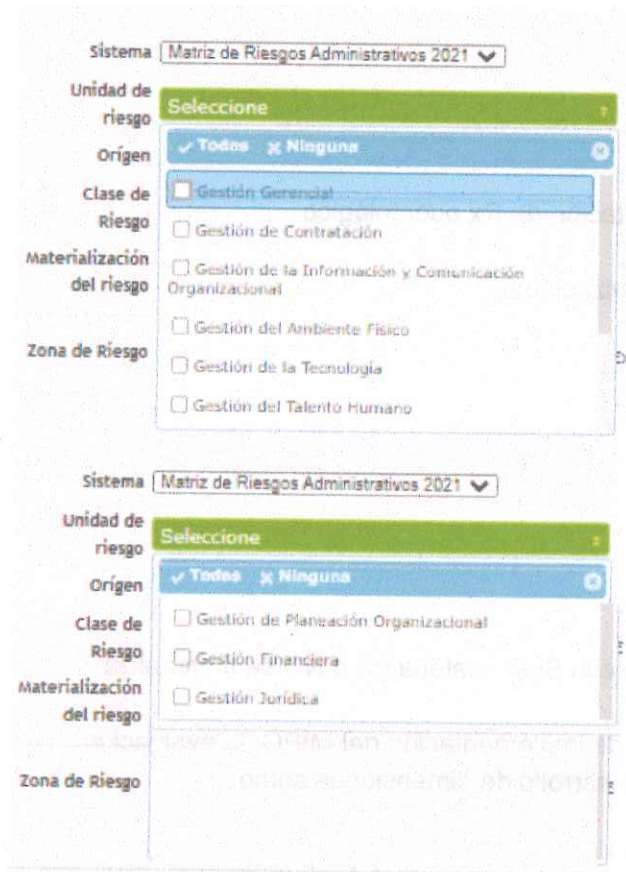
- Unidad de riesgo
- Origen
- Clase de Riesgo
- Materialización del riesgo

Como unidad de riesgo de esta matriz han sido identificadas:

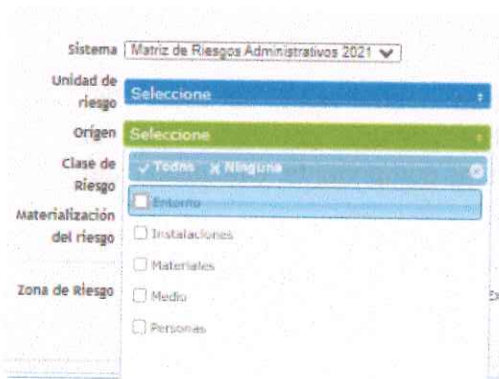
- Gestión Gerencial
- Gestión de Contratación
- Gestión de la Información y Comunicación organizacional
- Gestión del Ambiente Físico
- Gestión de la Tecnología
- Gestión del Talento Humano
- Gestión de Mejoramiento Continuo
- Gestión de Planeación organizacional



- Gestión Financiera
- Gestión Jurídica



Como origen del riesgo se han identificado el entorno, las instalaciones, materiales, medio y personas.



La materialización del riesgo está identificada con SI se materializa o NO se materializa.

La **Matriz de Riesgos Asistenciales 2021**, está compuesta por las siguientes unidades de riesgo:

- Actividades de vigilancia epidemiológica
- Asignación de citas
- Central de esterilización
- Consulta medicina general
- Consulta Odontología General Toma e Interpretación de Rx odontológico
- Gestión de contratación
- Gestión de la información y comunicación organizacional
- Gestión de la Tecnología
- Gestión del Talento Humano
- Laboratorio clínico – toma de muestras
- Programas de promoción y prevención
- Psicología
- Servicio farmacéutico
- Sistema de Información y atención al usuario
- Transporte asistencial básico (TAB)

La materialización del riesgo está identificada con SI se materializa o NO se materializa.

Se recomienda tener presente en el proceso de implementación del MIPG; la evaluación del riesgo; también se fortalecer a partir del desarrollo de dimensiones como:

- Direccionamiento Estratégico y Planeación,
  - Gestión con Valores para Resultados
- La Oficina de Control Interno Ha elaborado el Informe de seguimiento de la matriz de riesgos 2021 el cual se encuentra publicado en la plataforma WEB.
- Talento Humano.

El resultado de diligenciar el Formato Informe de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el componente evaluación del riesgo en el segundo semestre de 2021 es:

13	EVALUACIÓN DEL RIESGO	La identificación de cambios en su entorno que puedan generar consecuencias negativas en su gestión.	SI	<p>Uno de los hechos que afectaron a la E.S.E. salud el Tundama en la vigencia 2021 fue la liquidación de Compara. En acta No. 05 de 02 de agosto de 2021 se registró lo siguiente: Contributivo : \$ 64.855.185</p> <p>Subsidio Capita \$587.084.744</p> <p>Subsidio Evento \$1.155.000</p> <p>Para un total \$683.094.929 los cuales mayor a 360 días: Compara contributivo \$1.772.094, Compara subsidiado capita \$221.212.998, pero cartera ameros de 360 que corresponde a vigencia anterior, porque lo que corresponde a esta vigencia del regimen subsidiado capita no nos debe, Compara subsidiado a menos de 360 días \$376.871.758, la Dra Catherine Pregunta a patricia que esa deuda a que corresponde, patricia menciona que en las depuraciones de cartera, ellos nos tienen Glosas pendientes por conciliar de \$525.689.270, se pregunta el porque de esas glosas y desde cuando, Patricia presenta un cuadro y explica que esas glosas por conciliar desde enero de 2019, mayo de 2019, es el contrato que esta pendiente de liquidar del 2019, y pueden ser PYP o frecuencia de uso. (Se anexa cuadro expuesto por Patricia)</p> <p>La Dra. Gloria - Control Interno, hace recordar que cuando nos hacen cierre de contrato nos descuentan por glosas y compara siempre lo hace, se debe tener cuidado con esto.</p> <p>Por lo anterior a esta operación hay que hacerle seguimiento mensual y como se ha establecido en el informe de control interno contable establecer un procedimiento específico en el caso del cobro de estas cuentas por cobrar.</p>	100%
14	EVALUACIÓN DEL RIESGO	La identificación de aquellos problemas o aspectos que pueden afectar el cumplimiento de los planes de la entidad y en general su gestión institucional (riesgos)	SI	<p>Uno de los hechos que afectaron a la E.S.E. salud el Tundama en la vigencia 2021 fue la liquidación de Compara. En acta No. 05 de 02 de agosto de 2021 se registró lo siguiente: Contributivo : \$ 64.855.185</p> <p>Subsidio Capita \$587.084.744</p> <p>Subsidio Evento \$1.155.000</p> <p>Para un total \$683.094.929 los cuales mayor a 360 días: Compara contributivo \$1.772.094, Compara subsidiado capita \$221.212.998, pero cartera ameros de 360 que corresponde a vigencia anterior, porque lo que corresponde a esta vigencia del regimen subsidiado capita no nos debe, Compara subsidiado a menos de 360 días \$376.871.758, la Dra Catherine Pregunta a patricia que esa deuda a que corresponde, patricia menciona que en las depuraciones de cartera, ellos nos tienen Glosas pendientes por conciliar de \$525.689.270, se pregunta el porque de esas glosas y desde cuando, Patricia presenta un cuadro y explica que esas glosas por conciliar desde enero de 2019, mayo de 2019, es el contrato que esta pendiente de liquidar del 2019, y pueden ser PYP o frecuencia de uso. (Se anexa cuadro expuesto por Patricia)</p> <p>La Dra. Gloria - Control Interno, hace recordar que cuando nos hacen cierre de contrato nos descuentan por glosas y compara siempre lo hace, se debe tener cuidado con esto.</p> <p>Por lo anterior a esta operación hay que hacerle seguimiento mensual y como se ha establecido en el informe de control interno contable establecer un procedimiento específico en el caso del cobro de estas cuentas por cobrar.</p> <p>Ajustes a la plataforma estratégica en razón a cambios en el Plan de desarrollo Municipal y por ende elaboración de matriz de contexto para definir nuevo plan de acción para el cumplimiento plataforma estratégica.</p>	100%
15	EVALUACIÓN DEL RIESGO	La identificación de los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones	SI	Existe matriz de riesgos de cada uno de los procesos, <a href="https://ggl.silveraim.com/ggl/seguimiento/?nosgimr">https://ggl.silveraim.com/ggl/seguimiento/?nosgimr</a> , la Oficina Asesora de Control Interno publicó en la página WEB seguimiento vigencia 2021 a la Gestión del Riesgo de la Institución.	100%
16	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Si su capacidad o infraestructura le permite identificación de riesgos asociados a las tecnologías de la información y las comunicaciones	SI	existe matriz de riesgos del proceso de Ambiente Físico	100%
17	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Hacen seguimiento a los problemas (riesgos) que pueden afectar el cumplimiento de sus procesos, programas o proyectos, a cargo	SI	Se efectúa seguimiento a la Matriz de riesgos los primeros seguimientos se efectúan en Comité Institucional de Gestión y Desarrollo y la Oficina Asesora de Control Interno publicó seguimiento vigencia 2021 a la Gestión del Riesgo de la Institución.	100%
18	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Informan de manera periódica a quien corresponde sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos	SI	la Oficina Asesora de Control Interno publicó seguimiento vigencia 2021 a la Gestión del Riesgo de la Institución.	100%
19	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Identifican deficiencias en las maneras de controlar los riesgos o problemas, en sus procesos, programas o proyectos, y proponen los ajustes necesarios	SI	En cada una de las vigencias se revisan y ajustan los riesgos de cada uno de los procesos.	100%
20	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Se definen espacios de reunión para conciertos y proponer acciones para su solución	SI	En Comités Institucionales de Gestión y desempeño en la vigencia 2021 desde el acta No. 04 hasta el Acta No. 011 se revisaron y se efectuaron los respectivos seguimientos a la gestión del riesgo por los responsables: <a href="https://ggl.silveraim.com/ggl/seguimiento/?nosgimr">https://ggl.silveraim.com/ggl/seguimiento/?nosgimr</a> .	100%
21	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Cada líder del equipo autónomamente toma las acciones para solucionarlos.	SI	De acuerdo a la matriz de riesgos una vez se revisa y ajusta por parte de cada uno de los líderes líderes la responsabilidad de diseñar acciones para mitigarlos. Los documentos que soportan esta actividad son: POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS, procedimiento GESTIÓN DEL RIESGO Y EGMCPG/S-110/PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO 'TUNDAMITO PREVENTIVO' PREVENIR ES NO ARRISGAR'	100%
22	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Solamente hasta que un organismo de control actúe se definen acciones de mejora.	SI	En cada uno de las auditorías se dejan los Planes de mejora a que haya lugar de acuerdo al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría. El informe se puede consultar en el link: <a href="https://www.saludtundama.gov.co/web/imagenes/controles/Transparencia/informacion-de-categorias/Comité%20de%20Control%20Interno/h/temas-de-Auditorias-Internas/2021%2012%20MATRIZ%20SEGUIEMTO%20PLAN%20ANUAL%20DE%20AUDITORIA.pdf">https://www.saludtundama.gov.co/web/imagenes/controles/Transparencia/informacion-de-categorias/Comité%20de%20Control%20Interno/h/temas-de-Auditorias-Internas/2021%2012%20MATRIZ%20SEGUIEMTO%20PLAN%20ANUAL%20DE%20AUDITORIA.pdf</a>	100%

### 3. ACTIVIDADES DE CONTROL

Acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.

- **Actividades de control del riesgo en la entidad**

A partir de la Matriz de Riesgos 2021 Consolidada; dispuesta para consulta en la intranet Sistema de gestión Integral "<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#>"; se pudo determinar que siguen existiendo oportunidades de mejora para efectos del enfoque, en los procesos de Gestión de contratación, Gestión de la información y comunicación organizacional, Gestión del ambiente físico y gestión financiera; al igual que es necesario establecer controles en el proceso de Ambiente Físico (Almacén) Gestión de contratación ( Diligenciamiento plataforma SIA OBSERVA) y Gestión Financiera (Procedimientos claros manejo cuentas por pagar, manejo de efectivo, diligenciamiento de Informes a entes de control) .

La ausencia de controles identifica:

- No define el responsable de llevar a cabo la actividad de control
- No tiene definida la periodicidad de la ejecución del control
- No indica el propósito del control
- No hay indicación de cómo se realiza el control
- No tiene indicación de qué pasa con las desviaciones resultantes de la ejecución del control.
- No indica acerca de la evidencia de la ejecución del control.

Adicional a lo anterior se recomienda tener presente que las actividades de control también se fortalecen a partir del desarrollo de las otras dimensiones tales como: Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados y Talento Humano.

Dentro de las actividades desarrolladas por la E.S.E. Salud del Tundama, se destacan las reuniones desarrolladas desde los comités:

Comité de Compras y Contratación  
Comité Coordinador del Sistema de Control Interno  
Comité de Conciliación y Defensa Judicial  
Comité de Ética e Integridad Hospitalaria  
Comité de Evaluación y Valoración de Bienes



Comité de Humanización  
Comité de Convivencia Laboral  
Comité de sostenibilidad del sistema contable  
Comité Institucional de Gestión y desempeño.

Se observa la necesidad de que el Comité Equipo del Sistema Integral de Gestión MECI - Calidad (SIG); se revise su acto de constitución, su objetivo de creación, sus integrantes y su periodicidad de reuniones.

La E.S.E. salud el Tundama le hace seguimiento periódico a la Matriz de riesgos del Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano que para diciembre obtuvo una evaluación de cumplimiento de actividades para minimizar el riesgo del 82%.

Se resalta el cumplimiento de la ejecución de los POA a junio de la vigencia 2021 que fue del 83.33% y del PAMEC del 79%. El informe de seguimiento POA fue socializado en el Comité Institucional de Gestión y desempeño Acta No. 007 de fecha 23 de julio de 2021; y el Informe de Seguimiento PAMEC en el segundo semestre de 2021 fue socializado en reunión de Equipo de Mejoramiento Institucional según acta No. 004 del 21 de julio de 2021.

Con la conclusión anterior se determina el control sobre el cumplimiento **EFICIENTE** de los planes, objetivos, programas y líneas estratégicas.

De acuerdo a la Revisión de los órdenes del día de las reuniones de Junta Directiva según actas (Documentos Físicos), se observa el compromiso de la Alta Dirección en mantener el control y seguimiento a los riesgos institucionales.

El resultado de diligenciar el Formato Informe de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el componente Actividades de control en el segundo semestre de 2021 es:

23	ACTIVIDADES DE CONTROL	La definición de acciones o actividades para dar tratamiento a los problemas identificados (mitigación de riesgos), incluyendo aquellos asociados a posibles actos de corrupción	Si	La responsabilidad de los líderes de los procesos es revisar y ajustar la matriz del riesgo y a la vez establecer acciones de mejora para mitigar los riesgos.	100%	100%
24		Mecanismos de verificación de si se están o no mitigando los riesgos, o en su defecto, elaboración de planes de contingencia para subsanar sus consecuencias	Si	existe el procedimiento procedimiento GESTIÓN DEL RIESGO y EGMCpg05-110 PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO "TUNDAMITO PREVENTIVO: PREVENIR ES NO ARRIESGAR"	100%	
25		Planes, acciones o estrategias que permitan subsanar las consecuencias de la materialización de los riesgos, cuando se presentan	Si	En la matriz de riesgos para cada uno de los riesgo se contempla su control para mitigarlo. Lo auditor se puede consultar en la matriz de riesgos en la intranet: <a href="https://ggl.almerain.com/sgl/segimiento/mosgrnt#">https://ggl.almerain.com/sgl/segimiento/mosgrnt#</a>	100%	
26		Un documento que comedio los riesgos y el tratamiento que se les da, incluyendo aquellos que conllevan posibles actos de corrupción y si la capacidad e infraestructura lo permita, los asociados con las tecnologías de la información y las comunicaciones	Si	En la matriz de riesgos para cada uno de los riesgo se contempla su control para mitigarlo. Lo auditor se puede consultar en la matriz de riesgos en la intranet: <a href="https://ggl.almerain.com/sgl/segimiento/mosgrnt#">https://ggl.almerain.com/sgl/segimiento/mosgrnt#</a> . También se tiene publicada en la WEB la matriz del PAAC y sus respectivos seguimientos: <a href="http://alundama.gov.co/air/images/contenidos/Transparencia/Informacion-de-categorias/Control/Control-sistema/Informes-de-Seguimiento-Plan-Anticorupcion/2021%20%20SEGUIMIENTO%20PAAC.pdf">alundama.gov.co/air/images/contenidos/Transparencia/Informacion-de-categorias/Control/Control-sistema/Informes-de-Seguimiento-Plan-Anticorupcion/2021%20%20SEGUIMIENTO%20PAAC.pdf</a>	100%	
27		Un plan anticorrupción y de servicio al ciudadano con los temas que le aplican, publicado en algún medio para conocimiento de la ciudadanía	Si	La entidad elabora el PAAC de cada una de las vicencias correspondientes y les adjunta los respectivos seguimientos: <a href="http://alundama.gov.co/air/images/contenidos/Transparencia/Informacion-de-categorias/Control/Control-Interno/Informes-de-Seguimiento-Plan-Anticorupcion/2021%20%20SEGUIMIENTO%20PAAC.pdf">alundama.gov.co/air/images/contenidos/Transparencia/Informacion-de-categorias/Control/Control-Interno/Informes-de-Seguimiento-Plan-Anticorupcion/2021%20%20SEGUIMIENTO%20PAAC.pdf</a>	100%	

#### 4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.

La E.S.E. salud el Tundama, mediante resolución 677 de 29 de junio de 2017 "Por medio de la cual se modifica y adopta la estructura de procesos de la E.S.E. Salud del Tundama", estableció el proceso de Gestión de la Información y Comunicación Organizacional.

El objetivo de este proceso es: Generar y controlar de manera sistemática la información de la entidad, basados en estrategias y mecanismos que garantizan la seguridad y la confidencialidad de la misma, orientados en la evaluación y análisis para la toma de decisiones.

En la Implementación de este proceso se tienen desarrollados los siguientes documentos:

##### Planes

- AGICOp101-220 - PLAN DE CONTINGENCIA GERENCIA DE LA INFORMACIÓN
- AGICOp102-220 - PLAN DE COMUNICACIONES
- AGICOp103-220 - PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
- AGICOp104-220 - PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

##### Guías

- AGICOG01-220 - GUÍA PARA LA ELABORACIÓN Y MODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

## Programas

AGICOpG01-220 - PROGRAMA DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN  
AGICOpG02-220 - PROGRAMA DE SEGURIDAD EN LA INFORMACIÓN

El Seguimiento del Proceso se hace mediante los siguientes indicadores:

- Respuesta Oportuna a las necesidades de comunicación.
- Gestión de Política de Gobierno Digital (Seguimiento a proyectos del PETI.)
- Respuesta Oportuna a las necesidades de información.
- Equipos de cómputo (pc fijos, portátiles, tabletas, entre otros) de la institución.
- Estructurar indicadores que permitan medir el entendimiento y apropiación de las estrategias lúdicas desarrolladas en salas de espera y en las EAPB.
- Adherencia al Plan de gestión de la información.
- Fallas presentadas por el sistema.
- Adquisición de equipos de acuerdo a las necesidades tecnológicas de la información. Realizar revisión sistemática de los procesos prioritarios que cumpla con el 100% de los requisitos establecidos en los estándares de habilitación y acreditación.
- Cumplimiento a la seguridad de la información.
- Verificar la efectividad y cumplimiento de los sistemas de comunicación organizacional. Cumplimiento y efectividad del entrenamiento de uso de las tecnologías de información. Efectividad de las capacitaciones.
- Índice de eficacia en transferencias documentales.
- Índice de cumplimiento de registro de documentos en Tablas de Retención Documental. Pérdida de documentos en el archivo de gestión.
- Pérdida de documentos en el archivo central o histórico.
- Depuración en el Archivo Central

Se ha identificado que cada uno de los procesos maneja su correo Institucional en el que se da a conocer información en temas como: Requerimientos de información, resultados de informes, capacitaciones, reuniones de comités entre otros.

El resultado de diligenciar el Formato Informe de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el componente Información y Comunicación en el segundo semestre de 2021 es:



28	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Responsables de la información institucional	Si	Existe los responsables del Proceso de Gestión de la Información y Comunicación Organizacional.	100%	100%
29		Canales de comunicación con los ciudadanos	Si	La entidad a actualizado los canales de comunicación y adoptado la página web institucional.	100%	
30		Canales de comunicación o mecanismos de reporte de información a otros organismos gubernamentales o de control	Si	De acuerdo a la implementación de la Norma La Entidad ha adoptado sus portales WEB para publicación de información pública	100%	
31		Lineamientos para dar tratamiento a la información de carácter reservado	Si	Existe el Plan Institucional de Archivo y el Plan de Tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	100%	
32		Identificación de información que produce en el marco de su gestión (Para los ciudadanos, cuestionos de control, organismos gubernamentales, entre otros)	Si	Se han adoptado los portales WEB de la Entidad para consultar información pública	100%	
33		Identificación de información necesaria para la operación de la entidad (normograma, presupuesto, talento humano, infraestructura física y tecnológica)	Si	De acuerdo a la Minería de datos la entidad clasifica la información que por norma debe ser publicada y actualizada.	100%	
34		Si su capacidad e infraestructura lo permite, tecnologías de la información y las comunicaciones que soportan estos procesos	Si	Existen los procedimientos del proceso de Gestión de la Tecnología.	100%	

### 5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

Busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.

- **Actividades de monitoreo y supervisión continua.**

Las evaluaciones realizadas con el objeto de determinar efectividad del control, eficacia de los procesos, ejecución, cumplimiento de planes y programas, dando alcance y cumplimiento al plan de auditoría, en actividades como:

1. Informes seguimiento Plan anticorrupción y Atención al ciudadano.
2. Informes seguimiento a Informes de ley
3. Informes de ley de la Oficina de Control Interno.
4. Auditoría Especial al proceso Gestión Documental.
5. Informe seguimiento Contratación e Informe SECOP
6. Auditoría a Inventarios Almacén y Farmacia.
7. Seguimiento a Planes de Mejoramiento de auditoría de Control Interno.
8. Seguimiento al Informe ITA.
9. Seguimiento a la gestión por dependencias
10. Seguimiento Presupuestal y de contratación
11. Seguimiento al cumplimiento de indicadores financieras.
12. Seguimiento al Presupuesto de la E.S.E. Salud el Tundama
13. Socialización Anual ejecución Plan anual de auditoría ante el Comité coordinación Control Interno e informe semestral.

Haciendo uso de herramientas, sistemas de información y gestión documental la oficina Asesora de Control Interno realizó en la vigencia segundo semestre 2021 verificaciones y validaciones propias de los diferentes roles y responsabilidades que desempeñan los procesos, tales como:



Proceso Gestión Financiera

**1. PRESUPUESTO INICIAL Y MODIFICACIONES**

PRESUPUESTO	VALOR
PRESUPUESTO INICIAL	8.038.591.401
ADICIONES	3.920.508.270,57
REDUCCIONES	-
CRÉDITOS	34.607.000
CONTRACRÉDITOS	- 34.607.000
<b>PRESUPUESTO DEFINITIVO</b>	<b>11.959.099.671,57</b>

Se aclara que en la vigencia de enero a diciembre de 2021 se efectuaron 7 adiciones por acuerdo de Consejo Municipal de Política Fiscal COMFIS y 3 Traslados mediante resolución de Gerencia.

**2. CONTRATACIÓN**

La E.S.E. Salud del Tundama suscribió 325 contratos a diciembre de 2021.

En lo que corresponde a la Clase de contratos y su ejecución, se clasificaron así:

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	No. CONTRATOS	VALOR INICIAL CONTRATADO	ADICIÓN A CONTRATOS	DISMINUCIÓN A REGISTRO	VALOR TOTAL CONTRATADO
Contratacion Directa y Régimen Especial	316	5.815.035.833	240.530.804	104.816.162	5.950.750.475
Licitación Pública	2	1.460.983.161	331.120.157	-	1.792.103.318
Selección Abreviada de Menor Cuantía (Ley 1150 de 2007)	1	170.000.000	-	-	170.000.000
Selección Abreviada servicios de Salud	2	204.015.718	3.126.322	-	207.142.040
Subasta	4	534.711.057	117.232.363	-	651.943.420
<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>8.184.745.769</b>	<b>692.009.646</b>	<b>104.816.162</b>	<b>8.771.939.253</b>

El resultado de diligenciar el Formato Informe de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el componente Actividades de monitoreo en el segundo semestre de 2021 es:

35	ACTIVIDADES MONITOREADAS	La entidad participa en el Comité Municipal de Auditoría?	No	El Municipio de Duitama NO Cuenta con el Comité Municipal de Auditoría	0%	90%
36		Mecanismos de evaluación de la gestión (cronogramas, indicadores, listas de chequeo u otros)	Si	En la Plataforma del Sistema Integral de Gestión - ALMERA, se encuentran cargados los 414 indicadores que miden la gestión de la totalidad del mapa de procesos.	100%	
37		Algún mecanismo para monitorear o supervisar el sistema de control interno institucional ya sea por parte del representante legal, o del área de control interno (si la entidad cuenta con ella), o bien a través del Comité departamental o municipal de Auditoría.	Si	La entidad cuenta con el Comité de Coordinación de control interno.	100%	
38		Medidas correctivas en caso de detectarse deficiencias en los ejercicios de evaluación, seguimiento o auditoría.	Si	En cada semestre como mínimo se publica en la página WEB el seguimiento e la Ejecución del Plan Anual de Auditoría.	100%	
39		Seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con instancias de control internas o externas.	Si	Se hacen los respectivos seguimientos a la matriz del Plan Anual de Auditoría, como mínimo cada semestre.	100%	
40		Evitar que los problemas (riesgos) obstaculicen el cumplimiento de los objetivos.	Si	La matriz de riesgos es revisada y ajustada con la finalidad de mitigar los riesgos.	100%	
41		Controlar los puntos críticos en los procesos.	Si	De acuerdo a los seguimientos y a los informes de Gestión por procesos y dependencias se elaboran los respectivos planes de mejora.	100%	
42		Diseñar acciones adecuadas para controlar los problemas que afectan el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales (riesgos).	Si	De acuerdo a la matriz de riesgos el control y mitigación de los mismos hacen la armonización para el cumplimiento de la Plataforma Estratégica.	100%	
43		Ejecutar las acciones de acuerdo a como se diseñaron previamente.	Si	Los responsables de los riesgos son los encargados de diseñar acciones para mitigar los mismos.	100%	
44		No se gestionan los problemas que afectan el cumplimiento de las funciones y objetivos institucionales(riesgos).	Si	de acuerdo a los seguimientos al cumplimiento del plan de acción, existen las herramientas y estrategias.	100%	

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

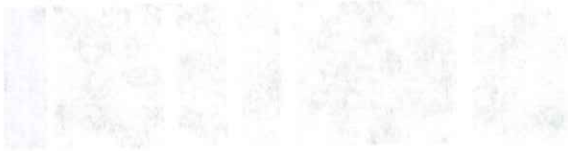
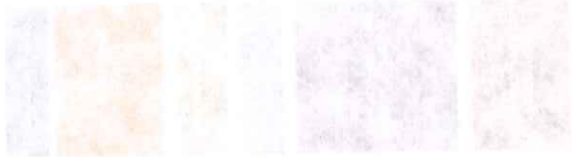
- Procurar porque las herramientas de control y/o de monitoreo de ejecución de las actividades de carácter institucional, contribuyan al fortalecimiento del autocontrol, dado que se presentan hasta el final de la vigencia ajustes, cambios y/o modificaciones.
- Revisar para la próxima vigencia los indicadores y en general las mediciones a nivel de los procesos; de tal forma que sirvan o constituyan insumo para toma de decisiones.
- Dar cumplimiento al Plan de mejora establecido por la Oficina de Planeación para el cumplimiento del informe ITA.
- Evitar el error humano en el diligenciamiento de la información den la Plataforma SIA Observa y SECOP.
- Por último, se recomienda concebir la auditoría interna como actividad para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos u control.

A continuación, se anexa la matriz de conclusión de esta evaluación de julio a diciembre de 2021.





*Gloria Nelly Chaparro P.*  
**GLORIA NELLY CHAPARRO PINEDA**  
Asesor Oficina Control Interno





# MATRIZ 12-2021

