



NOTA INTERNA
SSO-2026-240-000429-3

Bogotá, 30 de enero de 2026

DE: **YOLMAN JULIAN SAENZ SANTAMARIA...**
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (E)
OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA **ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA**
GERENTE
DESPACHO DEL GERENTE

Asunto: Informe Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno - Segundo semestre de 2025

Respetada doctora Andrea, cordial saludo.

En cumplimiento del Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.4.7, Parágrafo 1° (modificado por el artículo 1 del Decreto 338 de 2019) que establece: “*Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (...)*” (Subrayado fuera de texto), de manera atenta, le envío el Informe de **Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno** del segundo semestre de 2025 (N° OCI-SISSSO-IL-2026-03) correspondiente al período 1 de julio de 2025 a 31 de diciembre de 2025.

Manifestamos nuestra disposición para atender cualquier duda o inquietud que surja en el marco de esta auditoría de cumplimiento.

Cordialmente,

YOLMAN JULIAN SAENZ SANTAMARIA...
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (E)

Anexos: 1. Informe OCI-SISSSO-IL-2026-03 Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno – Semestre II 2025

Copia a: Marcia Greicy Gucaneme Valbuena - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Miembro CICSCI)
Carmen Esther Acero García- Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones (Miembro CICSCI)



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

Julio Alfonso Peñuela Saldaña - Jefe Oficina Asesora Jurídica (Miembro CICSCI)
 Rosa Viviana Cubillos Medrano - Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (Miembro CICSCI)
 Hernando Miguel Mojica Mugno - Jefe Oficina de Sistemas de Información TICs (Miembro CICSCI)
 Jeansy Milena Ramírez Martínez - Jefe Oficina de Calidad (Miembro CICSCI)
 Ruby Liliana Cabrera Calderón - Subgerente Corporativa (Miembro CICSCI)
 Bertha Lucia Mora Quiñones - Subgerente Prestación de Servicios de Salud (Miembro CICSCI)

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.	
Cargo funcionario / Contratista	Nombre/Cargo
Aprobado por:	YOLMAN JULIAN SAENZ SANTAMARIA...OCIOCI
Revisado por:	YOLMAN JULIAN SAENZ SANTAMARIA... / OCI
Elaborado por:	MARTHA PATRICIA PALOMINO RAMIREZ / OCI

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>	<p>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO</p>	<p>Versión: 3 Fecha de aprobación: 3/10/2023 Código: 17-00-FO-0009</p>	 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>
--	--	--	--

Nº INFORME: OCI-SISSSO-IL-2026-03

NOMBRE TRABAJO DE AUDITORÍA: Evaluación Independiente del estado del Sistema de

Control Interno – Segundo semestre de 2025

DESTINATARIOS¹

- Andrea Elizabeth Hurtado Neira, Gerente
- Bertha Lucía Mora Quiñones, Subgerente Prestación de Servicios de Salud
- Ruby Liliana Cabrera Calderón, Subgerente Corporativa
- Marcia Greicy Guacaneme Valbuena, jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
- Jeansy Milena Martínez Rodríguez, jefe Oficina de Calidad
- Julio Alfonso Peñuela Saldaña, jefe Oficina Jurídica
- Carmen Esther Acero García, jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
- Rosa Viviana Cubillos Medrano, jefe Oficina Participación Comunitaria y Servicio Ciudadano
- Hernando Miguel Mojica Mugno, jefe Oficina de Sistemas de Información – TIC

EMITIDO POR: Yolman Julián Sáez Santamaría, jefe Oficina de Control Interno(e)

EQUIPO AUDITOR: Soraya Paredes Muñoz, Profesional Especializado G29

Lida Inés Aponte Espitia, Profesional Especializado (OPS)

Jorge Orlando Sánchez Alcalá, Profesional Especializado (OPS)

¹ En virtud de lo establecido en el Decreto 1083 de 2015 **Artículo 2.2.21.4.7**, Parágrafo 1º (modificado por el Artículo 1 del Decreto 338 de 2019) “*Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (...)*”

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>	<p>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO</p>	<p>Versión: 3</p> <p>Fecha de aprobación: 3/10/2023</p> <p>Código: 17-00-FO-0009</p>	 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>
--	--	--	--

I. OBJETIVO(S)

- Evaluar y realizar seguimiento del **segundo semestre de 2025** al Sistema de Control Interno – SCI, identificando las fortalezas y oportunidades de mejoramiento en la ejecución de las actividades de control evaluadas en cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno - MECI: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo
- Verificar los avances y/o cumplimiento de las acciones determinadas en el plan de mejoramiento formulado por la Entidad para subsanar las observaciones de la Evaluación Independiente del **primer semestre de 2025**, para cada uno de los componentes antes mencionados.

II. ALCANCE

La evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno se realizó en el ámbito de aplicación y/o implementación de las 81 actividades de control asociadas a los 17 lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (en adelante, Función Pública), contenidos en el formulario “Evaluación Independiente Sistema de Control Interno”. Además, se realizó la verificación del avance y/o cumplimiento de las actividades del plan de mejoramiento formulado por la Entidad producto de los resultados de la Evaluación Independiente del primer semestre de 2025.

Período Evaluado: **segundo semestre de 2025** (periodo comprendido entre el 1 de julio de 2025 al 31 de diciembre de 2025)

III. MARCO NORMATIVO

- **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”.
- **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 “Reportes del responsable de control interno” (que modificó el artículo 14 de la Ley 87 de 1993).
- **Circular Externa N° 100-006** -DAFP del 19 de diciembre de 2019. “Lineamientos generales para el informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno.”

IV. METODOLOGÍA

Para adelantar este seguimiento, mediante correo electrónico de 9 de enero de 202026 y oficio radicado en Ágilsalud SSO-2026-240-000122-3 el 13 de enero de 2026, se comunicó a jefe de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional el inicio de la evaluación, solicitando el suministro de la información correspondiente a más tardar el **19 de enero de 2026**. En la fecha antes mencionada, la Oficina de Control Interno dio inicio a la aplicación de la herramienta metodológica definida por la Función Pública y,

posteriormente, realizó la revisión de la información suministrada por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, en su calidad de Oficina de Planeación, junto con los soportes y evidencias que respaldan el cumplimiento de los lineamientos de control. Paralelamente, se revisó la información y/o documentación disponible en el aplicativo Almera, en la intranet, en la página web institucional, información de primera línea, así como los informes de auditoría y/o seguimientos que contienen los resultados de los trabajos de auditoría interna realizados por la Oficina de Control Interno durante el período objeto de evaluación, con el fin de verificar el funcionamiento de los controles. A la vez, se consultaron las actas de la Junta Directiva, así como las del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con el análisis de la información revisable del período auditado

V. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 14 de la Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones” (modificado por el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019), y empleando como criterio los lineamientos impartidos en el Decreto 1499 de 2017 emitido por la Función Pública “*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*”, la Oficina de Control Interno llevó a cabo las acciones necesarias para emitir el presente informe, tomando como base la documentación existente y puesta a disposición de esta dependencia por parte de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y otras que intervienen directamente en el mantenimiento del Sistema de Control Interno y el proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) de la Entidad.

De acuerdo con lo estipulado en el formato “Evaluación Independiente Sistema de Control Interno” establecido por el DAFFP, la evaluación practicada consta de dos (2) variables en las actividades de control: Presente y Funcionando. Con la variable “Presente” se determina que las actividades de control “existen en diseño e implementación de los requerimientos asociados a las políticas de gestión y desempeño”, y con la variable “Funcionando”, “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”.

Su valoración se determinó asignando una calificación en una escala de 1 a 3, de acuerdo con los siguientes criterios definidos por la Función Pública en el instructivo del formato antes mencionado, así:

Escala	Criterio	
	Presente	
1	No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.	El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado).
2	Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas /procedimientos u otras herramientas.	El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias.
3	Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

Una vez diligenciado el formato en su totalidad y realizadas las calificaciones de las 81 actividades de control asociadas a los 17 lineamientos distribuidos en los 5 componentes del MECI, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. obtuvo un grado de implementación y efectividad de las actividades de control del **83%**, como resultado del promedio del nivel de cumplimiento obtenido en cada componente, así:

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente
AMBIENTE DE CONTROL	Si	92%
EVALUACIÓN DE RIESGOS	Si	68%
ACTIVIDADES DE CONTROL	Si	71%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Si	96%
ACTIVIDADES DE MONITOREO	Si	89%

Ver Anexo 1. Evaluación SCI Isem2025 Conclusiones (en la parte final de este documento)

Es importante mencionar que, la herramienta de evaluación dispuesta por la Función Pública, requiere el análisis y verificación de cada actividad de control en el marco del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, aspecto relacionado con una de sus funciones principales: *“Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con las características propias de la Entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema, a partir de la normatividad vigente, los informes presentados por el jefe de control interno o quien haga sus veces, organismos de control y las recomendaciones del equipo MECI” establecida en el numeral 1 del artículo 6º de la Resolución 0391 del 14 de junio de 2022, “Por la cual se integra y se establece el reglamento de funcionamiento del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”*

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 análisis realizado permite evidenciar que los componentes del Modelo Estándar de Control Interno operan de manera integrada, apoyados en una estructura organizacional y documental definida. Esta articulación contribuye al ordenamiento de la gestión institucional y al apoyo en la toma de decisiones, en concordancia con los objetivos y lineamientos establecidos.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno de la Subred Sur Occidente evidencia una operación articulada de sus componentes, en concordancia con los objetivos, lineamientos y políticas institucionales. Los resultados de la evaluación independiente del Modelo Estándar de Control Interno permiten afirmar que el sistema contribuye al fortalecimiento de la gestión institucional.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno de la Entidad se encuentra estructurado a partir de una gestión por procesos documentada, en la cual se identifican controles, responsables y niveles para la toma de decisiones. Los elementos que conforman esta estructura, disponibles en el aplicativo institucional del Sistema de Gestión Integral – Almera, constituyen un soporte para la gestión institucional y el seguimiento a los objetivos y metas definidos.

Es importante tener claro que el control interno es un trabajo continuo y colaborativo que implica el compromiso de cada colaborador de la Subred Sur Occidente, toda vez que, se notó un aumento en la implementación de uno (1), dos (2) permanecieron iguales y uno (1) componentes disminuyó, tal como se detalla en la siguiente tabla:

Componente	Nivel de cumplimiento por componente	Nivel de Cumplimiento componente
	1er semestre 2025	2do semestre 2025
AMBIENTE DE CONTROL	90%	92%
EVALUACIÓN DE RIESGOS	71%	68%
ACTIVIDADES DE CONTROL	71%	71%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	100%	96%
ACTIVIDADES DE MONITOREO	89%	89%

Esta Oficina resalta la importancia del compromiso de todos los niveles de la entidad —directivos, servidores y colaboradores— en el fortalecimiento permanente de los esquemas de control y mitigación de riesgos. Dicho esfuerzo conjunto resulta fundamental para avanzar en la mejora continua de la calificación obtenida por la entidad en materia de control interno.

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

Es importante precisar que la entidad **no elaboró un plan de mejoramiento** derivado de la evaluación correspondiente al primer semestre de 2025 del Sistema de Control Interno, realizada por esta Oficina, situación que incidió en la calificación obtenida, conforme a las observaciones de la evaluación independiente.

En este sentido, se exhorta a la entidad a formular e implementar planes de mejoramiento oportunos que atiendan las recomendaciones de la Oficina de Control Interno y que permitan a la Subred fortalecer sus componentes y mejorar de manera integral su Sistema de Control Interno, con el apoyo de las líneas de defensa.

Respuestas u observaciones recibidas de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional al contenido de los resultados preliminares

El 21 de enero de 2026, la Oficina de Control interno reiteró la solicitud de información remitida por correo el día 9 de enero de 2026, necesaria para la realización de la Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno correspondiente al segundo semestre de 2025.

El día 22 de enero de 2026, se recibió la carpeta compartida OneDrive para la revisión de evidencias.

Teniendo en cuenta que la información fue allegada con posterioridad a la fecha solicitada y que esta requiere ser procesada, cuyos resultados deben emitirse dentro de la presente vigencia, a más tardar el 30 de enero de 2026, no es posible, en la ejecución de este trabajo de auditoría, cumplir de manera rigurosa con la totalidad de las actividades o tareas establecidas en el Procedimiento de Auditorías Internas de Cumplimiento (Código 17-00-PR-0003).

La solicitud de respuesta a las recomendaciones emitidas desde la perspectiva de la evaluación independiente por la Oficina de Control Interno fue comunicada de manera preliminar el 28 de enero, otorgando plazo para aportar evidencias hasta el 29 de enero a las 2:00 p. m. Sin embargo, las evidencias adicionales fueron presentadas el 30 de enero de 2026, a través de una carpeta compartida en OneDrive, la cual contenía aproximadamente veintinueve (29) carpetas y ciento cuatro (104) archivos.

La Oficina de Control Interno revisó la información aportada, tras lo cual el numeral 2.2 obtuvo calificación tres (3), después de aportar el documento código 01-01-PL-0003, Plan Estratégico 2025-2028, versión 4, del 29 de diciembre de 2025, el cual incluye en el numeral 5 la metodología de construcción del plan estratégico institucional, donde se evidencia el análisis del contexto interno y externo de la institución mediante la matriz DOFA (información revisada en el aplicativo Almera).

RECOMENDACIONES

Se solicita a los responsables garantizar la entrega oportuna de la información y de las evidencias que respalden el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la matriz de la Función Pública, asegurando que los soportes sean pertinentes y se registren correctamente en el aplicativo Almera y/o se encuentren disponibles en la página web institucional o carpeta compartida OneDrive, con el fin de facilitar la labor de seguimiento de esta Oficina.

Se sugiere a la entidad considerar la elaboración de un plan de mejoramiento que dé respuesta a las observaciones identificadas por la Oficina de Control Interno, con el propósito de fortalecer la mejora institucional como herramienta estratégica. Este plan permitirá a la entidad avanzar de la identificación de problemas hacia la implementación

de soluciones sostenibles, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión y al cumplimiento de los objetivos institucionales.

DECLARACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Este seguimiento fue realizado con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor a cargo de la realización del trabajo. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.
- La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.
- La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional de la administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., más se incentiva la consideración de las "Recomendaciones" en la construcción de los planes de mejora a que haya lugar para el mejoramiento del Sistema de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la entidad.

Bogotá D.C., 30 de enero de 2026.



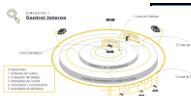
YOLMAN JULIÁN SÁENZ SANTAMARÍA
Jefe Oficina de Control Interno (E)

Elaboró: Lida Inés Aponte Espitia, Profesional Especializado (OPS)

Soraya Paredes Muñoz, Profesional Especializado G29

Revisó: Yolman Julián Sáenz Santamaría, Jefe Oficina de Control Interno (E)

Anexo 1. Evaluación SCI IIsem2025 Conclusiones

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.						
Segundo Semestre - Vigencia 2025						
Estado del sistema de Control Interno de la entidad				83%		
						
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
¿Están todos los componentes articulados juntos y de manera coherente entre sí (Sí) / No (Justifique su respuesta):	Si	<p>El análisis realizado permite evidenciar que los componentes del Modelo Estándar de Control Interno operan de manera integrada, apoyados en una estructura organizacional y documental definida. Esta articulación contribuye al ordenamiento de la gestión institucional y al apoyo en la toma de decisiones, en concordancia con los objetivos, lineamientos y políticas institucionales.</p>				
¿Es efectivo el sistema de control interno en la realización de las objetivos evaluados? (Sí/no) (Justifique su respuesta):	Si	<p>El Sistema de Control Interno de la Subred Sur Occidente evidencia una operación articulada de sus componentes, en concordancia con los objetivos, lineamientos y políticas institucionales. Los resultados de la evaluación independiente del Modelo Estándar de Control Interno permiten afirmar que el sistema contribuye al fortalecimiento de la gestión institucional.</p>				
La entidad cuenta dentro de su estrategia institucional, con una institucionalidad sólida y articulada que permite la toma de decisiones eficientes al control (Sí/no) (Justifique su respuesta):	Si	<p>El Sistema de Control Interno de la Entidad se encuentra estructurado a partir de una gestión por procesos documentada, en la cual se identifican controles, responsables y niveles para la toma de decisiones. Los elementos que conforman esta estructura, disponibles en el aplicativo institucional del Sistema de Gestión Integral – Almerá, constituyen un soporte para la gestión institucional y el seguimiento a los objetivos y metas definidos.</p>				
Componente	¿El componente es articulado 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	92%	<p>DEBILIDADES La Subred Sur Occidente presenta las actas de la Junta Directiva, del Comité de Gestión y Desarrollo, y del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, que evidencian la realización periódica de reuniones para la toma de decisiones fundamentadas en datos. Además, la entidad cuenta con una operación por procesos debidamente documentada y disponible en el aplicativo institucional del Sistema de Gestión Integral – Almerá. La entidad cuenta con el sistema de control interno que la apoya en la consolidación de cuadros de mando que ofrecen una visión clara de la situación de la entidad. Gracias a esta consolidación, se optimizan los procesos de monitoreo y análisis, se mejoran las condiciones de las acciones correctivas y preventivas, y se fortalece la capacidad de la entidad para tomar decisiones informadas.</p> <p>DEBILIDADES La entidad requiere: fortalecer el análisis para asegurar una adecuada segregación de funciones en las actividades de control, incluir en la matriz de roles y perfiles a los usuarios intervinientes de todas las aplicaciones o softwares utilizados por la entidad, actualizar la documentación de procesos institucionales, así como la documentación para su vigencia. Asimismo, necesita evaluar el diseño de los sistemas en función a su propósito, reflejar cambios en los requerimientos de los riesgos institucionales para la primera y segunda líneas de defensa, documentar las verificaciones realizadas por la segunda línea de defensa para evidenciar la correcta ejecución de los controles y mejorar la definición de los controles.</p>	<p>DEBILIDADES * Se evidencia el compromiso de la alta dirección, reflejado en las actas de la Junta Directiva donde se abordan temas como la aprobación del Plan Anual Institucional 2025 y su seguimiento, así como el manejo de los recursos de la entidad. También se evidencia la implementación de la estrategia institucional, así como la ejecución de los planes financieros, avances en la implementación del nuevo modelo, reporte de RIPS y progresos en proyectos de infraestructura, entre otros.</p> <p>* La entidad dispone de las condiciones necesarias para el ejercer efectivo del control interno, destacándose su contar con el Sistema de Gestión Integral – Almerá, que permite la optimización de los procesos de control interno, así como su sistema de seguimiento, evidencias, cuadros de mando, riesgos y planes de mejoramiento. Es importante resaltar la puesta de los sistemas de control interno de las acciones correctivas y preventivas, y se fortalece la capacidad de la entidad para tomar decisiones informadas.</p> <p>DEBILIDADES * Se requiere acotular la Política de Gestión del Riesgo Institucional en concordancia con el nuevo Plan Estratégico Institucional 2025-2028, definiendo los indicadores correspondientes y su respectivo esquema de monitoreo.</p> <p>* La entidad requiere evaluar la oportunidad en el legal, seguimiento y monitoreo de los riesgos institucionales y de corrupción por parte de la primera y segunda líneas de defensa, con el propósito de prevenir su materialización y asegurar el cumplimiento de los controles establecidos.</p>	2%	
Evaluación de riesgos	Si	68%	<p>DEBILIDADES La Subred Sur Occidente dispone del modelo de riesgos dentro del aplicativo de gestión integral Almerá, lo cual ha facilitado significativamente las labores de auditoría realizadas por la Oficina de Control Interno. Esta herramienta contiene todo la información relacionada con los registros de riesgos, controles, monitoreo y evidencias, dentro de un formato estandarizado para la entidad.</p> <p>DEBILIDADES La entidad requiere: mejorar la formulación y evaluación de las estrategias de manejo de riesgos, mediante matrices que articulen riesgo por actividad. Fortalecer el seguimiento de los riesgos institucionales y de corrupción, con informes periódicos y consolidados a la dirección, priorizando los riesgos de complicitad y fiscalización. Actualizar la política y la guía de riesgos institucionales y de corrupción, así como la documentación para su vigencia. Asimismo, necesita evaluar el diseño de los sistemas en función a su propósito, reflejar cambios en los requerimientos de los riesgos institucionales para la primera y segunda líneas de defensa, documentar las verificaciones realizadas por la segunda línea de defensa para evidenciar la correcta ejecución de los controles y mejorar la definición de los controles.</p>	<p>DEBILIDADES * La Subred Sur Occidente cuenta con el módulo de riesgos en el aplicativo Almerá, lo que ha facilitado las labores de auditoría por parte de la Oficina de Control Interno, al centralizar la información relacionada con los registros de riesgo, controles, monitoreo y evidencias.</p> <p>* Respecto a los riesgos y controles, el aplicativo Almerá permite establecer una estructura con campos uniformes, promoviendo la estandarización en la forma de reportar y documentar los riesgos y controles.</p>	-3%	
Actividades de control	Si	71%	<p>DEBILIDADES La entidad requiere: actualizar la documentación de operación y sus características. Mejorar la ejecución y documentación de los controles y la estructura y el diseño tanto de los riesgos como de los controles. Se debe fortalecer el seguimiento y monitoreo de los riesgos, garantizando regularmente, consistencia y verificabilidad. Es necesario evaluar el diseño de los sistemas en función a su propósito, reflejar cambios en los requerimientos de los riesgos institucionales para la primera y segunda líneas de defensa, documentar las verificaciones realizadas por la segunda línea de defensa y mejorar la seguridad en el manejo de la información. Se precisa fortalecer la documentación de la ejecución del cumplimiento de controles.</p>	<p>DEBILIDADES * La Subred Sur Occidente cuenta con una adecuada integración de los sistemas de gestión, incluyendo el Sistema Único de Acreditación, el Sistema Único de Habitación y otras certificaciones relevantes.</p> <p>* La entidad posee certificados de acreditación en salud en decáiles (17) sedes y reconocimientos en vales de sus centros como: Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de Fortín, Kennedy y Pablo Borda dispone de certificación en Bases Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales lo que refleja el compromiso institucional con la calidad, la seguridad y la mejora continua de los servicios prestados.</p>	0%	
Información y comunicación	Si	96%	<p>DEBILIDADES Se recomienda establecer acciones orientadas a garantizar la planificación y ejecución de una ruta estratégica de relacionamiento interno, así como asegurar la ejecución oportuna de las acciones de mejora derivadas de las auditorías internas y externas, como así también, como servicios, correos electrónicos, páginas web, internet, pantallas informativas, redes sociales y comunicaciones digitales. Almerá, desarrolla estrategias de relacionamiento, de reforzamiento y de promoción institucional que fortalecen su interacción con los grupos de interés. Además, se dispone de herramientas tecnológicas que apoyan la gestión y comunicación institucional, tales como: Dirección General, Apoyo y Trabajo.</p> <p>DEBILIDADES Se recomienda establecer acciones orientadas a garantizar la planificación y ejecución de una ruta estratégica de relacionamiento interno, así como asegurar la ejecución oportuna de las acciones de mejora derivadas de las auditorías internas y externas, con el fin de disponer de información de manera oportuna, segura y evidencias de cumplimiento.</p>	<p>DEBILIDADES * La entidad dispone de sistemas de información que permiten capturar, procesar y transformar datos en información útil, facilitando su desarrollo. Entre estos sistemas se encuentran Dirección General, Apoyo y Trabajo, Asistencia, sistemas de comunicación interna y externa, como el Sistema de Gestión Integral – Almerá, la página web institucional y la internet.</p> <p>* En cuanto a la estrategia de comunicación, la de mayor aceptación son: Surcoito Informa, boletín Sintonizate con la Subred Sur Occidente, La Subred en el Minuto, Encuentros de Aprendizaje Continuo y las notas difundidas en medios de comunicación, así como la radio de la Mujer y la Infancia Integral (MII), Almerá, Unidades de Servicios de Salud de Fortín, Kennedy y Pablo Borda con certificación en Bases Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales.</p>	-4%	
Monitoreo	Si	89%	<p>DEBILIDADES La Subred Sur Occidente recomienda brindar la oportunidad en la ejecución y el registro de los indicadores en el aplicativo Almerá, así como asegurar la ejecución oportuna de las acciones de mejora derivadas de auditorías internas y externas, con el fin de disponer de información de manera oportuna, segura y evidencias de cumplimiento.</p> <p>DEBILIDADES Se recomienda establecer acciones orientadas a garantizar la ejecución y el registro de los indicadores en el aplicativo Almerá, así como asegurar la ejecución oportuna de las acciones de mejora derivadas de las auditorías internas, asegurando además la ejecución puntual de las acciones establecidas tanto para auditorías internas como externas.</p>	<p>DEBILIDADES * La entidad debe registrar la continuidad en el registro de los indicadores establecidos en el cuadro de mando del aplicativo Almerá, con el fin de contar con información oportuna y confiable para la toma de decisiones y el cumplimiento de las metas institucionales.</p> <p>* Se requiere expedir evidencia de los reportes sobre deficiencias del control interno identificadas a través del monitoreo continuo y presentar dicha información en instancias clave como el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, el Comité de Gestión y Desarrollo y la Junta Directiva.</p> <p>* Se exhorta a la entidad a programar y convocar de manera oportuna las sesiones de estos comités, recomendándose como espacios estratégicos para la articulación institucional, la gestión efectiva de la información y la toma adecuada de decisiones.</p> <p>* Se recomienda a la entidad asegurar la ejecución oportuna de las acciones de mejora derivadas de auditorías internas y de las otras externas de control.</p>	0%	