N° INFORME: OCI-SISSSO-IL-2022-18

DENOMINACIÓN DEL TRABAJO: Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno

DESTINATARIOS[1]

Integrantes Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno:

- Martha Yolanda Ruiz Valdés, Gerente
- Sandra Milena Rozo Mateus, Subgerente Prestación de Servicios de Salud
- Liliana Marcela Rodríguez Moreno, Subgerente Corporativa
- Diana Milena Mendivelso Díaz, Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
- Claudia Patricia Rosero Caicedo, Jefe Oficina de Calidad
- Ana Catalina Castro Lozano, Jefe Oficina Asesora Jurídica
- Carmen Esther Acero García, Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
- Marcela Castellanos Cabrera, Jefe Oficina Participación Comunitaria y Servicio Ciudadano
- Hernando Miguel Mojica Mugno, Jefe Oficina de Sistemas de Información - TIC

EMITIDO POR: Claudia Patricia Quintero Cometa, Jefe Oficina de Control Interno

EQUIPO AUDITOR: Soraya Paredes Muñoz, Profesional Especializada G29

Lida Inés Aponte Espitia, Profesional Especializada - OPS

I. OBJETIVO(S)

Con base en los criterios determinados por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP en la herramienta "Evaluación Independiente Sistema de Control Interno", la realización de este trabajo pretendió:

[1] En virtud de lo establecido en el Decreto 1083 de 2015 **Artículo 2.2.21.4.7**, Parágrafo 1° (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, (…)"*

- Determinar si las actividades de control asociadas a los componentes del Modelo Estándar de Control Interno - MECI, se encuentran "Presentes" (existen en diseño e implementación) y "Funcionando" (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).

- Identificar las fortalezas y oportunidades de mejoramiento en la ejecución de las actividades de control evaluadas en cada uno de los componentes del 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 producto de los resultados de la Evaluación Independiente del primer semestre de 2021, para cada uno de los componentes del MECI.

II. ALCANCE

La evaluación 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 - DAFP, contenidos en el formulario "Evaluación Independiente Sistema de Control Interno", en cumplimiento del artículo 14 de la Ley 87 de 1993 (modificado por el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019).

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 2022.

Período Evaluado: 1 de enero al 30 de junio de 2022.

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 84 de la Ley 87 de 1993).

IV. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

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 el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) "*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 del área de Planeación Estratégica 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 DAFP, 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 el DAFP en el instructivo del formato antes mencionado, así:

ESCALA	CRITERIO	
	PRESENTE	FUNCIONANDO
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 **97%**, 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	**94%**
EVALUACIÓN DE RIESGOS	Si	**97%**
ACTIVIDADES DE CONTROL	Si	**100%**
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Si	**96%**
ACTIVIDADES DE MONITOREO	Si	**100%**

Es importante mencionar que, la herramienta de evaluación dispuesta por el DAFP, 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 segundo de la Resolución 0270 del 24 de abril de 2018 y artículo 6° numeral 1 de la resolución 0391 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." la cual empezó a regir a partir del 14 de junio de 2022.

V. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación independiente de los componentes del Sistema de Control Interno adoptado en la Subred Sur Occidente, se concluye:

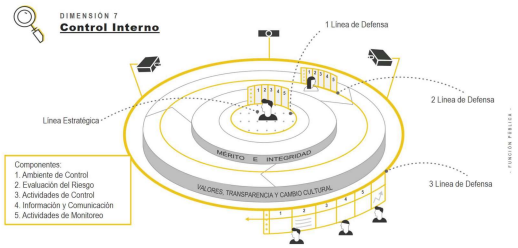
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	**Si**	Todos los componentes del Modelo Estándar de Control Interno se encuentran operando de manera integrada, lo cual se evidencia con los resultados obtenidos a través del análisis y diligenciamiento de la matriz para la evaluación independiente del Sistema de Control Interno. Adicionalmente, este resultado se encuentra en concordancia con los resultados del índice de desempeño institucional FURAG 2021.
¿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, es efectivo al mantener de forma satisfactoria el cumplimiento de los objetivos, lineamientos y alineación con las Políticas Institucionales, de acuerdo con los resultados de la evaluación independiente a los componentes del Modelo Estándar de Control Interno.
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 cuenta con una estructura documentada e implementada, a través de la operación de la gestión por procesos, en los cuales se registran los controles y responsables del Sistema de Control Interno. Adicionalmente, se encuentran documentados los niveles para la toma de decisiones a través de las líneas de defensa, estructura organizacional, mapa de aseguramiento, manuales de funciones, cuadros de mando y planes de mejora, ubicables en el aplicativo institucional del Sistema de Gestión Integral - Almera, facilitando la toma de decisiones frente al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, evidenciados en la mejora alcanzada en los componentes del MECI, con respecto a la evaluación del semestre anterior.

Bogotá D.C., 28 de julio de 2022

CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: *Soraya Paredes Muñoz, Profesional Especializada G29*
Lida Inés Aponte Espitia, Profesional Especializada - OPS
Revisó: *Claudia Patricia Quintero Cometa, Jefe Oficina de Control Interno*

Nombre de la Entidad:	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**
Periodo Evaluado:	**PRIMER SEMESTRE DE 2022** **Jefe Oficina de Control Interno: Claudia Patricia Quintero Cometa**



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	**97%**

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	Todos los componentes del Modelo Estándar de Control Interno se encuentran operando de manera integrada, lo cual se evidencia con los resultados obtenidos a través del análisis y diligenciamiento de la matriz para la evaluación independiente del Sistema de Control Interno. Adicionalmente, este resultado se encuentra en concordancia con los resultados del índice de desempeño institucional FURAG 2021.
¿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, es efectivo al mantener de forma satisfactoria el cumplimiento de los objetivos, lineamientos y alineación con las Políticas institucionales, de acuerdo con los resultados de la evaluación independiente a los componentes del Modelo Estándar de Control Interno.
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 cuenta con una estructura documentada e implementada, a través de la operación de la gestión por procesos, en los cuales se registran los controles y responsables del Sistema de Control Interno. Adicionalmente, se encuentran documentados los niveles para la toma de decisiones a través de las líneas de defensa, estructura organizacional, mapa de aseguramiento, manuales de funciones, cuadros de mando y planes de mejora, ubicables en el aplicativo institucional del Sistema de Gestión Integral - Almera, facilitando la toma de decisiones frente al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, evidenciados en la mejora alcanzada en los componentes del MECI, con respecto a la evaluación del semestre anterior.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion 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	94%	**FORTALEZAS:** En el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno - CICSCI, se aprobó la propuesta para la modificación y actualización del Estatuto de Auditoría, la Carta de Representación, Código de Ética del Auditor Interno y Resolución del CICSCI, en la cual se aumentó la periodicidad de reuniones a cuatro (4) veces al año e incluyeron los Jefes de las Oficinas de Comunicaciones, Sistemas de Información - TIC y de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, para contar en el Comité con todos los Líderes y cabezas de procesos. Se separaron la política de Gestión de Riesgos y Control Interno. **DEBILIDADES:** 1.2. Se sugiere para el segundo semestre, ampliar las evidencias de socialización de los mecanismos para el manejo de conflictos de interés en el marco del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno: declaraciones de conflictos de interés e información recibida desde la línea de denuncia o bien desde otras fuentes. 3.1. No se evidenció la evaluación de la Política de Gestión del Riesgo de la vigencia 2021 en el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno. 4.1. La Oficina de Control Interno (como tercera línea de defensa) no ha realizado evaluación general al cumplimiento de la Planeación Estratégica del Talento Humano de la Entidad.	96%	**DEBILIDADES:** 3.1. Pendiente evaluación de la política de gestión del riesgo y control interno realizada por la alta dirección y junta directiva, en la periodicidad establecida, de acuerdo con la política de gestión del riesgo y control interno institucional. Se sugiere separar la política de gestión del riesgo de la de Control Interno. Ajustar cuadro de mando de evaluación de políticas institucionales, incluyendo todos los indicadores establecidos en los documentos de las políticas publicadas en Almera. 5.3. El control opera con algunas falencias, teniendo en cuenta que presentan algunos indicadores del Plan de Desarrollo Institucional - PDI y Plan de Acción Anual -PAA por debajo de la meta esperada. Se requiere mejorar la oportunidad en la entrega de información definitiva. Se recomienda que todas las fuentes de información para el reporte del cumplimiento de los indicadores del PDI y PAA estén publicadas en el link de información oficial de la entidad. **FORTALEZAS:** Aprobación de nuevo plan de desarrollo institucional. Objetivos estratégicos alineados con la nueva plataforma estratégica. La entidad ha continuado con las estrategias para fortalecer el ambiente de control.	-2%
Evaluación de riesgos	Si	97%	**FORTALEZAS:** Actualización de la Guía Administración del Riesgo y los formatos Matriz Institucional de Riesgos y Matriz Institucional de riesgos de corrupción. **DEBILIDADES:** 8.4. Se requiere fortalecer la identificación, diseño y efectividad de los controles y documentar la metodología para afectación de la matriz de riesgos en caso de materialización. Mejorar la definición y medición de los indicadores de eficacia y efectividad de los riesgos por proceso.	82%	**DEBILIDADES:** 6.2. Algunos indicadores de PDI y PAA presentan debilidades en la definición, metas establecidas y fuentes para su medición. Se recomienda que todas las fuentes relacionadas con información oficial de la entidad, estén publicados en el link designado para tal fin en la intranet. 7.3. La entidad presenta debilidades en la capacidad para detectar la materialización de los riesgos a partir de un ejercicio metódico y define una meta para el indicador de efectividad de materialización del 90%. No se evidencia ampliación en los posibles riesgos de corrupción. 7.4. La guía de administración del riesgo versión 5 no contempla claramente el curso de acción en el mapa de riesgos frente a la materialización de los mismos. 7.5. No se evidencia cumplimiento en el seguimiento a los riesgos altos y extremos según la periodicidad establecida en la política institucional de gestión del riesgo y control interno. La entidad no reportó materialización de riesgos. 8.3. Mejorar evidencias del análisis de división de funciones para evitar acciones fraudulentas. 8.4. Control Interno entrega informes de falencias en el diseño y ejecución de controles en el informe de riesgos institucional y en la auditoría a riesgos de corrupción. Pendiente plan de mejoramiento. **FORTALEZAS:** Aplicativo Almera.	15%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion 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
Actividades de control	Si	100%	**FORTALEZAS:** El Sistema de Gestión Integral Almera permite monitorear y controlar de forma periódica los objetivos, acciones y metas establecidas por la entidad. Articulación del Sistema de Control Interno con el Sistema Único de Acreditación en Salud. **DEBILIDADES:** Se requiere fortalecer la capacitación a los colaborares en la prevención de actividades fraudulentas e implementar el formato verificación de actividades fraudulentas.	96%	**DEBILIDADES:** 12.5 Debilidades en el diseño y evaluación de los controles. **FORTALEZAS:** Importancia de la alta dirección al fortalecimiento del control interno para la adecuada toma de decisiones.	4%
Información y comunicación	Si	96%	**FORTALEZAS:** Se remiten los informes de la Oficina de Control Interno a los miembros del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, Junta Directiva y Gerencia para su conocimiento y toma de decisiones. **DEBILIDADES:** 15.4. La Oficina de Control Interno recomienda a la entidad fortalecer el seguimiento a la trazabilidad de las respuestas a solicitudes de entes externos y su registro completo en el aplicativo ORFEO.	93%	**DEBILIDADES:** 13.2. El inventario de información relevante publicado se encuentra desactualizado. 13.4. Se requiere mejorar controles sobre la integridad, disponibilidad y coherencia de la información presentada por diferentes medios, tanto al interior de la institución como para entes externos de control. Diferencias entre las fuentes de información para soportar indicadores. **FORTALEZAS:** Se continúa con tecnologías adecuadas para la gestión de la información y comunicación tanto interna como externa (Dinámica, Almera, SURESOC; estrategias de comunicación)	3%
Monitoreo	Si	100%	**FORTALEZAS:** La Gerente cada vez que recibe un informe responde por correo acuse recibido del mismo, e insta al cuerpo directivo a tomar medidas sobre las observaciones. Compromiso de la alta dirección al fortalecimiento del control interno para la adecuada toma de decisiones.	96%	**DEBILIDADES:** 17.7. Se requiere fortalecer los seguimientos de segunda línea en los planes de mejoramiento. **FORTALEZAS:** Compromiso de la alta dirección al fortalecimiento del control interno para la adecuada toma de decisiones.	4%