



Código: ES – PL-FO-026
Versión: 2
Fecha de elaboración: 05/11/2020
Fecha de revisión: 27/04/2021
Página: 1 de 1

**INFORME DE GESTIÓN PORMENORIZADO DE LA
OFICINA DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA DICIEMBRE 2023**

**PRESENTADO A: GERENTE
JOSÉ ANTONIO CORREA LÓPEZ
RED SALUD ARMENIA E.S.E**

**LINA MARCELA SIERRA CORREA
Jefe Oficina Control Interno**

FECHA PRESENTACIÓN: ENERO 9 2024

VIGILADO Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios
Línea Gratuita Nacional 018000513700

INTRODUCCIÓN

En el presente informe se describe las actividades de la oficina de Control Interno, enmarcadas dentro del Plan Operativo Anual, Plan de auditorías, actividades que se fundamentaron en términos generales en el cumplimiento de unos objetivos propuestos, líneas de acción, estrategias esenciales de la ESE, con el fin de mejorar continuamente en la prestación de los servicios de Salud.

En cumplimiento de sus roles, tiene como objetivo agregar valor a la gestión de la entidad, brindando un aseguramiento razonable de las operaciones y proporcionando a la Alta Dirección y en general al Equipo Directivo, información real y suficiente, sobre el estado en que se encuentra la organización en un periodo de tiempo determinado, de tal forma, que permita a la Alta Dirección reorientar oportunamente las estrategias y acciones hacia el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales propuestas.

La Auditoría Interna se constituye en una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno, que analiza las fortalezas y debilidades de la Entidad, así como el avance de las metas y objetivos trazados para medir los resultados de las actividades de cada Área.

El Objetivo es formular RECOMENDACIONES de ajuste o mejoramiento de los procesos a partir de evidencias, soportes y servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones a fin de obtener los resultados esperados.

Conforme con lo anterior, se elabora el informe de actividades del periodo comprendido entre el 2 de enero 2023 al 31 de diciembre de 2023, dando cobertura a las obligaciones legales establecidas en el Decreto 648 de 2017, en este orden, se detallan las actividades adelantadas en el marco del desarrollo de los roles señalados en el mencionado Decreto; Así mismo, y a partir del ejercicio de la Tercera Línea de Defensa, se plasman los principales aspectos a intervenir por la Alta Dirección, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y los Gerentes Públicos, en los temas relacionados con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Conforme con lo anterior, se presenta el informe consolidado a partir de tres enfoques:

1. Consolidado de las Actividades desarrolladas por la Oficina de Control Interno durante la vigencia con corte al 31 de diciembre 2023, según los roles

- establecidos en el Decreto 648 de 2017 y la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces.
2. Recomendaciones frente a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG a partir del diligenciamiento de los autodiagnósticos y la formulación de los Planes de Acción; en cumplimiento de las Directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, para lo cual se realizaron los seguimientos.
 3. Informe pormenorizado del sistema de control interno vigencia 2023, en el cual se da cuenta de los avances obtenidos por la entidad en la Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y de las actividades desarrolladas para el sostenimiento y mejoramiento del Sistema de Control Interno en cada uno de sus componentes.

MARCO CONCEPTUAL

La unidad de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces está definida en la Ley 87 de 1993, como: (...) uno de los componentes del sistema de control interno, del nivel directivo, encargada de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Alta Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos. (Art. 9) En ese sentido, dicha unidad se constituye como el “control de controles” por excelencia. Mediante su labor evaluadora determina la efectividad del sistema de control de la entidad con el objetivo de contribuir a la Alta Dirección en la toma de decisiones que orienten el accionar administrativo hacia la consecución de los fines estatales.

El diseño, implementación y mantenimiento del sistema de control interno y la ejecución de los controles establecidos es una responsabilidad del representante legal y de los líderes de los diferentes procesos de la entidad.

En este orden de ideas, las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna, o quien haga sus veces, son las encargadas de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles. Para ello, asesoran a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Dando cumplimiento al artículo 269 de la constitución Nacional que reitera la Obligación de contar con un sistema de control interno, Ley 87 de 1993, y sus

decretos reglamentarios 2145 de 1999 y 1537 de 2001, el Decreto Ley 1599 de 2005, Ley 1474 de 2011, estatuto anticorrupción y demás normas legales concordantes, La oficina de Control Interno rinde el Informe de Gestión desde el día 2 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre 2023.

El informe sobre Control Interno se constituye en un elemento básico que permite determinar si los marcos legales y jurídicos se cumplen; si los ordenamientos corporativos se tienen en cuenta; si los procedimientos aplicados corresponden a los propuestos por la alta dirección y si los lineamientos establecidos de control interno corresponden a la dinámica y desarrollo de la empresa.


MARCO TEÓRICO DE LOS COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO - INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO primer y segundo semestre 2023.

Se adelantó el seguimiento a cada uno de los componentes de MIPG, de conformidad con lo estipulado en el decreto 2106 de 2019.

- **Ambiente de control:** Asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno.
- **Evaluación de riesgos:** Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización.
- **Actividades de control:** Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.
- **Información y comunicación:** Verificar que la información y la comunicación sean efectivas para la adecuada operación en la entidad.
- **Seguimiento y monitoreo** Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.

CONCLUSION GENERAL SOBRE LA EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Periodo: 1 de julio 2023 al 31 de diciembre 2023

Nombre de la Entidad:	RED SALUD ARMENIA ESE		
Periodo Evaluado:	1 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE 2023		
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad	100%
Conclusiones generales sobre la evaluación del Sistema de Control Interno:			
¿Señalan todos los componentes, separando justos y de manera integral? (Si o no proceso) (No) (Justifique su respuesta):	SI	Se evidenció que el sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE cuenta con bondades en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, cuenta con el proceso de mejoramiento continuo y el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos y la calidad en la información y en el servicio.	
¿Se abordan el sistema de control interno por sus objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	SI	Se evidenció que el sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE ha propiciado espacios adecuados que permiten definir, hacer seguimiento, corregir y alcanzar las metas propias de su misionalidad. Se realiza un trabajo preventivo y de acompañamiento desde las auditorías internas y el	
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (línea de defensa) que le permite la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	SI	Se evidenció que el sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE cuenta con bondades en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, cuenta con el proceso de mejoramiento continuo y el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos y la calidad en la información y en el servicio.	
Componente	¿Se está cumpliendo los requerimientos?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente
AMBIENTE DE CONTROL	SI	100%	El sistema cuenta con políticas, directivas y con el Sistema de Control Interno, sustentado en el marco normativo del Código de Ética, Manual de Funciones, competencias, reglamento y plan de trabajo institucional, que permiten definir y hacer seguimiento, corregir y alcanzar las metas propias de su misionalidad. Se realiza un trabajo preventivo y de acompañamiento desde las auditorías internas y el
EVALUACION DEL RIESGO	SI	100%	Se evidenció que el sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE cuenta con bondades en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, cuenta con el proceso de mejoramiento continuo y el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos y la calidad en la información y en el servicio.
ACTIVIDADES DEL CONTROL	SI	100%	Se evidenció que el sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE ha propiciado espacios adecuados que permiten definir, hacer seguimiento, corregir y alcanzar las metas propias de su misionalidad. Se realiza un trabajo preventivo y de acompañamiento desde las auditorías internas y el
INFORMACION Y COMUNICACION	SI	100%	Se evidenció que el sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE cuenta con bondades en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, cuenta con el proceso de mejoramiento continuo y el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos y la calidad en la información y en el servicio.
ACTIVIDADES DE MONITOREO	SI	100%	Se evidenció que el sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE cuenta con bondades en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, cuenta con el proceso de mejoramiento continuo y el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos y la calidad en la información y en el servicio.

CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:

- ✓ Se evidenció que Red Salud Armenia ESE cuenta con bondades en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, cuenta con el proceso de mejoramiento continuo y el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos y la calidad en la información y en el servicio.
- ✓ Se evidenció que el sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE ha propiciado espacios adecuados que permiten definir, hacer seguimiento, corregir y alcanzar las metas propias de su misionalidad. Se realiza un trabajo preventivo y de acompañamiento desde las auditorías internas y el

seguimiento a los planes de mejoramiento, permitiendo que desde cada uno de los procesos se logre mejorar los puntos débiles encontrados en las auditorías internas.

- ✓ La entidad cuenta con las respectivas líneas de defensa definidas y la OCI cuenta con el apoyo de personal competente para cumplir con las actividades programadas en el plan de auditorías.

COMPONENTES:

- ✓ **AMBIENTE DE CONTROL:** Cumplimiento 100% - La Entidad cuenta con políticas, directrices y con información documentada, así como herramientas de control como la adopción del código de integridad, manual de funciones, competencias, organigrama y plataforma estratégica institucional, que permiten tener claridad sobre los aspectos mínimos para la operación de la Entidad a través del modelo de gestión. Cuenta con herramientas contenidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que permiten guiar a los colaboradores de la Entidad al cumplimiento de metas y objetivos. Se evidencia que estas herramientas deben ser socializadas con todos los contratistas y funcionarios, además, de actualizadas cuando se requiera. En general, se recomienda fortalecer la documentación de información relacionada a la formalización del Modelo Estándar de Control Interno - MIPG, fortalecer los mecanismos de relación con el ciudadano y los aspectos más relevantes tenerlos en cuenta en los procesos de inducción y reinducción de la entidad.
- ✓ **EVALUACION DEL RIESGO:** Cumplimiento 100% - La entidad presenta matrices de riesgo por procesos donde se identificaron riesgos y establecieron controles para su tratamiento, no obstante, se recomienda fortalecer las actividades de apropiación de la cultura de gestión del riesgo, la matriz de riesgos fue actualizada para la vigencia 2023 incluyendo riesgos operativos administrativos y misionales de la entidad, además, se cuenta con la política institucional de riesgos la cual ha sido publicada en la página web y socializada, teniendo en cuenta lo establecido en la versión 5 de la guía expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- ✓ **ACTIVIDADES DE CONTROL:** Cumplimiento 100% - La entidad cuenta con procedimientos documentados, manuales y guías, además, de planes estratégicos e institucionales que propenden por el desarrollo de las estrategias, directrices y normatividad aplicable para el cumplimiento de sus metas y objetivos. Se recomienda el fortalecimiento de la aplicación de controles a los diferentes eventos de riesgo identificados, así como el diseño de acciones de mejora a partir de los resultados de actividades de evaluación y seguimiento.

- ✓ **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:** Cumplimiento 100% - Se encuentran canales de comunicación con grupos de interés internos y externos, igualmente se cuenta con un plan de comunicaciones vigente, se realizan publicaciones de información de manera constante en la página web de la entidad y en boletines institucionales que se socializan por los diferentes medios de comunicación establecidos por la entidad.
- ✓ **ACTIVIDADES DE MONITOREO:** Cumplimiento – 100% - Se evidenció que la Entidad cuenta con un Programa Anual de Auditoría basada en riesgos, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, además, ejecuta actividades de auditoría interna y seguimientos a través de la oficina de control interno. se evidenció que se suscriben planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas, a los cuales se les realiza seguimiento a su avance y cumplimiento. Se recomienda fortalecer la cultura de autocontrol y del mejoramiento continuo, promoviendo la documentación de acciones de mejora por autogestión, formulación de indicadores de gestión por procesos o áreas e identificación de puntos críticos en los procesos.

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE - FURAG

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de la Ley 87 de 1993, en especial el artículo 12 Literal G, adelantó el reporte en el Formulario 117:MECI -EVALUACIÓN INDEPENDIENTE obteniéndose certificación del diligenciamiento de la información a través del aplicativo FURAG, sobre el funcionamiento del Modelo Estándar de Control Interno en la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada. Certificado que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG del 19/07/2023.



Cada una de las dimensiones se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, que implementadas de manera articulada e intercomunicada permiten que el MIPG funcione.

RESULTADOS INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL - NOVIEMBRE 2023 VERSION 2:

Cada una de las dimensiones se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, que implementadas de manera articulada e intercomunicada permiten que el MIPG funcione.

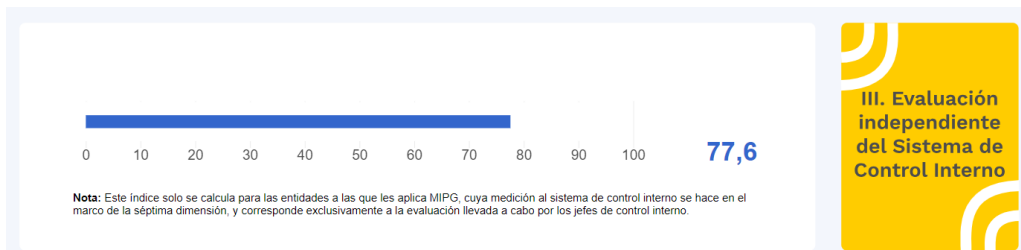
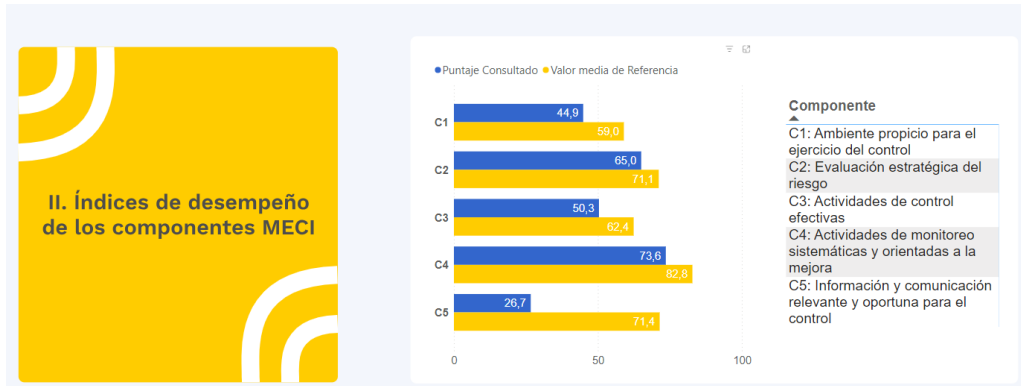


Índice desagregado	Puntaje consultado	Promedio grupo par
CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	50,3	62,4
CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	73,6	82,8
CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	44,9	59,0
CONTROL INTERNO: Asignación de responsabilidades para el ejercicio del control interno	74,2	82,5
CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	65,0	71,1
CONTROL INTERNO: Evaluación independiente al sistema de control interno	77,6	76,6
CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	26,7	71,4

No. Índice	POLÍTICA 19 Control Interno	Puntaje
I62	Ambiente propicio para el ejercicio del control	44,9
I63	Evaluación estratégica del riesgo	65,0
I64	Actividades de control efectivas	50,3
I65	Información y comunicación relevante y oportuna para el control	26,7
I66	Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	73,6
I67	Evaluación independiente al sistema de control interno	77,6
I68	Asignación de responsabilidades para el ejercicio del control interno	74,2

RESULTADOS MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI – VIGENCIA 2022 – NOVIEMBRE 2023 VERSIÓN 2:





RESPONSABILIDADES DE LAS OCI

Las unidades de control interno son responsables de la gestión adecuada del ejercicio de evaluación independiente, de manera que:

- ✓ El trabajo de auditoría cumpla con los propósitos y las responsabilidades generales descritas en el Estatuto de Auditoría, aprobados por el comité institucional de coordinación de control interno.
- ✓ Los recursos con los que se cuenta se utilicen de forma eficaz y eficiente.
- ✓ El trabajo de auditoría cumpla con las normas internacionales para el ejercicio profesional de auditoría interna.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DURANTE LA VIGENCIA, A PARTIR DE LOS ROLES ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 648 DE 2017.

a) ROL DE LIDERAZGO ESTRATÉGICO:

- Desde la Oficina de Control Interno se brindó asesoría a la Gerencia y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en la gestión y seguimiento de los riesgos de la entidad, participando en mesas de trabajo articuladas entre las áreas de planeación, mejora continuo, la oficina de control interno y los líderes de los procesos – mapa de riesgos vigencia 2023 y levantamiento del mapa de riesgos vigencia 2024.
- Así mismo, se dio asesoría y acompañamiento al personal de los diferentes procesos de la Entidad que lo solicitaron de forma personal y mediante mesas de trabajo brindando siempre apoyo por parte de la OCI.

b) ROL DE ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN:

Se brindaron asesorías, e informes con recomendaciones y observaciones, con el propósito de soportar la toma de decisiones oportunas y frente al que hacer en los diferentes procesos, áreas o servicios de la E.S.E.

✓ **Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano:**

Atendiendo lo estipulado en la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011 del estatuto anticorrupción que contempla el mapa de riesgos de corrupción, y el Decreto 1081 de 2015, se realiza seguimiento de manera permanente al mapa de riesgos de corrupción, como monitoreo al cumplimiento de las actividades consignadas en dicho mapa, en aras de prevenir la materialización de los riesgos detectados, en los cuales los resultados de las metas fueron cumplidos en su totalidad.

Componente No. 01: Gestión del Riesgo de Corrupción Mapas de Riesgo.

Componente No. 02: Racionalización de Trámites.

Componente No. 03: Rendición de Cuentas.

Componente No. 04: Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano.

Componente No. 05: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.

SEGUIMIENTOS:

Fecha seguimiento: 30-04-2023 – Medir la percepción de la satisfacción de los usuarios en los diferentes servicios, a través de la aplicación de encuestas de satisfacción. 98%. las demás Actividades programadas CUMPLIMIENTO 100%

Fecha seguimiento: 31-08-2023 – CUMPLIMIENTO 100%

Fecha seguimiento: 31-12-2023 – CUMPLIMIENTO 100%

Se encuentra publicado en la página web de la entidad.
<https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/index.php?module=131>

Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción:

SEGUIMIENTOS:

Periodo informado I cuatrimestre (01/01/2023 al 30/04/2023): Se identificaron 37 riesgos en 16 procesos de la entidad. PROCESO Gestión Financiera ÀREA ASOCIADA: Costos Riesgos: Costos irreales de los servicios Medición: 0%. Se realizo la respectiva justificación. Y un total de cumplimiento del 95%

Periodo informado II cuatrimestre (01/05/2023 al 31/08/2023) – seguimiento a 37 riesgos de la entidad con cumplimiento del 99%.

Periodo informado III cuatrimestre (01/09/2023 al 31/12/2023) seguimiento a 37 riesgos de la entidad con cumplimiento del 100%.

Mapa de riesgos seguridad de la información: cumplimiento del 100%.

Dado que para el primer y segundo cuatrimestre no hubo actividades programadas en la matriz de riesgos de sistemas, se realiza recomendación en cuanto a la programación de la ejecución de las actividades las cuales se deben proyectar durante los tres cuatrimestres de la vigencia, con el fin de prevenir un incumplimiento al dejar las actividades para ser ejecutadas en el último cuatrimestre de vigencia.

Se espera que esta recomendación sea acatada para el 2024.



Se encuentran publicados en la página web de la entidad.
<https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/index.php?module=131>

✓ **Seguimiento Políticas de Austeridad en el Gasto:**

En cumplimiento a las directrices sobre “Medidas de Austeridad del Gasto Público” establecidas en el Decreto 1068 de 2015 del Sector Hacienda y Crédito Público y Decreto 444 del 29 de marzo de 2023 “Por el cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto 2023 para los órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación”, las políticas de buen gobierno internas adoptadas por la Gerencia de Red Salud, mediante Resolución 305 de 2021; y de acuerdo a las obligaciones legales asignadas a las Oficinas de Control Interno, en especial lo señalado en la Ley 87 de 1993, Decreto Único Reglamentario 648 de 2017, Rol de evaluación y seguimiento de las medidas de austeridad, se realizaron cuatro informes de seguimiento y análisis a cada una de las erogaciones presupuestales objeto de control de austeridad, los cuales fueron socializados y presentados a la Alta dirección, consolidando resultados, observaciones y recomendaciones respecto de la necesidad en la toma de decisiones en la restricción del gasto, a la hora de asumir compromisos y obligaciones.

PERIODOS INFORMADOS:

Primer Trimestre vigencia 2023.

Segundo Trimestre vigencia 2023.
 Tercer Trimestre vigencia 2023.
 Cuarto trimestre vigencia 2023.

Estos informes se le reportan al Gerente y son publicados en la página web de la entidad. <https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/index.php?module=131>

✓ **Presentación Del Informe Software Legal Vigencia 2022 Y Derechos De Autor:**

EL 22-02-2023 se remitió ante la Dirección Nacional de Derechos de Autor, el informe de software legal, en cumplimiento de lo establecido Ley 1915 de 12 de julio de 2018 y en la Directiva Presidencial No 02 del 12 de febrero de 2002.

VIGILADO Supersalud
 Por la defensa de los derechos de los usuarios
 Línea Gratuita Nacional 0180000513700

CONFIRMACIÓN PRESENTACIÓN INFORME SOFTWARE LEGAL VIGENCIA 2022

Respetado(a) Usuario(a):
Jhoanny Andrés Montoya Granada
Red Salud Armenia E.S.E
Armenia (Quindío)

Le informamos que luego de verificar en nuestros archivos, se encontró que efectivamente el 22-02-2023 usted remitió ante la Dirección Nacional de Derecho de Autor, con éxito el informe de software legal, con los siguientes datos:

Orden	Municipal
Sector	Salud
Departamento	Quindío
Municipio	Armenia
Entidad	Red Salud Armenia E.S.E
NIT	801001440
Nombre funcionario	Jhoanny Andrés Montoya Granada
Dependencia	Sistemas
Cargo	Ingeniero de Sistemas
1. Con cuantos equipos cuenta la entidad	250
2. El software se encuentra debidamente licenciado?	Si
3. ¿Qué mecanismos de control se han implementado para evitar que los usuarios instalen programas o aplicativos que no cuenten con la licencia respectiva?	Política del dominio donde los usuarios no pueden instalar programas y reportes del antivirus que detectan software pirata
4. ¿Cuál es el destino final que se le da al software usado de baja en su entidad?	Se hace acta de baja y se desinstala de todos los equipos que lo contengan

Cualquier otra inquietud estaremos atentos a responderla a través del número telefónico (571) 7868220 ext. 1114, o al correo electrónico info@dnaderechodeautor.gov.co

Se ha enviado una copia al correo registrado: sistemas@redsaludarmenia.gov.co

www.derechodeautor.gov.co www.registrodnaderechodeautor.gov.co

dnaderechodeautor.gov.co Calle 28 N° 35A - 35 Piso 17

info@dnaderechodeautor.gov.co Teléfono (571) 7868220

dnaderechodeautor.gov.co Línea PQR, de 800 13310

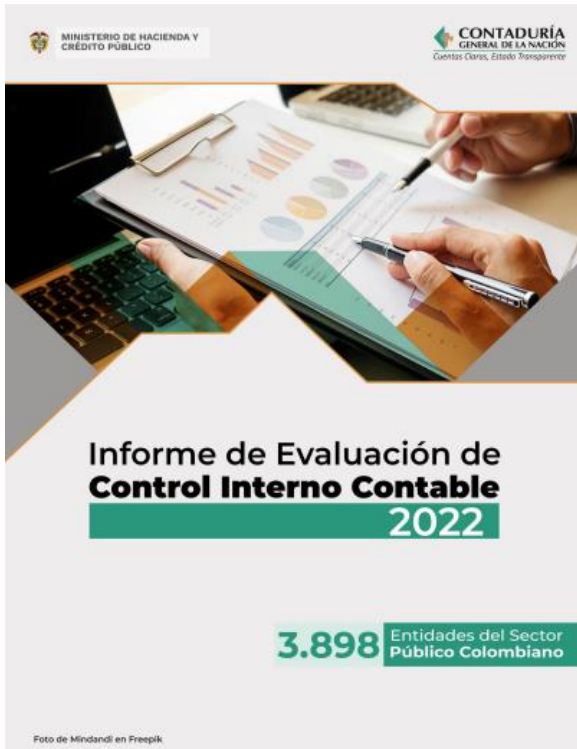
info@dnaderechodeautor.gov.co info@dnaderechodeautor.gov.co

✓ **Seguimiento Control Interno Contable Vigencia 2022**

INFORME CONTROL INTERNO CONTABLE

El 7 de julio de 2023 reportaron el INFORME DE EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE 2022, los resultados de la empresa Red Salud Armenia ESE, los pueden ver en el ítem 3.2 Resultados a partir de la página 52. Tabla 3-35 Calificaciones por entidad Eje cafetero y Antioquia QUINDÍO - EMPRESAS NO COTIZANTES (página 169) 3.2.2.4.4 Eje Cafetero y Antioquia En esta región se agrupan los resultados de las entidades pertenecientes a los departamentos de

Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda: 2 223763001 E.S.E. Red salud Armenia 4,33 5,00 ▲ **Eficiente.**



QUINDÍO

EMPRESAS COTIZANTES				
N.º	Código	Entidad	2021	2022
EMPRESAS DE SERVICIOS PÚBLICOS				
1	39363000	E.S.P. Empresa de Energía del Quindío S.A.	4,90	4,98 ▲ Eficiente
EMPRESAS NO COTIZANTES				
N.º	Código	Entidad	2021	2022
EMPRESAS DE SERVICIOS PÚBLICOS				
1	230163212	E.S.P. de Córdoba ESACOR S.A.S	5,00	4,94 ▼ Eficiente
2	150163000	E.S.P. Empresas Públicas del Quindío S.A.	4,91	4,93 ▲ Eficiente

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN REPORTADA | 168

3	238763130	E.S.P. Empresas Públicas Municipales de Calarcá	4,64	4,73 ▲ Eficiente
EMPRESAS INDUSTRIALES Y COMERCIALES DEL ESTADO				
1	923272799	Empresa Departamental para la Salud LTDA	5,00	5,00 ● Eficiente
2	923272140	E.I.C.E. Amable	4,74	4,86 ▲ Eficiente
3	130163000	Lotería del Quindío E.I.C.E.	4,95	4,83 ▼ Eficiente
EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO				
1	923271276	E.S.E. Hospital San Vicente de Paul	5,00	5,00 ● Eficiente
2	223763001	E.S.E. Red salud Armenia	4,33	5,00 ▲ Eficiente

✓ Comité Institucional De Coordinación Control Interno Vigencia 2023

- I Comité de Control Interno Vigencia 2023: se llevó a cabo en Febrero 09 de 2023 en el cual se realizó la Presentación del Plan Anual de Auditoría Vigencia 2023., Auditorías de Gestión a Procesos / Procedimientos y Seguimientos e Informes de Ley, Asistencia a Comités (interinstitucionales e institucionales, Atención Entes Externos).
- II Comité de Control Interno Vigencia 2023: se llevó a cabo en junio 8 de 2023 se realizó la presentación de: Presentación del informe seguimiento auditorías y planes de mejora.
Presentación informe seguimiento al Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción - seguridad de la información.
Presentación Informe austeridad del gasto.
Seguimiento a indicadores Torresoft.
- III Comité de Control Interno Vigencia 2023 – Extraordinario: se llevó a cabo en agosto 10 de 2023 se realizó la presentación de: Presentación del informe a seguimiento de planes de mejora.
Reporte auditorías y seguimiento a procesos
Seguimiento a indicadores Torresoft.

- IV Comité de Control Interno Vigencia 2023: se llevó a cabo en septiembre 14 de 2023 se realizó la presentación de: Presentación del informe a seguimiento de planes de mejora.
Reporte plan anticorrupción y Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción.
Seguimiento a indicadores Torresoft.
- V Comité de Control Interno Vigencia 2023: se llevó a cabo en diciembre 5 de 2023 se realizó la presentación de: Presentación del informe a seguimiento de planes de mejora de auditorías internas y externas con la CMA.
AUDITORÍA FINANCIERA Y DE GESTIÓN - RED SALUD ARMENIA E.S.E
- VIGENCIA FISCAL 2022 – informe preliminar – noviembre 2023
Reporte Plan Anticorrupción y Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción.
Seguimiento a indicadores Torresoft.
Reporte Austeridad del Gasto.

En todos los comités en el ítem de proposiciones y varios se manifestó la dificultad por parte de algunas áreas en la entrega de la información, por lo cual se daba claridad en la entrega de la información para realizar las auditorías e informes, la cual debe tener las siguientes características:

- Oportunidad: entregar la información en los tiempos establecidos.
- Integridad: dar respuesta a todos y cada uno de los requerimientos con la evidencia suficiente.
- Pertinencia: Que la información suministrada esté acorde con el tema solicitado o con el requerimiento específico.

De igual forma es importante mencionar el artículo 151 del Decreto 403 del 2020, el cual reza: "ARTÍCULO 151. Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma. ***El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente.***

PLAN ANUAL DE AUDITORÍA VIGENCIA 2023

Durante la vigencia 2023 se programaron las siguientes actividades:

- Auditorias:

GESTION JURIDICA: contratación.

GESTION JURIDICA - GESTION FINANCIERA: SIA Observa y SECOP I – II.

GESTION JURIDICA: seguimiento a las funciones del comité de conciliación, Acciones de repetición y Llamamientos en garantía.

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA: SARLAFT Y SICOF

Evaluación Semestral por parte de Control Interno de acuerdo a la CIRCULAR EXTERNA 202117000000055 y circular 009 de 2016 de la Supersalud.

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA: COMITÉS INSTITUCIONALES

- Seguimientos:

Gestión Financiera: presupuesto 2023.

Gestión Financiera: Estampillas vigencia 2022 -2023.

GESTION DE LAS TIC – Sistemas: matriz riesgos.

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2023 - Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción.

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA: seguimiento a Inventarios: Farmacia - almacén bodega.

GESTION FINANCIERA: seguimiento Arqueos de caja.

GESTION TALENTO HUMANO - SIGEP (bienes y renta).

- Seguimientos e Informes de Ley:

Informe Ejecutivo Anual Evaluación del Sistema de Control Interno de cada vigencia -FURAG Control Interno Vigencia 2022.

Informe Semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control interno (anterior informe pormenorizado).

Informe Semestral sobre la atención prestada por la entidad, por parte de las Oficinas SIAU – PQRSF.

Informe Austeridad en el Gasto.

Informe Control Interno Contable- CHIP.

Informe avance al plan de mejoramiento auditorías externas CMA.

Informe avance al plan de mejoramiento auditorías internas.

Informe de evaluación a la gestión institucional (Evaluación por dependencias).

Informe Derechos de Autor Software.

Seguimiento al fortalecimiento de la meritocracia en el Estado Colombiano - SIMO 4,0.

seguimiento guía fortalecimiento institucional - formalización laboral por un trabajo digno y en equidad - talento humano.

Seguimiento y Evaluación a la Implementación del MIPG.

Rendición Electrónica de la Cuenta 2023 (formatos habilitados e informes complementarios - plataforma SIA CONTRALORIA).

SIGA 2022 - Reporte de inmuebles y participaciones accionarias.

Formulario de percepción de vulnerabilidad frente al LAFT/FPADM.

MATRIZ ITA.

Consolidación de encuesta DANE tecnología e innovación.

Encuesta de satisfacción - vigilancia de carrera administrativa – CNSC.

Encuesta formulario reporte LEY DE CUOTAS.

Encuestas más jóvenes en el estado – TH.

Reporte contratos - CIRCULAR 100 007 2023 DAFP.

Solicitud de datos institucionales directivos DAFP.

- Asistencia a Comités (interinstitucionales e institucionales)

Comité institucional de Gestión y Desempeño (MIPG).

EPM de Planeación.

Comité de Mejoramiento.

Comité de Conciliación.

Comité de control interno Municipal.

Y a los demás que sea convocado como invitado.

- Atención Entes Externos

Auditoría Especial Contraloría Municipal de Armenia

Denuncias ciudadanas Contraloría Municipal de Armenia

- Se participó en actividades del Comité Departamental de Control Interno.
- Se ha participado en capacitaciones de la entidad y las que han sido convocadas por entes externos CMA – CNSC – Departamento.
- Se ha brindado acompañamiento en la construcción de planes de mejora de auditorías internas y los que se deben presentar a la CMA.

Nota: Las evidencias de los seguimientos a los planes de mejora se encuentran archivadas, en archivo digital en los equipos de la Oficina de Control Interno de Red Salud Armenia ESE y en las áreas responsables de las mismas.

La empresa Red Salud Armenia E.S.E suscribió plan de mejoramiento para cinco (5) hallazgos comunicados en el informe final del proceso auditor, auditoría financiera y de gestión ejecutada por el Ente de Control Municipal en el año 2023 que evaluó la vigencia fiscal 2022; a diciembre 31 de 2022 de las cinco (5) acciones suscritas pertenecientes a un tipo de modalidad de auditoría, las cinco (5) se encontraban CERRADAS y cero (0) ABIERTAS; por otro lado, se tiene que la Contraloría Municipal de Armenia comprobó el criterio de **CONFORMIDAD** de las cinco (5) acciones de mejoramiento finalizadas en el año 2022, **comprobando que tales acciones buscaron eliminar la raíz de los hallazgos comunicados por la Contraloría.**

RESULTADO EVALUACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	100,0	0,20	20,0
Efectividad de las acciones	100,0	0,80	80,0
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO		1,00	100,00
Concepto a emitir cumplimiento Plan de Mejoramiento			Cumple

RANGOS DE CALIFICACIÓN	Concepto
80 o más puntos	Cumple
Menos de 80 puntos	No Cumple

Fuente: PT 03 – PF Evaluación Plan de Mejoramiento 2022.
 Elaboró: Equipo Auditor.

PLANES DE MEJORA AUDITORIAS INTERNAS:

- INFORME DE AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO - INFORME DE AUDITORÍA INTERNA REGULAR DE GESTIÓN AL MACRO PROCESO DEL SARLAFT Y SICOF 2022: Teniendo en cuenta el informe de INFORME DE AUDITORÍA INTERNA REGULAR DE GESTIÓN AL MACRO PROCESO DEL SARLAFT Y SICOF, para el período fiscal que cubre VIGENCIA 2022, se realizó el respectivo seguimiento al avance del plan de mejoramiento el 3 de febrero 2023, en el cual se puede evidenciar el cumplimiento de la acción en los hallazgos.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA GUINDO MT. BISHARA 2		Unidad administrativa		Subgerencia de Planificación				
Entidad	Red Salud Armenia E.S.E.	Representante Legal:	José Antonio Correa Lopez	MT. BISHARA 2				
Período Fiscal que cubre vigencia	2021-2022	Tipo de Auditoría	Interna	Proceso:	Seguridad y Salud			
Fecha de suscripción	28/12/2022							
Numero consecutivo	Descripción hallazgo	Relación de Acciones Correctivas a desarrollar	Estado	Porcentaje de ejecución	Notas explicativas del avance	Fecha de Seguimiento	Revisión de la Meta	Resultado del hallazgo
1	En la entidad existe con una política y un manual de procesos y procedimientos del SARAAT actualizados, los cuales se encuentran pendientes de aprobación por parte de la Junta Directiva.	Revisar y actualizar nuevamente el manual de procesos y procedimientos de acuerdo a la Ley 103 del 21 de febrero del 2021 y el Decreto 1017 del 2015, lo que requiere aprobación.	Ejecutado	100%	Revisar y actualizar nuevamente el manual de procesos y procedimientos de acuerdo a la Ley 103 del 21 de febrero del 2021 y el Decreto 1017 del 2015, lo que requiere aprobación.	2-mar-23	100%	CUMPLIDO
2	La entidad no cuenta con un plan de capacitación que contenga un perfil y un requisito exigido en la entidad 100 por ciento.	Elaborar el Plan de Capacitación y su respectivo presupuesto de acuerdo a lo establecido en la CE 209 del 2016.	Ejecutado	100%	Elaborar el Plan de Capacitación y su respectivo presupuesto de acuerdo a lo establecido en la CE 209 del 2016.	2-mar-23	100%	CUMPLIDO
3	El SARAAT como proceso no se encuentra caracterizado dentro de la estructura de la E.S.E. Manual de procesos y procedimientos.	Documentar el proceso del SARAAT en el formato establecido por la Entidad, a través de un manual de procesos y procedimientos de Red Salud Armenia E.S.E.	Ejecutado	100%	Documentar el proceso del SARAAT en el formato establecido por la Entidad, a través de un manual de procesos y procedimientos de Red Salud Armenia E.S.E.	2-mar-23	100%	CUMPLIDO
4	Análisis y control de riesgos a los procesos propiamente dichos.	Con el personal de apoyo, se priorizará la actualización de los planes de riesgo cada año y se actualizarán cada seis meses.	Ejecutado	100%	Con el personal de apoyo, se priorizará la actualización de los planes de riesgo cada año y se actualizarán cada seis meses.	26-ene-22	100%	CUMPLIDO
5	En la base de datos de contratación no se incluye la totalidad de los proveedores de SPS como lo son las empresas afiliadas por el mismo. Siempre se incluye información sobre los datos de contacto relacionados con los datos estadísticos de SPS, como el número telefónico que puede contactar al cliente por parte de proveedores para tener y brindar atención al cliente y la facturación del servicio.	Actualizar constantemente la base de datos del SARAAT, de acuerdo al numeral 2.2.2.3.3 de la Circular 008 del 2016, así como actualizar el manual de procedimientos de SARAAT para poder de obtener y proporcionar para el cliente, la información de contacto de los proveedores.	Ejecutado	100%	Actualizar constantemente la base de datos del SARAAT, de acuerdo al numeral 2.2.2.3.3 de la Circular 008 del 2016, así como actualizar el manual de procedimientos de SARAAT para poder de obtener y proporcionar para el cliente, la información de contacto de los proveedores.	26-ene-22	100%	CUMPLIDO
6	El proceso de salud no cuenta con una identificación específica que permita la trazabilidad de la actividad administrativa del área SARAAT.	Implementar una herramienta tecnológica que permita la identificación automática de áreas que generan o demandan de salud y la facturación del servicio con personal médico, administrativo y técnico. Que permita la identificación automática de áreas que generan o demandan de salud en base a los servicios que presta, así como la trazabilidad de los procesos, mediante un sistema informático.	Ejecutado	100%	Implementar una herramienta tecnológica que permita la identificación automática de áreas que generan o demandan de salud y la facturación del servicio con personal médico, administrativo y técnico. Que permita la identificación automática de áreas que generan o demandan de salud en base a los servicios que presta, así como la trazabilidad de los procesos, mediante un sistema informático.	2-mar-23	100%	CUMPLIDO

UNA MARCELA BERRA CORREA

JEFE DE CONTROL INTERNO QUEM HALLA LOS HECHOS

Unidad Control Interno: Unidad Control de Auditoría Unidad Control de Auditoría

- INFORME DE AVANCE PLAN DE MEJORA DE LA AUDITORÍA INTERNA VIGENCIA 2022- PROCESO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - Fecha de suscripción: 28/12/2022. Del cual a la fecha DE 14 ACCIONES DE MEJORA PLANTEADAS EN EL 2022 SE HAN IMPLEMENTADO 12 con cumplimiento del 100%.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA GUINDO MT. BISHARA 2		Unidad administrativa		Subgerencia de Planificación				
Entidad	Red Salud Armenia E.S.E.	Representante Legal:	José Antonio Correa Lopez	MT. BISHARA 2				
Período Fiscal que cubre vigencia	2022	Tipo de Auditoría	Interna	Proceso:	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
Fecha de suscripción	28/12/2022							
Numero consecutivo	Descripción hallazgo	Relación de Acciones Correctivas a desarrollar	Estado	Porcentaje de ejecución	Notas explicativas del avance	Fecha de Seguimiento	Revisión de la Meta	Resultado del hallazgo
1	Aplicación de listas de chequeo según tipo del manual de Organización.	Revisar, en cuanto a los años de vida, registro de asistencia y lista de chequeo de las empresas afiliadas efectivas.	Ejecutado	100%	Se dio cumplimiento y se anexa evidencia.	6-mar-23	100%	Cumplido
2	Actualización de el Plan de emergencia hospitalaria.	Actualizar en la fecha estipulada según normativa vigente el plan de emergencia hospitalaria para el año 2023.	Ejecutado	100%	Se anexa el documento elaborado con fecha de junio 2023 al cual se anexa el proceso de mejora continua para tener y para su respectiva actualización.	21-ago-23	100%	Cumplido
3	Exámenes médicos ocupacionales.	Presentar cronograma de programación de los exámenes médicos ocupacionales de riesgo y períodos.	Ejecutado	100%	Presentar CRONOGRAMA DE APORTE DE CARGO JUDICIAL-GUINDO, con base de personal a quienes se realizarán exámenes periódicos, de acuerdo a la normativa vigente, según actualización de la Ley para el seguro de accidentes, enfermedades profesionales, Prevenir cronograma de trabajo de exámenes médicos ocupacionales de la vigencia 2022 y 2023.	6-mar-23	100%	Cumplido
4	Verificación Adquisición de productos.	Elaborar el procedimiento desde el SG - 027 de la verificación de adquisición de productos que los bienes y servicios.	En Avance	100%	Se anexa el documento elaborado con fecha de 7-jul-23 al cual se anexa el proceso de mejora continua para tener y para su respectiva actualización.	7-jul-23	100%	Cumplido
5	Evaluación de proveedores.	Elaborar un procedimiento para la evaluación de proveedores del SG-027 para los bienes y servicios. Documentar que se está actualizado, se priorizará, chequeo de tener el documento de adquisición de productos.	En Avance	100%	Se anexa el documento elaborado con fecha de 7-jul-23 al cual se anexa el proceso de mejora continua para tener y para su respectiva actualización.	7-jul-23	100%	Cumplido
6	Documento de evaluación Impacto SG-027	Elaborar el documento de evaluación de impacto del SG-027.	En Avance	100%	Se anexa el documento elaborado con fecha de 7-jul-23 al cual se anexa el proceso de mejora continua para tener y para su respectiva actualización.	7-jul-23	100%	Cumplido
7	Documento periodicidad de evaluaciones médicas.	Presentar cronograma de programación de los exámenes médicos ocupacionales de riesgo y períodos.	Ejecutado	100%	Se anexa el plan de trabajo "Cronograma exámenes médicos ocupacionales para el año 2023".	6-mar-23	100%	Cumplido
8	Documento de seguimiento evaluaciones médicas.	Control el documento de seguimiento de exámenes médicos laborales y sus respectivos evidencias.	Ejecutado	100%	Se anexa el documento elaborado con fecha de 6-mar-23 al cual se anexa el proceso de mejora continua para tener y para su respectiva actualización.	6-mar-23	100%	Cumplido
9	Indicadores	Presentar los indicadores de los hallazgos analizados y el respectivo seguimiento.	Ejecutado	100%	Se anexa los indicadores. Análisis de Actualización Proceso de Actualización de Indicadores. Se anexa el documento elaborado con fecha de 6-mar-23 al cual se anexa el proceso de mejora continua para tener y para su respectiva actualización.	6-mar-23	100%	Cumplido

VIGILADO Supersalud
 Por la defensa de los derechos de los usuarios
 Línea Gratuita Nacional 0180000513700



Evidencia 1: Entrega de los 15 documentos a Mejora Continua (26 de septiembre).

Evidencia 2: Revisión de Mejora Continua de los 15 documentos (9 de Octubre).

Evidencia 3: Entrega final de los 15 documentos a Mejora Continua (30 de Octubre).

La normalización de los documentos, en el área de planeación es un proceso interno de la E.S.E. En el plan de trabajo del líder de Investigación, estaba el revisar y entregar los documentos. Finalmente sustentó, el avance en el hallazgo 3, en la cita que se tuvo con INVIMA, quedando totalmente claro, los avances ante la entidad regulatoria y los siguientes pasos, adjunto:

Evidencia 4 : Reunión con INVIMA, que define ruta de proceso final que está siguiendo Red Salud Armenia, para la certificación en Buenas Prácticas Clínicas.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENA QUINDIO NIT: 909144848		Vigencia: ECH-EPY-011							
Nombre del documento		Evidencia de Planeación							
Entidad: RED SALUD ARMENA ESE		Indicador de Planeación							
Representante Legal: JOSE ANTONIO CORREA LOPEZ		Indicador de Planeación							
NIT: 909144848		Indicador de Planeación							
Periodo Fiscal que cubre: 2023		Indicador de Planeación							
Tipo de Auditoria: REVISIONES - INDICADORES SUBSUGERENCIA CIENTIFICA		Indicador de Planeación							
Proceso: SUBSUGERENCIA CIENTIFICA - BUENAS PRACTICAS DE INVESTIGACION DEL INVIMA		Indicador de Planeación							
Fecha de suscripción: 11/08/2023		Indicador de Planeación							
Numero	Descripción hallazgo	Relación de Acciones Correctivas a Ejecutar	Estado	Porcentaje de ejecución	Nota explicativa del avance	Fecha de Ejecución	Resultado de la Meta	Resultado del Indicador	Observaciones
1	Se le comunicó a la gerencia que debe el sistema de indicadores de buenas prácticas clínicas está actualizado.	Se realizó el plan de trabajo del área de investigación, ajustado por la Subgerencia de Investigación Científica, se actualizó como electrónico, presentando: Evidencia 1 Entrega del Plan de Trabajo de Mejora Continua y de seguimiento; Evidencia 2 Revisión de Mejora Continua de los 15 documentos de Clínicas; Evidencia 3 Entrega final de los 15 documentos a Mejora Continua; y de Clínicas; Evidencia 4 Plan de trabajo de Clínicas.	Ejecutado	100%	Se realizó el plan de trabajo del área de investigación, ajustado por la Subgerencia de Investigación Científica, se actualizó como electrónico, presentando: Evidencia 1 Entrega del Plan de Trabajo de Mejora Continua y de seguimiento; Evidencia 2 Revisión de Mejora Continua de los 15 documentos de Clínicas; Evidencia 3 Entrega final de los 15 documentos a Mejora Continua; y de Clínicas; Evidencia 4 Plan de trabajo de Clínicas.	8 ago 23	100%	100%	
2	Se le comunicó a la gerencia que debe el sistema de indicadores de buenas prácticas clínicas está actualizado.	Se realizó el plan de trabajo del área de investigación, ajustado por la Subgerencia de Investigación Científica, se actualizó como electrónico, presentando: Evidencia 1 Entrega del Plan de Trabajo de Mejora Continua y de seguimiento; Evidencia 2 Revisión de Mejora Continua de los 15 documentos de Clínicas; Evidencia 3 Entrega final de los 15 documentos a Mejora Continua; y de Clínicas; Evidencia 4 Plan de trabajo de Clínicas.	Ejecutado	100%	Se realizó el plan de trabajo del área de investigación, ajustado por la Subgerencia de Investigación Científica, se actualizó como electrónico, presentando: Evidencia 1 Entrega del Plan de Trabajo de Mejora Continua y de seguimiento; Evidencia 2 Revisión de Mejora Continua de los 15 documentos de Clínicas; Evidencia 3 Entrega final de los 15 documentos a Mejora Continua; y de Clínicas; Evidencia 4 Plan de trabajo de Clínicas.	8 ago 23	100%	100%	
3	Se le comunicó a la gerencia que debe el sistema de indicadores de buenas prácticas clínicas está actualizado.	Se realizó el plan de trabajo del área de investigación, ajustado por la Subgerencia de Investigación Científica, se actualizó como electrónico, presentando: Evidencia 1 Entrega del Plan de Trabajo de Mejora Continua y de seguimiento; Evidencia 2 Revisión de Mejora Continua de los 15 documentos de Clínicas; Evidencia 3 Entrega final de los 15 documentos a Mejora Continua; y de Clínicas; Evidencia 4 Plan de trabajo de Clínicas.	Ejecutado	100%	Se realizó el plan de trabajo del área de investigación, ajustado por la Subgerencia de Investigación Científica, se actualizó como electrónico, presentando: Evidencia 1 Entrega del Plan de Trabajo de Mejora Continua y de seguimiento; Evidencia 2 Revisión de Mejora Continua de los 15 documentos de Clínicas; Evidencia 3 Entrega final de los 15 documentos a Mejora Continua; y de Clínicas; Evidencia 4 Plan de trabajo de Clínicas.	30 sep 23	100%	100%	
4	Se le comunicó a la gerencia que debe el sistema de indicadores de buenas prácticas clínicas está actualizado.	Se realizó el plan de trabajo del área de investigación, ajustado por la Subgerencia de Investigación Científica, se actualizó como electrónico, presentando: Evidencia 1 Entrega del Plan de Trabajo de Mejora Continua y de seguimiento; Evidencia 2 Revisión de Mejora Continua de los 15 documentos de Clínicas; Evidencia 3 Entrega final de los 15 documentos a Mejora Continua; y de Clínicas; Evidencia 4 Plan de trabajo de Clínicas.	Ejecutado	100%	Se realizó el plan de trabajo del área de investigación, ajustado por la Subgerencia de Investigación Científica, se actualizó como electrónico, presentando: Evidencia 1 Entrega del Plan de Trabajo de Mejora Continua y de seguimiento; Evidencia 2 Revisión de Mejora Continua de los 15 documentos de Clínicas; Evidencia 3 Entrega final de los 15 documentos a Mejora Continua; y de Clínicas; Evidencia 4 Plan de trabajo de Clínicas.	30 sep 23	100%	100%	

- **Proceso DTH – farmacia:** Cumplimiento al 100% - seguimiento al 27 noviembre 2023.



Red Salud Armenia E.S.E.		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT: 801001440-8		Código: CT-C3-FO-010 Versión: 6 Fecha de elaboración: 22/05/2014 Fecha de revisión: 19/09/2023				
Nombre del documento:		Seguimiento a Planes de mejoramiento institucional		Unidad administrativa				
Entidad: RED SALUD ESE Representante Legal: JOSE ANTONIO CORREA L NIT: 801.001.440-8 Responsable: MONICA ALEJANDRA HOYOS NARANJO - FREDY WILSON BARRERA FRANCO Periodo fiscal que cubre: 2023 Tipo de Auditoria: SEGUIMIENTO A FARMACIA Proceso: OTH - FARMACIA Fecha de suscripción: 28/08/2023								
Numero consecutivo	Descripción hallazgo	Relación de Acciones Correctivas a desarrollar	Responsable de ejecutar la acción correctiva	Fecha de Seguimiento	Estado	Porcentaje de ejecución de la acción	Notas explicativas del avance	Porcentaje de ejecución del plan de mejoramiento
1	No se evidencia la realización de los inventarios mensuales en los diferentes puntos de farmacia.	Realizar un plan de contingencia para realizar la actualización de los inventarios en los diferentes puntos de farmacia.	Suplente científica OTH líder de farmacia	10/10/2023	Ejecutada	100%	Se evidencia realización de plan de contingencia de fecha el 2 de noviembre 2023, indicando entre lo que se muestran los resultados y listado de inventarios. Los listados de inventarios serán formados el comité de farmacia y el comité de laje, para la aprobación de los respectivos ajustes contables.	100%
2	No se cuenta con la infraestructura adecuada para el almacenamiento de medicamentos, conforme la normatividad vigente.	Solicitar a la subgerencia de planificación institucional un espacio como bodega externa.	Subgerente de planificación institucional líder del proceso	10/10/2023	Ejecutada	100%	Ajuste acto N° 8 del Agosto 28 de 2023 con la subgerencia de planificación institucional y la OTH donde: EVALUACION DEL AREA DE ALMACENAMIENTO DE FARMACIA Y ASIGNACION DE ESPACIO ALTERNO DE ALMACENAMIENTO FARMACEUTICO.	100%
3	Inconformidades encontradas por los inventarios mensuales y generados.	Realizar los respectivos reportes y los ajustes correspondientes a las inconformidades encontradas en los diferentes inventarios realizados.	Líder de farmacia	27/11/2023	Ejecutada	100%	Ajustes acto del 2 de septiembre 2023 ajuste acto en el que se muestran los resultados y listado de inventarios. Los listados de inventarios serán formados el comité de farmacia y el COMITE TECNICO DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE para la aprobación de los respectivos ajustes contables, se anexa acto del 28 de septiembre 2023, comprobantes E Anexo punto 4 Acta de farmacia 1 PDF.	100%

LINA MARCELA SIERRA CORREA
 FIRMA JEFE DE CONTROL INTERNO O CUENAGA SUS VECES

Estado: Control Interno Revisó: Comité de Auditoría Aprobó: Gerente

- Proceso: Gestión financiera – presupuesto: Cumplimiento al 100% - seguimiento al 27 diciembre 2023.

VIGILADO Supersalud
 Por la defensa de los derechos de los usuarios
 Línea Gratuita Nacional 0180000513700

Red Salud Armenia E.S.E.		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT: 801001440-8		Código: CT-C1-FD-010 Versión: 6 Fecha de elaboración: 22/05/2014 Fecha de revisión: 19/09/2023				
Nombre del documento:		Seguimiento a Planes de mejoramiento institucional		Unidad administrativa				
Entidad: RED SALUD ARMENIA ESE Representante Legal: JOSE ANTONIO CORREA LOPEZ NIT: 801.001.440-8 Responsable: SUBGERENCIA DE PLANIFICACION INSTITUCIONAL - FINANCIERA - PRESUPUESTO Periodo fiscal que cubre: 2023 Tipo de Auditoria: Revisión de proceso Proceso: gestión financiera - presupuesto Fecha de suscripción: 1-11-2023								
Numero consecutivo	Descripción hallazgo	Relación de Acciones Correctivas a desarrollar	Responsable de ejecutar la acción correctiva	Fecha de Seguimiento	Estado	Porcentaje de ejecución de la acción	Notas explicativas del avance	Porcentaje de ejecución del plan de mejoramiento
1	Faltan de subcontrol en las revisiones y verificación de los actos administrativos que aplica la entidad por parte del personal que lo ejecuta.	Incluir el riesgo identificado dentro del proceso en el mapa de riesgo de la vigencia 2024, el cual se lo debe hacer seguimiento mensual.	Financiero - presupuesto	30/11/2023	Ejecutada	100%	se evidencia inclusión el 17 de noviembre de 2023 desde el área financiera a planeación, subsidiando la inclusión de este riesgo en el mapa de riesgo para la vigencia 2024.	100%
	Realizar conciliación mensual entre los actos administrativos presupuestales y contables, según lo establecido en el sistema Contabilidad.	Presupuesto, financiero, subgerencia FI		27/12/2023	Ejecutada	100%	se evidencia ACTA REVISION ACTOS ADMINISTRATIVOS de mesa de trabajo, realizada en diciembre 08 2023. Se adjunta evidencia de Dirección General. Se realiza revisión de los Actos Administrativos por medio de un tipo de Fichas, donde se especifica con claridad la parte a tener en cuenta y el detalle de la revisión. Al terminar la revisión de estos Actos Administrativos (Resolución 100, 101 y 102) se anexa que se realizaron revisiones presupuestales en gestión y modificación al presupuesto de ingresos y gastos. El Fichas se firmó por la Dra Ana María Barreto, un que se encuentra de Subgerencia (1).	100%

LINA MARCELA SIERRA CORREA
 FIRMA JEFE DE CONTROL INTERNO O CUENAGA SUS VECES

Estado: Control Interno Revisó: Comité de Auditoría Aprobó: Gerente

Se recomienda ejecutar las acciones de mejoramiento hasta el 31 de diciembre de 2023, y e incluirlas como mecanismo de autocontrol en cada uno de los procesos que fueron auditados por la vigencia.

Publicados en la página web de la entidad:
<https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/index.php?module=110>

✓ **Acompañamiento desde la Oficina de Control Interno.**

Desde la oficina de Control Interno, se socializaron los formatos de la rendición en la cuenta para la vigencia 2022, establecidos por la Contraloría Municipal de Armenia, y se brindó inducción en el diligenciamiento de los mismos.

Así mismo, se brindó acompañamiento en diferentes temas como:

- Al reporte encuesta de más jóvenes en el estado y trabajo virtual. Seguimiento a la Implementación del Trabajo Virtual en el estado Colombiano 2023-Periodo III, por parte del área de talento humano, para la vigencia 2023.
- Informe sobre el proceso alcanzado en la implementación del plan de acción para lograr la formalización laboral en el segundo semestre 2023, el cual fue reportado por el área de talento humano.
- Se ha participado en el COMITÉ INSTITUCIONAL GESTIÓN Y DESEMPEÑO – MIPG: Durante el primer semestre 2023 se han llevado a cabo los siguientes comités:

Comité Institucional de Gestión y Desempeño 9 de febrero del 2023. En este comité se realizó la presentación de los planes institucionales para la vigencia 2023 según decreto 612 de 2018. Se realizó también la presentación del plan de acción desde las dimensiones de MIPG y el plan de trabajo desde el comité para esta vigencia.

Comité de gestión y desempeño 13 de abril de 2023. Dentro de este comité se presentó la socialización del manual operativo de MIPG, Versión 5. En marzo del 2023 se realizaron los siguientes ajustes al manual operativo de MIPG: a- Ajustes al formato de acuerdo con la nueva imagen del gobierno. b- Actualización de contenidos de las políticas de mejora normativa e integridad y gestión de la información estadística. c- Actualización de la dimensión de gestión con valores para el resultado, se aclara el alcance, Se reorganizan las políticas y se actualizan contenidos de las políticas de servicio al ciudadano, participación ciudadana, racionalización de trámites, gobierno digital y transparencia, Lucha contra la corrupción y acceso a la información.

Comité de gestión y desempeño 20 de junio de 2023. En este comité se realizó la presentación del seguimiento al plan primer semestre de 2023, (plan institucional de archivo). Presentación y Seguimiento al plan estratégico de la tecnología PETTI. Presentación de seguimiento plan de acción de MIPG, Desde el comité y desde las dimensiones. Presentación de indicadores primer semestre de 2023.

Durante el segundo semestre 2023 se han llevado a cabo los siguientes comités:

Comité de gestión y desempeño 15 de agosto de 2023. En este comité se realizó: La Evaluación de las dimensiones del modelo integrado de planeación y gestión 2023. Comparativo de políticas de MIPG. Presentación seguimiento a los planes estratégicos de la tecnología de la información, plan de seguridad y privacidad de la información plan de tratamiento de la seguridad de la información y avances de la política de gobierno digital y tramites.

Comité de gestión y desempeño 10 de octubre de 2023. En este comité se realizó: Presentación socialización y análisis de la actualización de autodiagnósticos tercer trimestre del 2023. Presentación del seguimiento al plan estratégico de la tecnología tercer trimestre.

Comité de gestión y desempeño 5 de diciembre de 2023. En este comité se realizó: Presentación y Seguimiento del pinar (plan institucional de archivo) segundo semestre de 2023. Presentación y seguimiento de los planes estratégicos de la tecnología de la información PETTI, Plan de seguridad y privacidad de la información, plan de tratamiento de la seguridad de la información, segundo semestre de 2023. Presentación Resultados del FURAG 2022. Presentación plan de acción desde el comité vigencia 2024.

Lo anterior, en concordancia con la misión de la oficina de Control Interno, la cual está centrada en asesorar a la entidad en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos con mayor eficiencia y efectividad.

c) ROL DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO:

- Dentro del cumplimiento de este Rol, se realizaron diferentes actividades como: acompañamiento en la metodología, diseño y seguimiento para los Mapas de Riesgos Generales, este acompañamiento se ha realizado trimestralmente durante la vigencia 2023 con el apoyo del líder del proceso de Planeación.
- También se brindó asesoría para la reformulación y ajustes en los mapas de Riesgos de Corrupción vigencia 2023 y 2024.
- Se ha realizado el seguimiento y se han reportaron los resultados

trimestralmente en el informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC, en el componente Mapas de Riesgos Corrupción.

- Se emitieron oportunamente las recomendaciones a la gerencia y a los líderes de los procesos que la Oficina Asesora de Control Interno considero pertinentes.
- Se brindó acompañamiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno y la oficina de planeación, en la implementación, administración y tratamiento de los Riesgos Institucionales (Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital), para la vigencia 2023 y 2024, teniendo en cuenta la Guía para Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas del DAFP.
- El nivel de avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

d) ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

Durante este periodo se desarrolló el Plan de Trabajo de la Oficina Asesora de Control, de acuerdo al Cronograma aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con las siguientes actividades:

- **Auditorías Internas de Gestión:** para identificar y definir las unidades auditables se aplicó la metodología de enfoque basado en riesgos, apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad, priorizando de acuerdo con las siguientes variables:
 - ✓ Seguimiento a los procesos auditados en la vigencia anterior,
 - ✓ Hallazgos vigentes derivados auditorías externas,
 - ✓ Hallazgos vigentes derivados de las auditorías internas de gestión,
 - ✓ Auditorías con procedimientos en zona de riesgo extrema y/o alta, según clasificación efectuada por la Oficina de Control Interno.
 - ✓ Con dichas variables se estableció el ciclo de auditorías que se realizó durante la vigencia 2023, a partir de la asignación del personal requerido para desarrollar el proceso auditor.
 - ✓ Seguimiento a indicadores de gestión de control interno.

INDICADORES: 4-2 GESTIÓN DE CONTROL INTERNO Año: 2023

INDICADOR	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	RESUMEN
⚠ Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nación (Número ↕)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	91.7
⚠ PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CONTROLES DEFINIDOS EN EL MAPA DE RIESGOS - CONTROL INTERNO (Porcentaje →)				100.00 %				100.00 %					66.7
⚠ PORCENTAJE DE ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORME DE LA RENDICIÓN DE LA CUENTA A LA CONTRALORÍA MUNICIPAL (Porcentaje ↕)		100.00 %											100.0

Los indicadores correspondientes al mes de diciembre 2023 serán reportados en enero 2024, cuando realicen los reportes de indicadores de la circular única las diferentes áreas y se realice el seguimiento a la matriz de riesgos con corte al 31 de diciembre 2023, reporte que realizan las áreas responsables al 9 de enero 2024.

e) Rol de Relación con Entes Externos de Control:

Se brinda acompañamiento para la ejecución de la Auditoría Regular de la Contraloría Municipal de Armenia – CMA, sirviendo de enlace y acompañando a los Líderes y Coordinadores de área sobre las respuestas a los requerimientos emitidos por el Ente de Control, durante la vigencia, la Contraloría Municipal de Armenia programó realizar la Auditoría: Auditoría Financiera y de Gestión Red Salud Armenia E.S.E, vigencia 2022 con apertura de auditoría 14 de julio 2023.

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8		Código: ES-PL-FO-011 Versión: 3 Fecha de elaboración: 03/03/2013 Fecha de revisión: 26/04/2021 Página: 1 de 1	
Nombre del Documento:		Registro de Asistencia		Unidad Administrativa	
FECHA:		14 de julio 2023		HORA: 8:00 a.m.	
LUGAR:		HOSPITAL DEL SUR			
TEMA:		Mesa de trabajo auditoria Financiera y de gestion vigencia 2022_Contratoria Municipal Armenia			
OBJETIVO:		Realizar mesa de trabajo para la instalacion de la auditoria financiera y de gestion vigencia 2022, que realizara la Contratoria Municipal de Armenia, la cual se llevara a cabo desde el 14 de julio al 7 de diciembre de 2023.		OBJETIVO CUMPLIDO: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI NO CUMPLE POR QUE?					
NOMBRE DEL RESPONSABLE:		LINA MARCELA SIERRA CORREA		CARGO: JEFE OFICINA CONTROL INTERNO	
FORMACION Y/O ESTUDIO:		ADMINISTRACION DE EMPRESAS		INTERNO <input checked="" type="checkbox"/> EXTERNO <input type="checkbox"/>	
N. DE PERSONAS PROGRAMADAS		N. DE ASISTENTES		PORCENTAJE DE ASISTENCIA	
	NOMBRE	CÉDULA	ÁREA	FIRMA	
1	Monica C. Arango	4141603	Controlam. Int		
2	Marolía Pérez	1044894805	Controlam. Mpd		
3	Inda Gonzalez	4193209	Controlam. Mpd		
4	Luis A. Zaparrero	1099837216	División de CUI		
5	Alba Luz Hernandez M.	24580124	PJ Controlam.		
6	Alexis Leon Amador Samudio	9772887	Financiera		
7	Luz Mercedes Diaz	3306664	Controlam. Int		
8	Olivia Luz Valeria Velazquez	2472310	Gen. H. Co		
9	Roberto J. Vergara A.	7547206	A.T. Interactiva		
10	Jose Fernando Suarez Gomez	1027623	Subgerencia pi		
11					
Elaboró: Planeación		Revisó: Comité de Archivo		Aprobó: Gerente	

AUDITORÍA FINANCIERA Y DE GESTIÓN - RED SALUD ARMENIA E.S.E - VIGENCIA FISCAL 2022 – informe preliminar – noviembre 2023:

En el desarrollo de la auditoría se establecieron catorce (14) observaciones administrativas como se relacionan a continuación:

Tipo de Observaciones	Cantidad	Valor en pesos
1. Administrativos (total)	14	
2. Disciplinarios	5	
3. Penales	0	
4. Fiscales	2	\$1.761.4731.520.36
5. Sancionatorios	1	

Se radicó informe de contradicción ante la CMA el día 30 de noviembre 2023.

INFORME FINAL AUDITORÍA FINANCIERA Y DE GESTIÓN REDSALUD E.S.E V-2022, con Oficio 1000-1003 (diciembre 7 del 2023):

Hallazgos de auditoría En el desarrollo de la presente auditoría se establecieron doce (12) observaciones administrativas como se relacionan a continuación:

Tipo de Hallazgos	Cantidad	Valor en pesos
1. Administrativos (total)	12	
2. Disciplinarios	3	
3. Penales	0	
4. Fiscales	1	\$490.761.733,93
5. Sancionatorios	1	

**Tabla No. 01 Fenecimiento de la Cuenta Fiscal RED SALUD ARMENIA E.S.E
 Vigencia Fiscal 2022.**

MACROPROCESO	PROCESO	PONDERACIÓN	PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN FISCAL			CALIFICACIÓN POR PROCESO	CONCEPTO/OPINIÓN
			EFICACIA	EFICIENCIA	ECONOMÍA		
GESTIÓN PRESUPUESTAL 60%	EJECUCIÓN DE INGRESOS	25%	100,0%			25,0%	OPINIÓN PRESUPUESTAL Negativa
	EJECUCIÓN DE GASTOS	25%	0,0%			0,0%	
	GESTIÓN DE PLAN ESTRATÉGICO CORPORATIVO O INSTITUCIONAL	0%				16,2%	CONCEPTO GESTIÓN INVERSIÓN Y GASTO
	GESTIÓN CONTRACTUAL	50%	57,6%		57,9%	28,9%	Desfavorable
	TOTAL MACROPROCESO GESTIÓN PRESUPUESTAL		100%	53,8%		57,9%	53,9%
GESTIÓN FINANCIERA 40%	ESTADOS FINANCIEROS	100%	100,0%			100,0%	OPINIÓN ESTADOS FINANCIEROS Limpia o sin salvedades
	TOTAL MACROPROCESO GESTIÓN FINANCIERA		100%	100,0%		100,0%	0,0%
TOTAL PONDERADO 100%	TOTALES		74,9%	INEFICAZ	57,9%	ANTI-ECONOMÍA	72,3%
	CONCEPTO DE GESTIÓN FENECIMIENTO						NO SE FENECE

RECOMENDACIONES

✓ MIPG

MIPG está en constante proceso de actualización e integración de herramientas, mecanismos entre sus Dimensiones y Políticas, lo que genera un gran reto sobre su apropiación y capacidad de implementación, seguimiento y evaluación constante de cara a la ciudadanía, es por esto, que es recomendable que quienes lideran las Políticas de MIPG en la Entidad avancen en el conocimiento y la adopción de estas herramientas y mecanismos, reconociendo que las mismas están en constante actualización y ajuste, lo que requiere además, un ambiente propicio para que quienes ejecutan las actividades de operación de MIPG, atiendan directrices estratégicas que apunten a la implementación de acciones que recojan la integralidad del modelo desde una o varias Dimensiones y Políticas. La entidad muestra un avance significativo en la implementación de las políticas del MIPG, sin embargo, se hace necesario continuar aunando esfuerzos para lograr un nivel de cumplimiento del 100%. Cada responsable de política debe identificar las actividades que están pendientes por cumplir dentro de cada plan de acción para poder ir desarrollándolas.

El cumplimiento de cada actividad solo será válido siempre y cuando se reporte oportunamente al profesional de apoyo o al área de Planeación con las evidencias donde se tendrán en cuenta sus respectivas sugerencias para el seguimiento programado. Reiteramos la importancia de proponer e implementar acciones concretas y realizables acordes y coherentes a las metas, con el propósito de mejorar el desempeño institucional y el alcance de los objetivos institucionales. Se evidencia el avance de la Entidad en su capacidad de gestionar de manera apropiada los requerimientos y lineamientos de cada una de las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional que permiten la operatividad del MIPG, en este sentido, es necesario resaltar los resultados favorables en el desempeño institucional de la vigencia, continuando con el fortalecimiento, ajuste y mejora permanente del proceso.

✓ Oficina de Control Interno OCI:

Los invitamos a establecer una ruta de mejoramiento, en la que se involucren los liderazgos y apoyos de las políticas institucionales definidas en MIPG, para lo cual sugerimos tener en cuenta los siguientes aspectos: 1. Analizar brechas acorde con resultados IDI, además de revisar las recomendaciones de mejora, propuestas por Función Pública. 2. Elaborar, aprobar y hacer seguimiento al plan de mejoramiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. 3. Garantizar operatividad de Comités Institucionales y territoriales del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Designar los responsables competentes para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, Desarrollo y sostenimiento del Modelo Estándar de Control Interno –MECI y Gestión del Riesgo, asignándoles los recursos económicos, tecnológicos y humanos requeridos para el desarrollo de las actividades referentes.

Actualizar, Implementar y socializar el manual de procesos y procedimientos de la entidad, objetivos institucionales y plataforma estratégica, midiendo la adherencia, en todos los niveles jerárquicos de la institución.

Realizar los inventarios aleatorios y generales en bienes y farmacia teniendo en cuenta que se consideran actividades que deben hacerse desde la 2ª línea de defensa, lo cual requiere un procedimiento documentado y ser ejecutado por un funcionario asignado, se recomienda automatizar los procesos que conlleven a mejorar los tiempos de operación y a disminuir las actividades administrativas.

Realizar los arqueos de caja teniendo en cuenta el concepto dado por la Directora de Gestión y Desempeño Institucional de la función pública “El ejercicio de arqueos de caja debe considerarse como una actividad de segunda línea de defensa, la cual requiere un procedimiento documentado y ser ejecutado por un servidor de mayor rango diferente al tesorero o auxiliar que maneja directamente los dineros de la caja menor. En su caso, sería necesario revisar dentro de la estructura organizacional (organigrama) quién es el llamado a llevar a cabo los arqueos de caja correspondientes, los cuales como se ha expresado deben responder a un procedimiento o estructura del control adecuada para que se haga de forma objetiva y permita dejar las evidencias o trazas de su aplicación; en el evento de no existir este nivel para la segregación adecuada de esta función, el Representante Legal puede definir una instancia interna que haga parte de la gestión para que ejecute el arqueo”

Se recomienda fortalecer aspectos relacionados con el establecimiento de estándares de archivo, a fin de determinar los mecanismos para el manejo de los soportes documentales, con el fin de fortalecer las acciones de gestión documental en la Oficina Asesora Jurídica –en especial a los profesionales que atienden las actuaciones litigiosas de la Entidad– lo respectivo al archivo, custodia y preservación de la documentación a su cargo, que se encuentre de conformidad a la Ley General de Archivo.

Modernizar los sistemas de información con fin de hacer más operativos los procesos de la institución.

Fortalecer el proceso de glosas ya sea a través del tercero contratado o directamente

con personal contratado por la Red Salud ESE.

Fortalecer el proceso de publicación SIA OBSERVA – SECOP I – II, con la contratación de personal Idóneo y especial para este.

Fortalecer el proceso de cobro coactivo de Res Salud ESE, desde los procesos financieros (Cartera) y desde el área Jurídica, con la contratación de personal Idóneo y en aras de mejorar el flujo de los recursos y la reducción de la cartera que cada vez se incrementa más.

Dar cumplimiento al Principio de Planeación como elemento indispensable en la administración pública, el cual hace parte integral e inamovible de las actividades que ejerce el Estado sobre la sociedad y es un Principio que determina el éxito o fracaso que se puede tener en cualquier actividad que se adelante en la entidad.

✓ **AUSTERIDAD DEL GASTO:**

De acuerdo con la información registrada en los formatos y los soportes suministrados por cada uno de los responsables y conforme con las evidencias presentadas respecto de la austeridad del gasto del segundo trimestre 2023, es importante:

Establecer medidas de autocontrol y seguimiento a cada uno de los rubros objeto de control y aplicación de las Políticas de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público conforme con lo señalado en el Decreto 1068 de 2015 del Sector Hacienda y Crédito Público, la Circular No. 05 de 2019, decreto 984 del 14 de mayo de 2012. El cual modifica el artículo 22 del decreto 1737 de 1998. Decreto 444 del 29 de marzo ES – PL-FO-026 3 05/11/2020 30/08/2022 18 de 20 de 2023” por el cual se establece el plan de austeridad en el gasto público 2023”. y las políticas de austeridad formuladas por la entidad, adoptadas mediante Resolución 305 de 2021 y la directiva presidencial 08 2022 - directrices de austeridad hacia un gasto público eficiente.

Para los responsables del diligenciamiento de los formatos se recomienda nuevamente el reporte oportuno, los diez (10) primeros días hábiles del siguientes mes, ante la Oficina de Control Interno, en forma física y digital a través del correo electrónico de Control Interno, con todas y cada una de las evidencias requeridas, notas descriptivas y demás; de acuerdo con la información suministrada, con el objetivo de que la Oficina de Control Interno pueda realizar un análisis de la información y emitir un concepto sobre el cumplimiento o no de las políticas de austeridad.

Es importante prestar atención a los dineros que reposan en el *fondo de cesantías retroactivas*, ya que este cada vez, está más desfinanciado y el efectivo con el que cuenta, no es suficiente para soportar las provisiones que se van generando de las obligaciones por este concepto.

Prestar atención al *fondo de sentencias y conciliaciones* para soportar posibles erogaciones que se tengan que hacer por fallos en contra de Red Salud, lo cual también es preocupante que no se hagan trasladado de dineros a este fondo, dado que el fondo cada vez, disminuye más, poniendo en riesgo de no tener dinero para soportar los fallos que salgan en contra de Red Salud y se tengan que cancelar.

En cuanto a los gastos de servicios públicos, Se recomienda realizar seguimiento cuantificable del consumo de agua y energía, revisión periódica de los sistemas hidrosanitarios, el uso restringido de aires acondicionados y calefactores, realizar campañas periódicas de concientización para el ahorro de agua y optimización del uso de la energía, y revisiones aleatorias en las diferentes áreas, con el fin de revisar los sistemas de alimentación de agua y energía. Implementar sensores de movimiento de luz eléctrica en lugares poco concurridos, entre ellos los baños.

Tener en cuenta la aplicación de los artículos: 5. Arrendamiento y mantenimiento de bienes adquisición de bienes muebles e inmuebles, 16. Papelería y telefonía. y 21. Sostenibilidad ambiental del Decreto 444 de 2023.

Verificar a la hora de autorizar horas extras, si se está cumpliendo, respecto de que el valor a pagar por horas extras no exceda, en ningún caso el 50% de la remuneración básica mensual del servidor público y que el reconocimiento de las horas extras trabajadas en exceso del límite establecido en el presente inciso se hará a través de compensatorios a razón de un (1) día hábil por cada ocho (8) horas extras de servicio autorizado, ajustándolas a lo estrictamente necesario en cumplimiento al artículo 4-Decreto 444 de 2023.

Cabe recordar que los intereses y sanciones, reconexiones, entre otros, que se generen por pagos extemporáneos, no deben ser asumidos por Red Salud, estos deben ser asumidos por los responsables, atendiendo a los hallazgos ya realizados por los entes de control.

Finalmente, es importante resaltar, la necesidad de realizar una proyección de los gastos de la vigencia, partiendo de la base de un recaudo efectivo al cierre de cada mes y contrastando con la proyección del recaudo para la vigencia, con el objetivo de no incurrir en un déficit financiero y que no queden cuentas por pagar al final de la actual vigencia, que pueda poner en riesgo la entidad financieramente.



De igual forma, idear estrategias para fortalecer el recaudo, de tal manera que este permita soportar el gasto; así como, promocionar la aplicación de las medidas de austeridad al interior de la entidad.

Atentamente,

LINA MARCELA SIERRA CORREA
Jefe De La Oficina Asesora De Control Interno


VIGILADO Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios
Linea Gratuita Nacional 018000513700


Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES