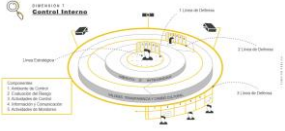


Nombre de la Entidad:
Periodo Evaluado:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BARRANCABERMEJA
I SEMESTRE 2023



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

84%

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	Los componentes se encuentran en proceso de articulación y fortalecimiento, ya que se están implementando articuladamente, mejorando y fortaleciendo las debilidades presentadas en cada componente, especialmente en lo relacionado con documentación de procedimientos, políticas, controles y la identificación y gestión del riesgo; así también en lo relacionado con la información y comunicación, y en el seguimiento de la gestión para el logro de los resultados con la operatividad de los Comités.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La evaluación evidencia que la E.S.E Barrancabermeja alcanza un buen nivel de efectividad, buscando el mejoramiento en todos los componentes con el propósito de optimizar su condición bajo los lineamientos técnicos del Sistema de Control Interno, que permitan mejorar la efectividad del Sistema 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	La entidad presenta en su estructura orgánica con las líneas de defensa establecidas, lo cual opera a nivel de procesos y en los Comités Institucionales establecidos, así mismo, se tiene documentada la operatividad de los roles de las líneas de defensa.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	83%	<p>Fortalezas: En lo relacionado con el Desarrollo de Talento Humano, en marco del Modelo Integrado de Planeación - MIPG, se formuló para la vigencia 2023 el Plan Estratégico de Gestión de Talento Humano, que comprende actividades de capacitación, bienestar, estímulos e incentivos, información, implementación del SIGEP, y los demás lineamientos establecidos en materia de Talento Humano.</p> <p>Respecto al Direcciónamiento Estratégico, planeación institucional: La Alta Dirección tiene implementados el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud y otros sistemas aplicables (SGSST - PGRH - SGO - SOGCS) que se consolidaron en el Plan de Gestión de la Gerencia y este se desarrolla en el cumplimiento de los resultados de la vigencia 2023.</p> <p>Igualmente se formularon los planes para la Gestión del Talento Humano, como lo son el Programa de Bienestar, Estímulos e Incentivos, Plan Institucional de Capacitaciones, Plan de Vacancias y Prevención del recurso Humano; por otra parte el Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, Programa de Seguridad del Paciente, el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC, Programa de Mantenimiento Hospitalario.</p> <p>Así mismo, la E.S.E. Barrancabermeja, cuenta con un Modelo de Operación por procesos que evidencia la operatividad organizacional de la entidad, alineados en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGCS y la designación de líderes de procesos para realizar una gestión eficaz en procesos, ya que estos complementan y apoyan la integración entre responsabilidades y gestión de los procesos armonizada con la dependencia; se avanzó en la documentación de procedimientos en el área financiera, cartera, contable, gastos y facturación, así mismo en la actualización del Manual de Contratación y Documentación de los Manuales de Cartera y Contable</p> <p>En relación a elementos de medición, se formularon indicadores de gestión definidos para evaluar periódicamente la gestión institucional de la E.S.E en la ejecución del Plan de Acción y el Plan de Gestión de la Gerencia, en lo relacionado con los indicadores de calidad y producción establecidos por la normalidad del Decreto 2193, y los indicadores del Sistema de Información de Calidad en Salud, establecidos en la Resolución Ministerial 206 de 2016, referente a oportunidad, calidad y productividad de los servicios.</p> <p>Debilidades Caracterizar los procesos que conforman el Modelo de Operación</p>	79%	<p>Fortalezas: Respecto al Direcciónamiento Estratégico, planeación institucional: La Alta Dirección tiene implementados el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud y otros sistemas aplicables (SGSST - PGRH - SGO - SOGCS) que se consolidaron en el Plan de Gestión de la Gerencia y este se desarrolla en el cumplimiento de las respectivas metas del plan de acción de la vigencia 2022, el cual de sus 24 actividades programadas, 22 obtuvieron cumplimiento del 100%, una quedó con una evaluación del 79% y la restante generó una calificación del 67%, alcanzando un promedio de gestión del 98%. Igualmente se desarrollaron los planes para la Gestión del Talento Humano, como lo son el Programa de Bienestar, Estímulos e Incentivos, Plan Institucional de Capacitaciones, Plan de Vacancias y Prevención del recurso Humano; por otra parte el Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, Programa de Seguridad del Paciente, el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC, Programa de Mantenimiento Hospitalario, entre otros, que alcanzaron el cumplimiento de las actividades programadas en forma satisfactoria.</p> <p>Así mismo, la E.S.E. Barrancabermeja, cuenta con un Modelo de Operación por procesos que evidencia la operatividad organizacional de la entidad, alineados en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGCS y la designación de líderes de procesos para realizar una gestión eficaz en procesos, ya que estos complementan y apoyan la integración entre responsabilidades y gestión de los procesos armonizada con la dependencia. En relación a elementos de medición, se formularon indicadores de gestión definidos para evaluar periódicamente la gestión institucional de la E.S.E en la ejecución del Plan de Acción y el Plan de Gestión de la Gerencia, en lo relacionado con los indicadores de calidad y producción establecidos por la normalidad del Decreto 2193, y los indicadores del Sistema de Información de Calidad en Salud, establecidos en la Resolución Ministerial 206 de 2016, referente a oportunidad, calidad y productividad de los servicios.</p> <p>Debilidades Caracterizar los procesos que hacen parte del Modelo de Operación Documentar los procedimientos en los respectivos procesos de la entidad</p>	4%
Evaluación de riesgos	Si	82%	<p>Fortalezas La E.S.E. Barrancabermeja, para la vigencia 2023 definió y mantuvo la implementación de la Gestión del Riesgo, por lo cual formuló el mapa de riesgos Institucional, identificando los riesgos de gestión y posibles de corrupción, al cual se le realizó gestión de las acciones de mitigación o plan de manejo determinadas para los riesgos, por parte de los responsables designados; al tratamiento y manejo de los riesgos, se le realizaron los respectivos seguimientos de evaluación de acuerdo a los lineamientos técnicos y normativos establecidos, de lo cual en los resultados de calificación su estado ha sido OPTIMIZADO, evidenciando que la administración del riesgo está completamente inmersa en las operaciones y procesos de la organización.</p> <p>Debilidades La falta de puntos de control por procedimientos para fortalecer la mitigación de los riesgos.</p>	79%	<p>Fortalezas La E.S.E. Barrancabermeja, para la vigencia 2022 definió y mantuvo la implementación de la Gestión del Riesgo, por lo cual formuló el mapa de riesgos Institucional, identificando los riesgos de gestión y posibles de corrupción, al cual se le realizó gestión de las acciones de mitigación o plan de manejo determinadas para los riesgos, por parte de los responsables designados; al tratamiento y manejo de los riesgos, se le realizaron los respectivos seguimientos de evaluación de acuerdo a los lineamientos técnicos y normativos establecidos, de lo cual en los resultados de calificación su estado ha sido OPTIMIZADO, evidenciando que la administración del riesgo está completamente inmersa en las operaciones y procesos de la organización.</p> <p>Debilidades De la misma manera, desde la Oficina asesora de Planeación, se actualizó la Política de Administración de Riesgos, en la cual se hizo énfasis y enfoque a las Líneas de Defensa en pro de la mitigación de los riesgos institucionales de la E.S.E.B.</p> <p>Debilidades La falta de puntos de control por procedimientos para fortalecer la mitigación de los riesgos. La falta de definición de actividades de control relacionadas a la mitigación del riesgo definido para cada proceso.</p>	3%
Actividades de control	Si	83%	<p>Fortalezas En el marco de las actividades de control, se documentaron los procedimientos referentes a los procesos de Financiera, Facturación, Contabilidad y Cartera; de la misma manera se carece de la documentación y/o actualización de procedimientos en los demás procesos del Modelo de Operación por Procesos.</p> <p>Como medida de control para la medición y cumplimiento de la gestión, se aplicaron periódicamente los indicadores del Plan de Gestión, indicadores de calidad estos se aplicaron con la periodicidad indicada. Para la vigencia 2023, se vieron midiendo los indicadores del Plan de Gestión, así como las metas del plan de acción y los respectivos indicadores del SOGCS y como elementos de control indicadores de gestión en los procesos para el Modelo de Operación.</p> <p>Se mantiene la operatividad de los comités institucionales, como línea de defensa para el Sistema de Control Interno Institucional, establecidas para las respectivas áreas misionales y administrativas, entre otros: el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité Institucional Coordinador de Control Interno, Conciliaciones, Sostenibilidad Contable, Facturación, Cartera, Gastos y los Comités misionales de Ley.</p> <p>Debilidades Actualización y mejora de los procedimientos de Almacén, Recurso Humano y Sistemas</p>	79%	<p>Fortalezas En el marco de las actividades de control, se documentaron los procedimientos referentes a los procesos de Control Interno, Contabilidad, Gestión Jurídica, Gestión Contractual, Cartera y Recurso Humano, sin embargo, se carece de la documentación y/o actualización de procedimientos en los demás procesos del Modelo de Operación por Procesos.</p> <p>Como medida de control para la medición y cumplimiento de la gestión, se aplicaron periódicamente los indicadores del Plan de Gestión, indicadores de calidad estos se aplicaron con la periodicidad indicada. Para la vigencia 2022, se midieron los indicadores del Plan de Gestión, así como las metas del plan de acción y los respectivos indicadores del SOGCS y como elementos de control indicadores de gestión en los procesos para el Modelo de Operación.</p> <p>Se mantiene la operatividad de los comités institucionales, como línea de defensa para el Sistema de Control Interno Institucional, establecidos para las respectivas áreas misionales y administrativas, entre otros: el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité Institucional Coordinador de Control Interno, Conciliaciones, Sostenibilidad Contable, Facturación, Cartera, Gastos y los Comités misionales de Ley.</p> <p>Debilidades Actualización y mejora de los procedimientos de Almacén y Sistemas.</p>	4%

<p>Información y comunicación</p>	<p>SI</p>	<p>73%</p>	<p>Fortalezas En lo relacionado con la Gestión Documental, las Tablas de Retención Documental están definidas, aplicadas en las diferentes dependencias (áreas) productoras; así mismo se viene adelantando el proceso de alistamiento de series y subseries documentales para ser presentada a un proceso de actualización de las Tablas de Retención Documental, ante el ente competente en la materia; se presentan un avance en la actualización de las tablas de retención documental el cual fue aprobado por el Comité Institucional de gestión y desempeño; de la misma manera en lo relacionado a la Gestión Documental, no se cuenta con la operatividad de la implementación de la ventanilla única institucional comunicación. Las comunicaciones institucionales, se realizan a través de mecanismos internos definidos producto de la operación, como lo son comunicación escrita, correos electrónicos, carteleras; se presenta, dispone de la política de información y comunicación. Se dispone de la página web institucional, que presenta la información institucional bajo los lineamientos establecidos de la Ley 1712 y su evaluación frente al instrumento ITA (Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública). Se utilizan las plataformas gubernamentales para la publicación de la contratación, como lo son el SEICOP II y SIA observa. Se dispone de un punto de información de atención a la ciudadanía, atención telefónica a través de CALL CENTER, para la prestación del servicio, al igual la disposición de amplios y adecuados espacios y horarios de visita de pacientes; mediante la operación del SIAU, que aplica al sector salud, en el cual se implementó y mantiene la operatividad de un área funcional de participación social, a fin de promover la atención e información efectiva y asertiva entre la E.S.E. Barrancabermeja y los usuarios.</p> <p>Debilidades La implementación de la ventanilla única</p>	<p>66%</p>	<p>Fortalezas En lo relacionado con la Gestión Documental, las Tablas de Retención Documental están definidas, aplicadas en las diferentes dependencias (áreas) productoras; así mismo se viene adelantando el proceso de alistamiento de series y subseries documentales para ser presentada a un proceso de actualización de las Tablas de Retención Documental, ante el ente competente en la materia; de la misma manera en lo relacionado a la Gestión Documental, no se cuenta con la operatividad de la implementación de la ventanilla única institucional comunicación. Las comunicaciones institucionales, se realizan a través de mecanismos internos definidos producto de la operación, como lo son comunicación escrita, correos electrónicos, carteleras; se presenta, dispone de la política de información y comunicación. Se dispone de la página web institucional, que presenta la información institucional bajo los lineamientos establecidos de la Ley 1712 y su evaluación frente al instrumento ITA (Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública). Se utilizan las plataformas gubernamentales para la publicación de la contratación, como lo son el SEICOP II y SIA observa. Se dispone de un punto de información de atención a la ciudadanía, atención telefónica a través de CALL CENTER, para la prestación del servicio, al igual la disposición de amplios y adecuados espacios y horarios de visita de pacientes; mediante la operación del SIAU, que aplica al sector salud, en el cual se implementó y mantiene la operatividad de un área funcional de participación social, a fin de promover la atención e información efectiva y asertiva entre la E.S.E. Barrancabermeja y los usuarios.</p> <p>Debilidades La implementación de la ventanilla única La formación y ejecución de las acciones de los planes relacionados con las TICs, como el PETIC, Plan de Tratamiento de Riesgos de la Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.</p>	<p>7%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>SI</p>	<p>96%</p>	<p>Fortalezas Para la vigencia 2023, se realizó seguimiento a la gestión del Plan de Gestión y el respectivo plan de acción institucional. Se ha aplicado periódicamente el mecanismo para la evaluación de la percepción de la Satisfacción del servicio y se ha realizado el respectivo reporte trimestral a la Secretaría de Salud Distrital, Departamental, y semestral a la plataforma SIHQ (Sistema Información Hospitalaria), que aplica a los prestadores de servicios de salud. En lo relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS, se aplicó la autoevaluación del Sistema Único de Habilitación, bajo los estándares de la Resolución 2003 de 2014 y la autoevaluación del Sistema Único Acreditación, bajo el manual de estándares versión 3.1, como se establece por normalidad y bajo los lineamientos metodológicos indicados por la Resolución 123 de 2012. Se realizó el seguimiento al plan de mejoramiento institucional, por procesos, la gestión de las PQRs y se evaluó el estado del Sistema de Control Interno. Se reportaron las mediciones de los indicadores de Ley establecidos para el Sistema de Información de Calidad, la Resolución 266 de 2016 y el Decreto Nacional 2193 de 2004 de la vigencia. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICI, ha realizado diversos comités en la vigencia, en los cuales se han socializado los informes, temáticas, capacitaciones, planes de mejoramiento, seguimientos, reportes de Ley, las diferentes actividades programadas, ejecutadas y el estado del Sistema de Control Interno. En lo relacionado con el sector del objeto social, se formuló el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC 2023, bajo la metodología de la ruta crítica, establecida por el Ministerio de la Protección Social, complementado con la aplicación de auditoría médica, requerida en la prestación de servicios de salud. Se viene adelantando el programa de auditorías que se formuló para la vigencia 2023, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno se ha desarrollado las auditorías internas al proceso de Gestión Compras y Atención y se encuentra en ejecución los procesos de Dirección Estratégica - Planeación y Recurso Humano, así mismo se tiene programada las auditorías a los procesos Jurídica y Contratación, SIAU y Seguridad y Salud en el trabajo; El empoderamiento del mejoramiento continuo, que se evidencia en los Planes de mejoramiento suscrito con la Contraloría Municipal de Barrancabermeja, los cuales presentan avances significativos en el desarrollo de las acciones, según los tiempos y fechas definidas.</p> <p>Debilidades Análisis de datos de los indicadores del SOGCS, no se realiza análisis de datos de los resultados obtenidos en las respectivas mediciones.</p>	<p>96%</p>	<p>Fortalezas Para la vigencia 2022, se realizó seguimiento a la gestión del Plan de Gestión y el respectivo plan de acción institucional. Se ha aplicado periódicamente el mecanismo para la evaluación de la percepción de la Satisfacción del servicio, el cual alcanzó niveles de la percepción de satisfacción en promedio del año del 80% y se ha realizado el respectivo reporte trimestral a la Secretaría de Salud Distrital, Departamental, y semestral a la plataforma SIHQ (Sistema Información Hospitalaria), que aplica a los prestadores de servicios de salud. En lo relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS, se aplicó la autoevaluación del Sistema Único de Habilitación, bajo los estándares de la Resolución 2003 de 2014 y la autoevaluación del Sistema Único Acreditación, bajo el manual de estándares versión 3.1, como se establece por normalidad y bajo los lineamientos metodológicos indicados por la Resolución 123 de 2012. Se realizó el seguimiento al plan de mejoramiento institucional, por procesos, la gestión de las PQRs y se evaluó el estado del Sistema de Control Interno. Se reportaron las mediciones de los indicadores de Ley establecidos para el Sistema de Información de Calidad, la Resolución 266 de 2016 y el Decreto Nacional 2193 de 2004 de la vigencia. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICI, realizó diversos comités en la vigencia, en los cuales se han socializado los informes, temáticas, capacitaciones, planes de mejoramiento, seguimientos, reportes de Ley, las diferentes actividades programadas, ejecutadas y el estado del Sistema de Control Interno. En lo relacionado con el sector del objeto social, se formuló y aplicó el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC 2022, bajo la metodología de la ruta crítica, establecida por el Ministerio de la Protección Social, complementado con la aplicación de auditoría médica, requerida en la prestación de servicios de salud. Se cumplió el programa de auditorías que se formuló para la vigencia 2022, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno se desarrollaron las auditorías internas al proceso de Gestión Jurídica y Contratación (2 auditorías), Gestión Documental, Gestión Financiera, Contable y Presupuestal, Gestión Facturación, Cartera y Salud y Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo. El empoderamiento del mejoramiento continuo, que se evidencia en los Planes de mejoramiento suscrito con la Contraloría Municipal de Barrancabermeja, producto de la Auditoría Especial de Revisión de Cuenta Fideicomiso de la E.S.E. Barrancabermeja, para la vigencia 2021, en la cual se definieron 2 hallazgos, los cuales se encuentran en avance en la ejecución de las acciones propuestas. Así mismo, producto de la Auditoría de Cumplimiento realizada a E.S.E. Barrancabermeja vigencia 2021, se suscribió un plan de mejoramiento con 1 hallazgo definido, el cual viene adelantando avances en la ejecución de la acción correctiva propuesta y definida.</p> <p>Debilidades Análisis de datos de los indicadores del SOGCS, aún no se realiza análisis de datos de los resultados obtenidos en las respectivas mediciones.</p>	<p>0%</p>

Wilson Oswaldo Preciado Gonzalez
Jefe Oficina Asesora Control Interno

