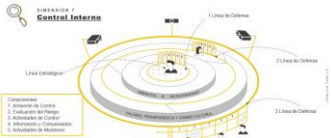


Nombre de la Entidad:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BARRANCABERMEJA

Periodo Evaluado:

II SEMESTRE 2026



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

94%

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 estan 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 tambien 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 proposito de optimizar su condición bajo los lineamientos tecnicos 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 organica 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	<u>Estado actual:</u> Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	90%	Fortalezas: En lo relacionado con el Desarrollo de Talento Humano, en marco del Modelo Integrado de Planeación – MIPG, se formuló para la vigencia 2026 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; de la misma manera se realizó difusión, socialización del Código de Ética, Valores, Principios y Reinducción del Personal. Respecto al Direccionamiento Estratégico, planeación institucional; La Alta Dirección tiene implementado el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud y otros sistemas aplicables (SGSST – PQRH – SGD – SOGCS – SICOF - SARLAFT) que se consolidaron en el Plan de Gestión de la Gerente y este se desarrolla con el cumplimiento de las respectivas metas del plan de acción de la vigencia 2026, al cual se le realiza seguimiento al cumplimiento de los indicadores por parte de la oficina asesora de planeación 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 Previsión del recurso Humano; por otra parte se formuló y ejecutó 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, y el Programa de Mantenimiento Hospitalario. De la misma manera, se realiza evaluación periodica trimestral al Programa Institucional de Capacitación del Entidad, a través de los seguimientos que realiza la oficina asesora de planeación a los planes estratégicos e institucionales. Debilidades Disponer de una línea o mecanismo de denuncia sobre acciones en contra de la integridad.	83%	Fortalezas: En lo relacionado con el Desarrollo de Talento Humano, en marco del Modelo Integrado de Planeación – MIPG, se formuló para la vigencia 2026 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; de la misma manera se realizó difusión, socialización del Código de Ética, Valores, Principios y Reinducción del Personal. Respecto al Direccionamiento Estratégico, planeación institucional; La Alta Dirección tiene implementado el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud y otros sistemas aplicables (SGSST – PQRH – SGD – SOGCS – SICOF - SARLAFT) que se consolidaron en el Plan de Gestión de la Gerente y este se desarrolla con el cumplimiento de las respectivas metas del plan de acción de la vigencia 2026, al cual se le realiza seguimiento al cumplimiento de los indicadores por parte de la oficina asesora de planeación 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 Previsión del recurso Humano; por otra parte se formuló y ejecutó 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, y el Programa de Mantenimiento Hospitalario. 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 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 normatividad del Decreto 2193, y los indicadores del Sistema de Información de Calidad en Salud, establecidos en la Resolución Ministerial 266 de 2016, referente a oportunidad, calidad y productividad de los servicios. Debilidades Caracterizar los procesos que hacen parte del Modelo de Operación Disponer de una línea o mecanismo de denuncia sobre acciones en contra de la integridad.	7%
Evaluación de riesgos	Si	94%	Fortalezas: La E.S.E. Barrancabermeja, para la vigencia 2026 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, así mismo se actualizó la Política de Riesgos, enmarcadas en el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SARLAFT, SICOF y PTEE), 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. y su respectiva aprobación mediante acuerdo de Junta Directiva; de la misma manera se formularon los riesgos enmarcados en el Sistema Integrado de Gestión, haciendo énfasis a los riesgos para la prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y riesgos de Opacidad y Fraude (SICOF), los cuales fueron se han evaluado en los términos de Ley por parte de la Oficina Asesora de Control Interno. De la misma manera, la entidad adelantó la formulación del Programa de Transparencia y Ética Pública, con su respectivo Plan de Acción Debilidades: La falta de puntos de control por procedimientos para fortalecer la mitigación de los riesgos.	88%	Fortalezas: La E.S.E. Barrancabermeja, para la vigencia 2026 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; así mismo se actualizó la Política de Riesgos, enmarcadas en el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SARLAFT, SICOF y PTEE), 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. y su respectiva aprobación mediante acuerdo de Junta Directiva; de la misma manera se formularon los riesgos enmarcados en el Sistema Integrado de Gestión, haciendo énfasis a los riesgos para la prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y riesgos de Opacidad y Fraude (SICOF), los cuales fueron se han evaluado en los términos de Ley por parte de la Oficina Asesora de Control Interno. Debilidades: La falta de puntos de control por procedimientos para fortalecer la mitigación de los riesgos. Adelantar la formulación del plan de acción o plan de trabajo del Programa de Transparencia y Ética Pública	6%

Actividades de control	Si	96%	Fortalezas Como medida de control para la medición y cumplimiento de la gestión, se han adelantado la aplicabilidad periódica de los indicadores del Plan de Gestión, indicadores de calidad con la periodicidad indicada. Para la vigencia 2026, se adelantó la medición de 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. 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 esos: el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité Institucional Coordinador de Control Interno, Conciliaciones y Defensa Judicial, Sostenibilidad Contable, Facturación, Cartera, Glosas y los Comités misionales de Ley. De la misma manera, la entidad adelantó la formulación del Programa de Transparencia y Ética Pública, con su respectivo Plan de Acción	88%	Fortalezas En el marco de las actividades de control, se actualizó la documentación de los procedimientos referentes al Proceso Direccionamiento Estratégico (Planeación) Como medida de control para la medición y cumplimiento de la gestión, se han adelantado la aplicabilidad periódica de los indicadores del Plan de Gestión, indicadores de calidad con la periodicidad indicada. Para la vigencia 2026, se adelantó la medición de 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. 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 esos: el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité Institucional Coordinador de Control Interno, Conciliaciones y Defensa Judicial, Sostenibilidad Contable, Facturación, Cartera, Glosas y los Comités misionales de Ley. Debilidades Adelantar la formulación del plan de acción o plan de trabajo del Programa de Transparencia y Ética Pública	8%
Información y comunicación	Si	93%	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 adelantó el proceso de alistamiento de series y subseries documentales, las cuales fueron presentadas al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para su aprobación; de la misma manera en lo relacionado a la Gestión Documental, así mismo se dio inicio e implementación de la ventanilla única institucional, como mecanismo de comunicación interna institucional y externa con demás grupos de valor e interés, enmarcados en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Por otra parte se presentó, socializó y publicó en página web institucional la Política de información y comunicación y la Política de Seguridad de la Información Institucional. Se dispone de la página web institucional, que presenta la información institucional bajo los lineamientos establecidos de la Ley 1712 de 2014 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 SECOP II y SIA observa, el cual es objeto de seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno. 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; Se avanzó en pro de la implementación de la Ley 1581 de 2012, por medio del cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, a través de instrumentos como (manuales, Políticas, formatos, avisos, procedimientos), el cual coadyuvo a identificar los encargados de las bases de datos que se administran institucionalmente. De la misma manera, se avanzó en la actualización del Registro de los Activos de Información Clasificada y Reservada, dando cumplimiento a los lineamientos normativos de la Ley 1712 de 2014, por medio del cual se crea la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Nacional Se revisó y actualizó inventario de información clasificada y reservada y el registro de activos de información, a disposición en pagina web institucional. (Link Transparencia) Se adelantó la actualización de las series series y subseries documentales en las diferentes áreas institucionales Debilidades: La implementación en su totalidad de los módulos para el carque de información en el Sistema PANACEA.	89%	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 adelantó el proceso de alistamiento de series y subseries documentales, las cuales fueron presentadas al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para su aprobación; de la misma manera en lo relacionado a la Gestión Documental, así mismo se dio inicio e implementación de la ventanilla única institucional, como mecanismo de comunicación interna institucional y externa con demás grupos de valor e interés, enmarcados en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Por otra parte se presentó, socializó y publicó en página web institucional la Política de información y comunicación y la Política de Seguridad de la Información Institucional. Se dispone de la página web institucional, que presenta la información institucional bajo los lineamientos establecidos de la Ley 1712 de 2014 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 SECOP II y SIA observa, el cual es objeto de seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno. 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; Se avanzó en pro de la implementación de la Ley 1581 de 2012, por medio del cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, a través de instrumentos como (manuales, Políticas, formatos, avisos, procedimientos), el cual coadyuvo a identificar los encargados de las bases de datos que se administran institucionalmente. De la misma manera, se avanzó en la actualización del Registro de los Activos de Información e Información Clasificada y Reservada, dando cumplimiento a los lineamientos normativos de la Ley 1712 de 2014, por medio del cual se crea la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Nacional Debilidades: La implementación en su totalidad de los módulos para el cargue de información en el Sistema PANACEA. Adelantar la actualización de las series y subseries documentales en las diferentes áreas institucionales	4%
Monitoreo	Si	100%	Fortalezas: Para la vigencia 2026, 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 SIHO (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 3100 de 2019 y la autoevaluación del Sistema Único Acreditación, bajo el manual de estándares versión 3.1, como se establece por normatividad 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 PQRSDF, se realizó evaluación al Plan de acción de la implementación del Sistema Integrado de Riesgos de Gestión Institucional (SARLAFT – SICOPI) y se evaluó el estado del Sistema de Control Interno; así mismo se reportó las mediciones de los indicadores de Ley establecidos para el Sistema de Información de Calidad, la Resolución 256 de 2016 y el Decreto Nacional 2193 de 2004 de la vigencia. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICCI, 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 en el Plan de Auditorías y Seguidientos de la vigencia en mención 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 2026, 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 adelantó el programa de auditorías que se formuló para la vigencia 2026, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, se han adelantado las auditorías internas al proceso Gestión Administrativa (Subproceso Jurídica y Contratación), (Subproceso Recurso Humano), (Subproceso Gestión Documental), SIAU, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO (SUBPROCESO PLANEACIÓN); de la misma manera se adelantó por parte de la Contraloría Municipal de Barrancabermeja, Auditoría Financiera, Gestión y Resultados a la ESEB vigencia 2024, para lo cual se formuló Plan de Mejoramiento, producto de los hallazgos detectados en dicha Auditoría, el cual presenta el cumplimiento oportuno del 100% en el desarrollo de las acciones, según los tiempos y fechas definidas. Debilidades Realizar la integralidad de las auditorías asistenciales que se ejecutan por medio de la implementación del Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad en Salud SOGCS, con el Sistema Institucional de Control Interno en áreas de formular un solo Programa Institucional de Auditorías y Seguimientos	96%	Fortalezas: Para la vigencia 2026, 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 SIHO (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 3100 de 2019 y la autoevaluación del Sistema Único Acreditación, bajo el manual de estándares versión 3.1, como se establece por normatividad 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 PQRSDF, se realizó evaluación al Plan de acción de la implementación del Sistema Integrado de Riesgos de Gestión Institucional (SARLAFT – SICOPI) y se evaluó el estado del Sistema de Control Interno; así mismo se reportó las mediciones de los indicadores de Ley establecidos para el Sistema de Información de Calidad, la Resolución 256 de 2016 y el Decreto Nacional 2193 de 2004 de la vigencia. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICCI, 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 en el Plan de Auditorías y Seguidientos de la vigencia en mención 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 2026, 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 adelantó el programa de auditorías que se formuló para la vigencia 2026, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, se han adelantado las auditorías internas al proceso Gestión Administrativa (Subproceso Jurídica y Contratación), (Subproceso Recurso Humano), (Subproceso Gestión Documental) y SIAU, así mismo se encuentra en ejecución la Auditoría Interna a los Procesos Direccionamiento Estratégico (Planeación) y Sistemas Integrados de Gestión (Seguridad y Salud en el Trabajo); de la misma manera se adelantó por parte de la Contraloría Municipal de Barrancabermeja, Auditoría Financiera, Gestión y Resultados a la ESEB vigencia 2025, para lo cual se formuló Plan de Mejoramiento, producto de los hallazgos detectados en dicha Auditoría, el cual presenta avances significativos en el cumplimiento oportuno en el desarrollo de las acciones, según los tiempos y fechas definidas. Debilidades Establecer mayor compromiso de parte de líderes de proceso, a fin de fortalecer la gestión del riesgo y la eficiencia institucional.	4%

EDGAR SUAREZ GUTIERREZ
Jefe Oficina Asesora de Control Interno
ESE Barrancabermeja

