

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI – E.S.E

**INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA
DE CONTROL INTERNO
PRIMER SEMESTRE 2025**

Elaborado por:
MAGDA YURANY TRILLERAS YARA
Asesora de Control Interno USI E.S.E

Fecha de reporte:
31 de julio de 2025

INTRODUCCIÓN

En atención a lo estipulado en el Decreto 2106 de 2019 “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” (artículo 156), donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, se presenta en este informe, el resultado de la aplicación del formato emitido, a través del cual se realiza análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, y su efectividad en relación con la estructura de control, determinando el cumplimiento de los lineamientos de los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno y obteniendo el porcentaje de cumplimiento del Sistema de Control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué USI E.S.E, con relación al primer semestre de 2025.

OBJETIVO

Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué USI – E.S.E, a través del formato “informe Sistema de Control Interno parametrizado” emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública y determinar su estado y porcentaje de cumplimiento respecto al primer semestre de 2025.

ALCANCE

El presente informe corresponde al cumplimiento del Sistema de Control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué, y de los cinco componentes que estructuran el Modelo Estándar de control Interno, con relación al primer semestre de 2025.

MARCO NORMATIVO

NORMA	DESCRIPCIÓN
LEY 87 DE 1993	Artículo 2, literal b, el cual establece “Garantizar la eficiencia, la eficacia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional”. Artículo 12 “Funciones de los auditores internos”.

**DECRETO 2106
DE 2019**

ARTÍCULO 156. Reportes del responsable de control interno. El artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedará así:

ARTÍCULO 14. Reportes del responsable de control interno. El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, en una entidad de la Rama Ejecutiva del orden nacional será un servidor público de libre nombramiento y remoción, designado por el Presidente de la República.

Este servidor público, sin perjuicio de las demás obligaciones legales, deberá reportar a los organismos de control los posibles actos de corrupción e irregularidades que haya encontrado en ejercicio de sus funciones.

El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.

En aquellas entidades que no dispongan de sitio web, los informes a que hace referencia el presente artículo deberán publicarse en medios de fácil acceso a la ciudadanía. (Subrayado fuera de texto)

Los informes de los funcionarios del control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten.

**CIRCULAR
EXTERNA 100-
006 DEL 19 DE
DICIEMBRE DE
2019**

Precisa las fechas de publicación del informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno que debe hacer el jefe de control interno o quien haga sus veces, de la siguiente manera:

Fechas de Corte	Fechas de Publicación
1 de enero a 30 junio de cada vigencia	1 de julio a 31 de diciembre de cada vigencia
30 de julio de cada vigencia	31 de enero de la siguiente vigencia

METODOLOGÍA

Para la realización del informe se tomó la herramienta, el Formato Informe Semestral Sistema de Control Interno, emitido por el Departamento Administrativo de la Función pública, para evaluar los Sistemas de Control Interno de manera integral y determinar el porcentaje de implementación de la 7ª dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Luego, se procedió al diligenciamiento del formato teniendo en cuenta el instructivo, donde brinda orientaciones generales del archivo, finalmente se analizaron los resultados y se registraron las conclusiones sobre la evaluación del Sistema de control Interno.

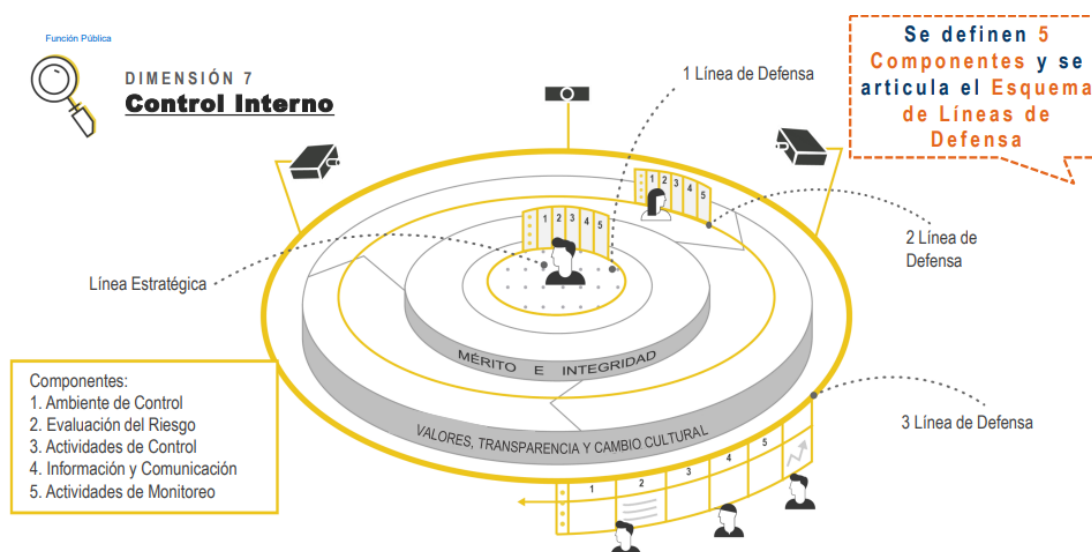
DESARROLLO

1. Dimensión Control Interno

El propósito de esta dimensión es suministrar una serie de lineamientos y buenas prácticas en materia de control interno, cuya implementación debe conducir a las entidades públicas a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

Con esta dimensión, y la implementación de la política que la integra, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”.

El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.



Fuente: Departamento Administrativo de la Función pública - DAFP

2. Política de Control Interno.

El propósito de esta política es permitir a las entidades contar con acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. Con la implementación de esta política, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”.

Para la implementación de esta política se cuenta con el Modelo Estándar de Control Interno MECI, herramienta que proporciona una estructura de control a la gestión, la cual especifica los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).

Para ello, las entidades, en términos generales deberán diseñar y mantener la estructura del MECI a través de sus cinco componentes i) Ambiente de Control; ii) Evaluación del Riesgo; iii) Actividades de Control; iv) Información y Comunicación; v) Actividades de Monitoreo. Así mismo, es necesario asignar las responsabilidades en la materia, a cada uno de los servidores, acorde con el esquema de las líneas de defensa.

Para la implementación de esta política, se deben considerar los siguientes lineamientos:

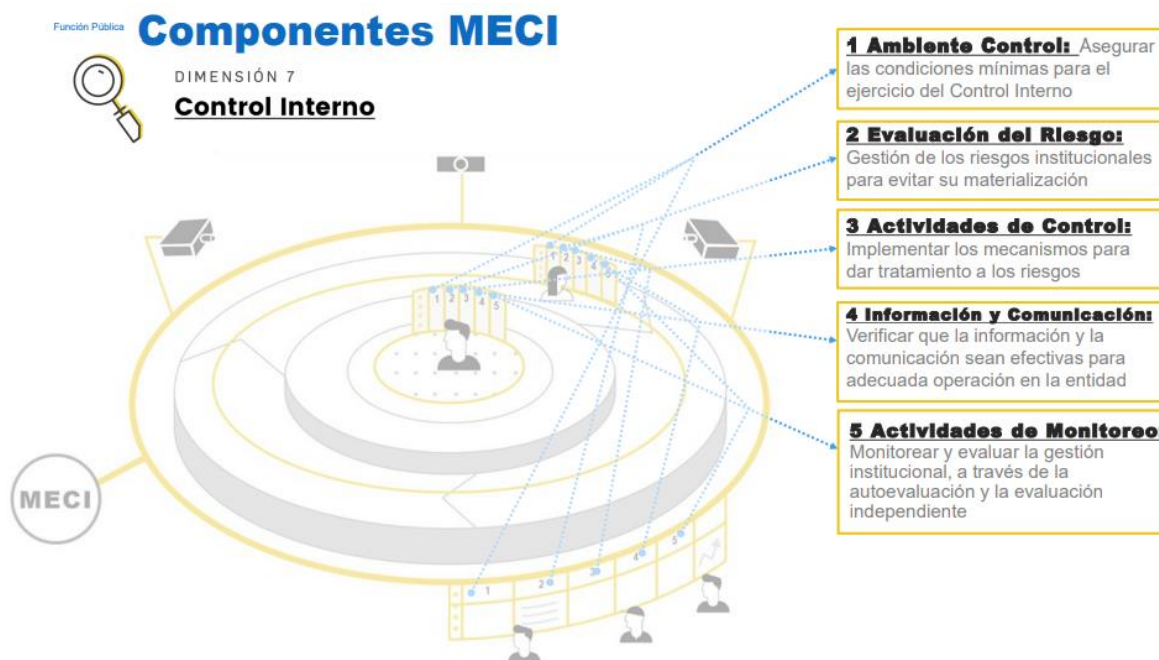
Primero: Asegurar un ambiente de Control. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en las siguientes materias: La integridad (valores) y principios del servicio público; asignación de la responsabilidad y autoridad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de reporte; definición de una planeación estratégica, responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento; una gestión del talento humano con carácter estratégico y con un despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público.

Segundo: Asegurar la gestión del riesgo en la entidad. Esto se logra con un ejercicio liderado por el Representante Legal y todo su equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, para identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

Tercero: Diseñar y llevar a cabo las actividades de control del riesgo en la entidad. En este componente se diseñan e implementan controles, esto es, los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, con el fin de mitigar los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Se involucra la implementación de políticas de operación, procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.

Cuarto: Efectuar el control a la información y la comunicación organizacional. Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

Quinto: Implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad. En este componente confluyen las actividades en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.



Fuente: Departamento Administrativo de la Función pública - DAFP

3. Evaluación Integral del Sistema de Control Interno

El objetivo del formato es adelantar un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, éste último aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

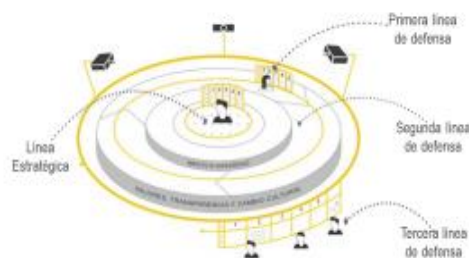
El formato permite determinar si el SCI está: PRESENTE y FUNCIONANDO



Implementación de las políticas de Gestión y Desempeño contenidas en MIPG, le permiten a la entidad establecer su **estructura para la gestión y adecuada operación**, dentro de la cual **se encuentran inmersos los controles**.



Presente

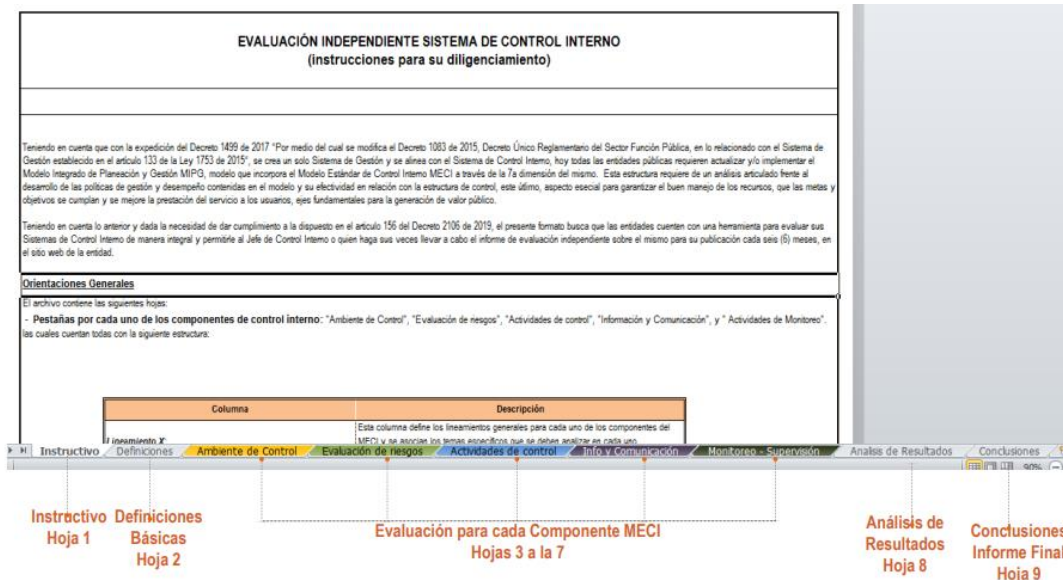


El MECI a través de sus 5 componentes permitirán a la entidad **establecer la efectividad de los controles** diseñados desde la estructura del MIPG.



Funcionando

4. Estructura del Formato



Función Pública

Calificaciones aplicables por Componente

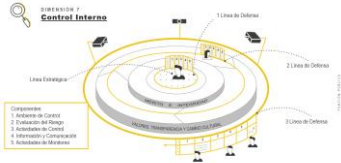
Columna	Descripción
Lineamiento X:	Esta columna define los lineamientos generales para cada uno de los componentes del MECI y se asocian los temas específicos que se deben analizar en cada uno.
DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	En esta columna se deben asociar la (s) dimensión (es), así como la (s) política (s) de gestión y desempeño que permiten el desarrollo del tema en la entidad, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
Evaluación "si se encuentra Presente" Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Indicar el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta. De acuerdo con lo identificado como resultado de la evaluación del requerimiento, seleccione de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con las siguientes definiciones: 1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento. 2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas 3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento. Nota: Entiendase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), propósito (objetivo), Como se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia (documentación).
EVIDENCIA DEL CONTROL	Relaciona el consecutivo de las evidencias que se identifican en relación con la efectividad del control.
No. Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Indicar las acciones que se han adelantado para evaluar el estado del Sistema de Control Interno en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Acciones entendidas a las modificaciones, actualizaciones y actividades de fortalecimiento del sistema a partir de la normatividad vigente.
Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	Indicar las acciones que se han adelantado en el marco de la evaluación independiente (auditoría interna), sobre el estado del Sistema de Control Interno. Acciones entendidas en la evaluación y monitoreo de la efectividad del control, incluyendo el seguimiento a los controles de la primera y segunda línea de defensa.
Evaluación "si se encuentra Funcionando"	Seleccionar de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con los siguientes criterios y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno así: 1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado) 2 - El control opera como está diseñado pero con algunas fallas 3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

RESULTADO

En la hoja de conclusiones, se establece de forma global el estado del Sistema de Control Interno de la entidad evaluada (se define un % de avance). Además, establece para cada uno de los componentes si se encuentran PRESENTES y FUNCIONADO, con su % de avance.

A continuación, se ilustra el resultado de la evaluación de Estado del Sistema de control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué USI E.S.E. a junio de 2025.

Nombre de la Entidad:	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ - USI E.S.E
Período Evaluado:	DEL 01 DE ENERO DE 2025 AL 30 DE JUNIO DE 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

63%

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):	En proceso	De acuerdo a la evaluación de los cinco componentes de la Dimensión 7 "Control interno" del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, correspondiente a la estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI, basada en el análisis de los resultados del FURAG, los informes de seguimiento y evaluaciones independientes de la Oficina de Control Interno, y las evidencias de cumplimiento de los distintos lineamientos, se determina que no todos los componentes están operando de manera adecuada e integrada. El índice de la política de control interno según FURAG 2024 disminuyó respecto al 2023, no obstante, con relación a la vigencia 2025 se evidencian avances que permiten mejorar la calificación en la evaluación del SCI, sin embargo, aún se presentan aspectos que deben fortalecerse como se indican en las debilidades de cada componente.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno de la Unidad de Salud de Ibagué - USI E.S.E., es efectivo por cuanto en la evaluación del primer semestre 2025 presenta aumento en el puntaje, respeto al obtenido en la evaluación con corte a diciembre 2024; si bien en el FURAG 2024 se obtuvo un índice de control interno 42,0, puntaje inferior al del grupo par (75,1 puntos), en la vigencia 2025 se han emprendido acciones que han permitido mejorar el ambiente de control, la evaluación de los riesgos, las actividades de control y monitoreo. Se deberá continuar avanzando con la implementación de la política de control interno para cumplir el objetivo de MIPG "Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua".
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	A través de la Resolución 435 de 2018 se adoptó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, contemplando entre otras, la dimensión y la política de gestión y desempeño "Control Interno", así mismo, establece los roles y responsabilidades para la implementación del MIPG, y se establece dentro de la institucionalidad del Modelo, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cual fue creado mediante Resolución 434 de 2018 y modificado mediante Resolución 091 de 2025, como órgano de asesoría y decisión en los asuntos de control interno de la USI ESE, si bien no se ha documentado las líneas de defensa del MECI, el esquema de responsabilidades frente al Sistema de Control Interno, se ha dado a conocer a través de comités internos, capacitaciones y está funcionando en la práctica a través de la gestión estratégica, operativa y de evaluación independiente; no obstante, se debe documentar y divulgar para su interiorización.

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	63%	DEBILIDADES: - No se cuenta con una oficina o encargado de control interno disciplinario, por lo cual no se están adelantando procesos disciplinarios frente a quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad. - Falta estrategias de implementación del Código de Integridad, donde se desarrollen actividades que fortalezcan la apropiación y/o adaptación al Código, como: divulgación y capacitación sobre el código, espacios para la reflexión y el diálogo sobre el ambiente y cultura organizacional, mecanismos de seguimiento y evaluación, entre otras. - Si bien se aplican algunos mecanismos para el manejo de conflicto de interés, no se encuentra documentado el proceder, de tal manera que el procedimiento sea claro. - No se cuenta con una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos de los valores institucionales. - Se tienen definidos los roles y responsabilidades frente a la implementación del MIPG (Resolución 435 de 2018), pero no se tienen definidas y documentadas las líneas de defensa del Sistema de Control Interno. - Se tiene definida y documentada la política de administración de riesgos, pero requiere ser actualizada conforme a los lineamientos de la guía expedida por función Pública y fortalecer su aplicación por parte de los grupos de trabajo de la entidad. - Si bien se cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente, y los riesgos de este tipo se les da tratamiento según su propia metodología, se ha interrumpido la disponibilidad del líder de este programa y por tratarse de riesgos directamente relacionados con la prestación de los servicios de salud, debe tener un responsable constante. FORTALEZAS: - Se cuenta con un Comité de Convivencia laboral - Se tiene adoptado el código de integridad del servicio público en la USI ESE (Res 494 de 2019) - Se cuenta con un plan de seguridad y privacidad de la información GSI-SI-PR-001. - Se cuenta con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y una matriz institucional de riesgos, donde se encuentran identificados algunos de corrupción, al cual se le realizó seguimiento. - Se actualizó la conformación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Resolución 091 de 2025), y se han realizado 4 jornadas de reunión (Acta 01 del 31/01/2025; Acta 02 del 30/05/2025, 13/06/2025 y 02/07/2025). - Se realiza gestión de riesgos del SG-SST, conforme a su propia metodología. - Se cuenta con un Comité de Gestión y Desempeño activo, a través del cual se realiza seguimiento a la planeación estratégica y al cumplimiento de los planes institucionales. Además, se analizan los reportes de gestión y financieros. - Se cuenta con un Plan Estratégico de Talento Humano que contempla el ciclo de vida del servidor público: ingreso, desarrollo y retiro. - El Plan Anual de Auditoría y seguimiento vigencia 2025, fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	58%	DEBILIDADES: - No se cuenta con un código de integridad documentado y aplicado, según lineamientos de función pública. - Si bien se aplican mecanismos para el manejo de conflicto de interés, no se encuentran documentados. - No se cuenta con una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos de los valores institucionales. - Se tiene conformado el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Resolución 434 de 2018), pero en la vigencia 2024 no funcionó adecuadamente. - Se tienen definidos los roles y responsabilidad frente a la implementación del MIPG (Resolución 435 de 2018), pero no se tienen definidas y documentadas las líneas de defensa del Sistema de Control Interno. - No se tiene definida y documentada la política de administración de riesgos, acorde a los lineamientos de la guía expedida por función Pública. - Si bien se cuenta con un Plan Institucional de Capacitación - PIC, no se está evaluando su impacto. - No se está analizando la información suministrada por la 3a línea de defensa para la toma de decisiones. FORTALEZAS: - Se cuenta con un plan de seguridad y privacidad de la información GSI-SI-PR-001. - Se cuenta con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, basado en la matriz de riesgos de corrupción, al cual se le realizó seguimiento. - Se realiza gestión de riesgos del SG-SST y el Programa de Seguridad del Paciente, conforme a su propia metodología. - Se cuenta con un Comité de Gestión y Desempeño activo, a través del cual se realiza seguimiento a la planeación estratégica y al cumplimiento de los planes institucionales. Además, se analizan los reportes de gestión y financieros. - Se cuenta con un Plan Estratégico de Talento Humano que contempla el ciclo de vida del servidor público: ingreso, desarrollo y retiro. - El Plan Anual de Auditoría, fue aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño y fue ejecutado parcialmente; sin embargo, se debe aprobar por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	5%

Si	62%	DEBILIDADES: - No se cuenta con un Plan de Desarrollo o Estratégico, aprobado por la Junta Directiva y adoptado por la USI ESE. - Si bien se realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones y metas de los planes y programas institucionales, no se está documentando la evaluación periódica de los objetivos por parte de la Alta Dirección. - La política de administración de riesgos no se encuentra documentada, de acuerdo a los lineamientos emitidos por Función Pública en la última versión de la guía. - Si bien el alcance de la política de administración del riesgo e la USI ESE, define lineamientos para toda la entidad, no todos los procesos aplican la metodología. - Si bien a través del monitoreo y seguimiento (2a y 3a línea de defensa) se identifican fallas o incumplimientos en los controles, no se está definiendo y documentando las acciones para su mejora. FORTALEZAS: - Los planes institucionales, de Gestión y de Acción, se formulan y armonizan con los objetivos institucionales y operativos. - Se cuenta con una política de administración de riesgos adoptada. - Se formuló mapa institucional de riesgo en herramienta estructurada conforme a los lineamientos de la guía de Función Pública. - Se ha realizado monitoreo a la matriz de riesgos por parte de Planeación y seguimiento a los controles de la misma por parte de la Oficina de Control Interno. - De acuerdo al análisis del entorno, se definen los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción, por lo cual, en la matriz institucional se contemplan riesgos de este tipo.	53%	DEBILIDADES: - Si bien se realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones de los planes institucionales, no se están midiendo los objetivos de los procesos, programas y planes. - No se cuenta con una política de administración de riesgos documentada, de acuerdo con los lineamientos emitidos por Función Pública. - No se evalúa periódicamente, las fallas de los controles para definir los cursos de acción para su mejora, basados en la información de la 2a y 3a línea de defensa, y su impacto sobre el control interno debido a cambios. FORTALEZAS: - A través del ejercicio de planeación estratégica se formulan y armonizan los planes institucionales. - Se formula y se realizan seguimientos al mapa de riesgo institucional, incorporado como Plan Anticorrupción; aunque la metodología no corresponde plenamente a los lineamientos de la guía de función pública, se realizó gestión de los riesgos y se ejecutaron controles para su mitigación.	9%
Si	75%	DEBILIDADES: - Se han identificado situaciones donde no es posible segregar funciones por falta de personal, para la ejecución de actividades de control frente a riesgos identificados. - Si bien se evalúan los controles de los procesos a través de seguimiento y auditorías internas (de gestión, de calidad, concurrentes y de cuentas médicas), no se están documentando los planes de mejoramiento, dejando evidencia de las acciones correctivas y de mejora que se han emprendido. - El monitoreo de los riesgos por parte de los líderes de proceso no es periódico, presentan evidencia de la ejecución de los controles con previa solicitud de planeación y control interno, para el respectivo monitoreo y seguimiento. - No se aplica de manera sistemática, la metodología de la política de administración de riesgos. FORTALEZAS: - Las actividades de control se encuentran desagregadas en los líderes de procesos, programas y servicios, así como en control interno. - Los otros sistemas de gestión como el SOGCS se integra con la estructura de control de la USI ESE. - Se tiene establecidas actividades de control sobre la infraestructura tecnológica, por ello, se cuenta con una política y plan de seguridad y privacidad de la información, donde se desarrollan acciones de mitigación, como: controles de acceso, autenticación robusta, programas antivirus, copias de seguridad periódicas, educación al personal sobre la prevención, etc. - En el plan de seguridad y privacidad de la información, se tienen establecidos los roles y las responsabilidades. - La 3a línea de defensa suministra información de los controles de los riesgos de seguridad de la información producto del seguimiento de la matriz de riesgos y evaluación de la implementación y efectividad de los controles.	63%	DEBILIDADES: - No se cuenta con información de la 3a línea de defensa sobre los controles implementados por los proveedores de servicios de tecnologías para la mitigación de los riesgos. - El monitoreo de los riesgos por parte de los líderes de proceso no es periódico, falta documentar en la política de administración de riesgos, la metodología, parámetros y los responsables del monitoreo y seguimiento de los mismos. FORTALEZAS: - Las actividades de control se encuentran desagregadas en los líderes de procesos, programas y servicios, así como en control interno. - Los otros sistemas de gestión como el SOGCS se integra con la estructura de control de la USI ESE. - Se tiene establecidas actividades de control sobre la infraestructura tecnológica, por ello, se cuenta con una política y plan de seguridad y privacidad de la información, donde se desarrollan acciones de mitigación, como: controles de acceso, autenticación robusta, programas antivirus, copias de seguridad periódicas, educación al personal sobre la prevención, etc. - En el plan de seguridad y privacidad de la información, se tienen establecidos los roles y las responsabilidades.	12%
Si	57%	DEBILIDADES: - Tablas de Valoración Documental y Tablas de Retención Documental, se encuentran aprobadas en primera instancia por el Comité Interno de Archivo, pero aún no han sido aprobada en segunda instancia por el Consejo Departamental de Archivos. Además, estas deben ajustarse nuevamente según cambios en la normatividad, en los procesos y de acuerdo al resultado del proceso de modernización administrativa que se encuentra en curso. - Se cuenta con canales de información, pero no se evalúa su efectividad. - Si bien se cuenta con un área responsable y una herramienta (ORFEO) para la correspondencia, se está subutilizando por falta de adherencia en su manejo. - No se tiene caracterizados todos los usuarios o grupos de valor y éstos no se analiza periódicamente, es necesario tener en cuenta los lineamientos de la Guía de Caracterización de Usuarios del DNP, con el fin de identificar las características, necesidades, expectativas y preferencias. FORTALEZAS: - La Entidad cuenta con el sistema Dinamica, a través del cual se procesan datos, aún falta fortalecer el uso en todos los módulos habilitados para garantizar su integridad. - Se cuenta con un inventario de información clasificada y reservada, así como - Se cuenta con controles para la confidencialidad a través de cláusulas contractuales, la política de cifrado y protección de datos, la política de privacidad del paciente, entre otros. - El área de Atención al Usuario mide la percepción de los usuarios y presenta los resultados de la satisfacción global ante el Comité de Gestión y Desempeño, donde es analizada. - Se cuenta con un Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR, así como con un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, y un Plan de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, debidamente aprobados. - La página web es el canal masivo más utilizado para comunicar información institucional.	57%	DEBILIDADES: - Tablas de Valoración Documental y Tablas de Retención Documental, se encuentran aprobadas en primera instancia por el Comité Interno de Archivo, pero aún no han sido aprobada en segunda instancia por el Consejo Departamental de Archivos. Además, estas deben ajustarse nuevamente según normatividad vigente y resultado del proceso de modernización administrativa que se encuentra en curso. - Se cuenta con canales de información, pero no se evalúa su efectividad. - Si bien se cuenta con un área responsable y una herramienta (ORFEO) para la información entrante, no se cuenta con un procedimiento documentado para su manejo, además requiere de mecanismos para garantizar su adherencia y mejorar su utilización. FORTALEZAS: - La Entidad cuenta con el sistema Dinamica, a través del cual se procesan datos, aún falta fortalecer el uso en todos los módulos habilitados para garantizar su integridad. - Se cuenta con un inventario de información clasificada y reservada, así como - Se cuenta con controles para la confidencialidad a través de cláusulas contractuales, la política de cifrado y protección de datos, la política de privacidad del paciente, entre otros. - El área de Atención al Usuario mide la percepción de los usuarios y presenta los resultados de la satisfacción global ante el Comité de Gestión y Desempeño, donde es analizada. - Se cuenta con un Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR, así como con un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, y un Plan de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, debidamente aprobados y con ejecución en la vigencia 2024. - La página web es el canal masivo más utilizado para comunicar información institucional.	0%

Monitoreo	Si	61%	DEBILIDADES: - No se está evaluando periódicamente los resultados de las evaluaciones independientes para concluir sobre la efectividad del Sistema de Control Interno e impacto en el logro de los objetivos. - La Entidad no cuenta con una política donde se establezca y se documente el proceder cuando se identifiquen deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo por parte de los líderes de áreas, procesos o programas (1a y 2a línea de defensa). - No se cuenta con planes de mejoramientos producto de autoevaluaciones y algunas auditorías internas: concurrentes y de calidad (EPS). FORTALEZAS: - El Plan Anual de Auditorías y Seguimientos 2025, fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Acta 01 del 31/01/2025) y se ha realizado seguimiento a su ejecución por parte de dicha instancia. - La Oficina de Control interno realiza evaluaciones independientes según sus roles y conforme al plan anual de auditorías y seguimientos aprobado; dentro de estos se realiza seguimiento a la matriz de riesgos en el que se evalúa a la ejecución y efectividad de los controles. - El encargado de Planeación realiza monitoreo al cumplimiento de planes institucionales (2a línea de defensa). - Dentro de la evaluación independientes s e tiene en cuenta las evaluaciones de los organismos de control, de vigilancia y otros como una mirada independiente de las operaciones de la USI ESE. - La oficina de atención al usuario presenta mensualmente informe sobre las PQRSF ante el comité de PQRSF como instancia dentro del Comité de Gestión y Desempeño, donde se analizan los resultados.	50% DEBILIDADES: - El Plan Anual de Auditorías no fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y no se realizó seguimiento a su ejecución por parte de dicha instancia. - No se está evaluando periódicamente los resultados de las evaluaciones independientes para concluir sobre la efectividad del Sistema de Control Interno e impacto en el logro de los objetivos, y se emprendan las acciones de mejora frente a las debilidades identificadas. - La Entidad no cuenta con una política donde se establezca a quien reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo por parte de los líderes de áreas, procesos o programas. - No se cuenta con planes de mejoramientos producto de autoevaluaciones y auditorías internas. FORTALEZAS: - La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones independientes sobre la efectividad de los controles para evitar la materialización de riesgos. - La Entidad considera evaluaciones externas como las auditorías de entes de control y EPS, para contar con una mirada independiente de las operaciones. - Los informes de entes externos se analizan y se emprenden acciones de mejora. - La oficina de atención al usuario presenta mensualmente informe sobre las PQRSF ante el comité de PQRSF como instancia dentro del Comité de Gestión y Desempeño, donde se analizan los resultados.	11%
-----------	----	-----	---	--	-----