	FORMATO DE COMUNICACIONES		FECHA ELABORACION: 01-04-2019
	CODIGO: CAL-F-027		FECHA ACTUALIZACION: 12-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 1 - 1
			REVISÓ Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

1100-310-60

OCI- 093

Bucaramanga, 22 de mayo de 2025

Doctor
HERNÁN DARIO ZÁRATE ORTEGÓN
Gerente
E.S.E ISABU

Ingeniera
OLGA LUCÍA MANTILLA URIBE
Jefe Oficina Asesora de Planeación
E.S.E ISABU
Bucaramanga

Firma _____
Radicado: **00001641**
Enviado: 22/05/2025 - 1:40 p.m.
ventanillaunica
ESE ISABU



ASUNTO: Seguimiento Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) 2025

Cordial saludo:

La oficina de control interno en cumplimiento de sus funciones, remite informe de seguimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) 2025 correspondiente al primer cuatrimestre vigencia 2025, en la cual se consigna el seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas para la mitigación de los riesgos identificados.

Atentamente,

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

PRIMER INFORME DE EVALUACIÓN AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - VIGENCIA 2025

INTRODUCCIÓN

De conformidad con la Ley 2195 de 2022 a través de la cual en su artículo 31 modificó el artículo 73 de la ley 1474 de 2011 que contemplaba el Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano y en su lugar implementó el Programa de Transparencia y Ética Pública y dispuso: **“Artículo 73.** Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad. Este programa contemplara, entre otras cosas:

- a. Medidas de debida diligencia en las entidades del sector público.
 - b. Prevención, gestión y administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas y riesgos de corrupción, incluidos los reportes de operaciones sospechosas a la UIAF, consultas en las listas restrictivas y otras medidas específicas que defina el Gobierno Nacional dentro del año siguiente a la expedición de esta norma;
 - c. Redes interinstitucionales para el fortalecimiento de prevención de actos de corrupción, transparencia y legalidad;
 - d. Canales de denuncia conforme lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011;
 - e. Estrategias de transparencia, Estado abierto, acceso a la información pública y cultura de legalidad;
 - f. Todas aquellas iniciativas adicionales que la Entidad considere necesario incluir para prevenir y combatir la corrupción.
- (...)


PARAGRAFO 2. Las entidades del orden territorial contarán con el término máximo de dos (2) años y las entidades del orden nacional con un (1) año para adoptar Programa de Transparencia y Ética Pública.

En un contexto general, el párrafo 3 del artículo 73 de la ley 1474 de 2011, asigna a la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República la función de señalar las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que deben cumplir el Programa de Transparencia y Ética Pública, el cual tendrá un enfoque en riesgos.

Mediante Decreto 1122 de 2024, por medio del cual se reglamenta el artículo 73 de la ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los programas de Transparencia y Ética Pública, se dispone el ámbito de aplicación, la metodología y estructura de los Programas de Transparencia y Ética Pública, mediante el desarrollo de un anexo técnico. Al tenor del mencionado decreto, los Programas de cada entidad deberán publicarse en su sede electrónica en los términos del artículo 9 de la ley 1712 de 2014.

La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, en desarrollo de las funciones asignadas en la Ley 2195 de 2022, elaboró un Anexo Técnico, el cual desarrolla la metodología y estructura de los Programas de Transparencia y Ética Pública, así como herramientas de planeación que contribuirán a asegurar la confianza ciudadana en las instituciones, afianzar el relacionamiento con sus grupos de interés, minimizar la materialización de riesgos de corrupción y atender de manera idónea y oportuna las necesidades y derechos de los ciudadanos a través del fortalecimiento de sus procesos y procedimientos.

Teniendo en cuenta las directrices impartidas en la normatividad vigente, el Programa de Transparencia y Ética Pública se estructurará teniendo en cuenta diferentes componentes que contemplan una serie de acciones, cada acción se desarrolla mediante instrumentos. Es así como se debe desarrollar un componente transversal en la cual se definen objetivos alcance, planear estratégicamente su implementación, administrar la administración, supervisión y monitoreo,

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 2-43
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

fijar reportes, establecer las estrategias de comunicación, entre otras; y un componente programático que establecerá la estrategia institucional para la lucha contra la corrupción, tales como políticas, procedimientos y códigos de conducta.

Teniendo en cuenta lo anterior y en virtud del papel desarrollado por las oficinas de control interno respecto al rol de EVALUACIÓN Y MEJORA en virtud del cual “Se refiere a la necesidad de contar con el apoyo de los expertos en auditoría de la Entidad para que, de conformidad con sus funciones y roles, se desarrollen las actividades necesarias para el respectivo componente. Contempla acciones como: obtención de evidencias, evaluación objetiva”¹, le corresponde a esta oficina realizar auditoría con el fin de identificar si los objetivos se están cumpliendo y alertar sobre las diferencias ente los resultados esperados y los obtenidos, el procedimiento para la aplicación de las medidas correctivas y los casos en que habrá lugar a una reformulación.

ALCANCE

El alcance del presente seguimiento corresponde a la verificación de las actividades establecidas, con fecha de cumplimiento dentro del periodo comprendido 01 de enero al 30 de abril de 2025 en el Programa de Transparencia y Ética Pública - Mapa de Riesgos de Corrupción y SARLAF de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.

OBJETIVOS

Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades proyectadas en el Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP – Mapa de Riesgos de Corrupción y SARLAF, correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2025, de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.

MARCO NORMATIVO

- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”
- Ley 2195 de 2022: Por medio del cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones. **Artículo 31:** “PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ETICA EN EL SECTOR PUBLICO. Modifíquese el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el cual quedara así: Artículo 73. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Publica con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad. Este programa contemplara, entre otras cosas: (...)”
- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.
- Decreto 1499 de 2017 “por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”.
- Guía Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6 Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.
- Resoluciones No. 20211700000005-5 de 17 de septiembre de 2021 y 20211700000004-5 de 15 de septiembre de 2021 expedida por la Superintendencia de Salud.

¹ Anexo técnico Programas de Transparencia y Ética Pública, páginas 14 y 15.

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 3-43
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

- Decreto 1122 de 2024 “Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública”.
- Anexo Técnico Programas de Transparencia y Ética Pública.

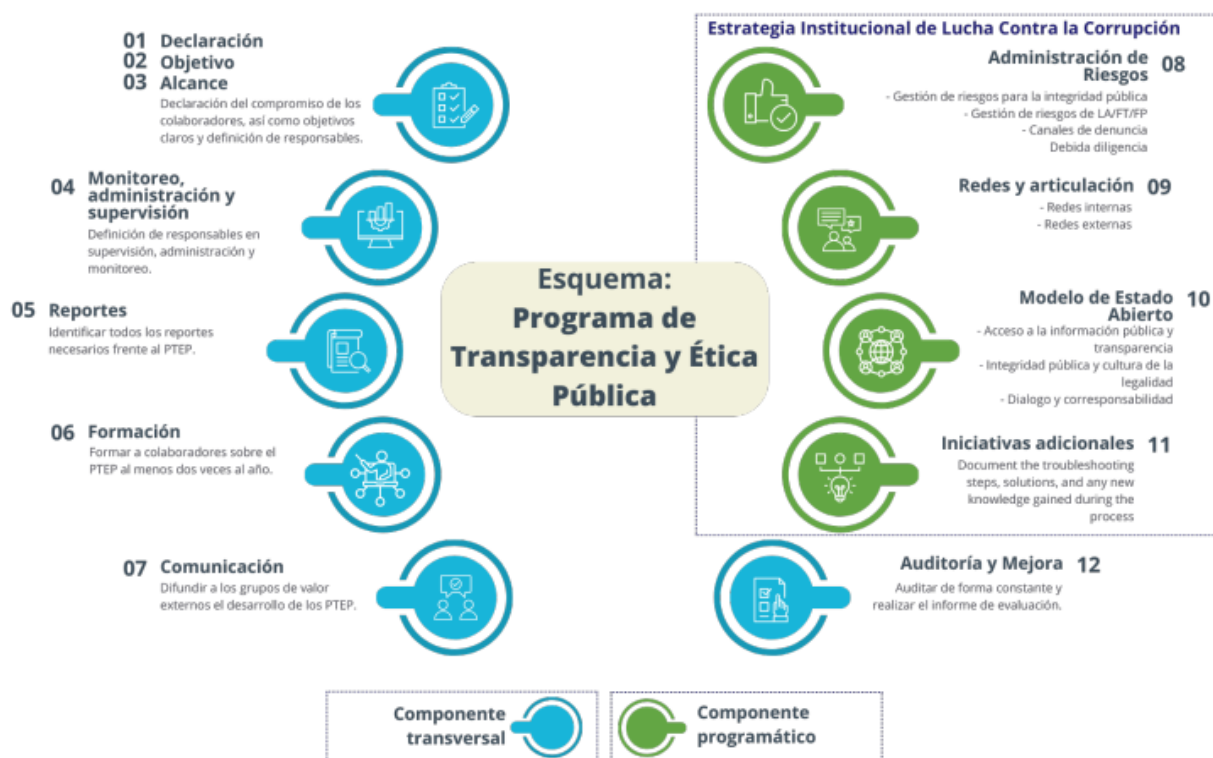
DESARROLLO

El objetivo del Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE ISABU está encaminado a fortalecer la lucha permanente contra la corrupción en la aplicación de los principios de transparencia, eficiencia administrativa y buen gobierno, a través de actividades concretas encaminadas a la identificación, monitoreo oportuno, en cumplimiento con las disposiciones normativas en cuanto a la Transparencia, Acceso a la Información Pública, Gestión de Riesgos de Corrupción, Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, principios y valores del servicio público a partir de la generación de acciones que permitan fortalecer esta cultura y mantenerla en el tiempo.

Este informe se realiza teniendo en cuenta la versión 3 del Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE ISABU, aprobado por el Comité de Gestión del Riesgo según acta No. 02 del 06 de marzo de 2025.

Conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente, el programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE ISABU, se encuentra publicado en la página web institucional en el link <https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/03/1.PTEP-2025.pdf>.

De la lectura del anexo técnico de los programas de transparencia y ética pública se puede desprender que la organización del documento debería contener una estructura parecida a esta, sin perjuicio de lo que disponga la oficina de Planeación, siempre y cuando se manejen todos los componentes.



Fuente: Plan de Transición para la elaboración del Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 SUPERSERVICIOS

AUDITORÍA Y MEJORA DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA – VIGENCIA 2025

La oficina de control interno de la ESE ISABU, desde su rol dentro del Modelo Estándar de Control interno, como tercera línea de defensa, para la vigencia 2025, realizará un seguimiento cuatrimestral del Programa de Transparencia y Ética Pública con el fin de realizar recomendaciones y apreciaciones que contribuya a la construcción final del programa de la ESE ISABU, antes de la fecha límite para su consolidación.

Dentro de las nueve (9) acciones del componente transversal de los Programas de Transparencia y Ética Pública, según lo dispuesto en el Anexo técnico, se encuentra (...):

“9. AUDITORÍA Y MEJORA Acción: los PTEP tienen una vocación de permanencia, en esa medida, es fundamental que estén sometidos a procesos de auditoría que permitan identificar oportunidades de mejora y dar lugar a medidas correctivas o reformulaciones. El Programa se formula una vez y, de ahí en adelante, se va adaptando y mejorando, de acuerdo con los resultados obtenidos, sin perjuicio de que, eventualmente, ante grandes transformaciones sea necesario volverlo a formular.

La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, desde su rol dentro del Modelo Estándar de Control Interno, será la tercera línea y deberá anualmente incorporar el Programa como una unidad auditable y someterla a priorización conforme los lineamientos metodológicos que estas deben observar a través de la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas. Además, deberá la Entidad definir los criterios de evaluación interna para identificar las diferencias entre los resultados esperados y obtenidos; el procedimiento para la aplicación de las medidas correctivas; y los casos en que habrá lugar a una reformulación.


Proceso: Evaluación y mejora. Estándar: 9.1. La auditoría, en principio, está en cabeza de las instancias de control interno (jefe de control interno o quien haga sus veces en cada entidad), no obstante, en el marco de los roles y responsabilidades asignados a través del Esquema de Líneas de Defensa, los responsables de implementar el Programa deben contemplar mecanismos de monitoreo que deben ejecutarse con el objetivo de presentar los informes de avance al Comité Institucional de Gestión y Desempeño”.

Teniendo en cuenta la directiva normativa, esta oficina de control interno realiza seguimiento que, a pesar de no priorizarla como unidad auditable, la incorporó como un seguimiento en el Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2025, dejando un reporte cuatrimestral que sirva de guía para la conformación del documento final. Así las cosas, a pesar de no ser una auditoría, la oficina de control interno si realizará un seguimiento juicioso y responsable, basado en las evidencias entregadas por los líderes, logrando una consolidación de un programa adaptado a la normatividad y a lo dispuesto en el anexo técnico.

Con el fin de iniciar un análisis pormenorizado del documento publicado en la página web de la ESE ISABU, denominado Programa de Transparencia y Ética Pública se revisan a la luz del anexo técnico el contenido del documento:

1. COMPONENTE TRANSVERSAL

El componente transversal recopila las acciones que garantizan la incorporación del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) en las dinámicas y cultura institucional. Son acciones relacionadas con los procesos de liderazgo, apoyo, planificación evaluación y mejora que permiten la operación del componente programático. En esa medida, el estándar de estas acciones es único y, al momento de desarrollarlas, debe existir un pleno conocimiento de la estructura y funcionamiento de la Entidad. En total, son nueve (9) las acciones del componente transversal. A continuación, se describe cada una, se indica el proceso al que está asociada y el estándar que la Secretaría de Transparencia sugiere. En todo caso, es fundamental tener en cuenta que el componente transversal es la base sobre

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 5-43
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

la que se construyen y desarrollan las acciones del componente programático, por lo que no se pueden perder de vista la relación de complementariedad entre un componente y el otro.

1.1. Declaración: el Programa de Transparencia y Ética Pública debe iniciar con una manifestación institucional de compromiso con desarrollar del principio de la moralidad, reconocido desde la Constitución Política. La Declaración es un acto político, que representa la voluntad de los colaboradores (funcionarios, empleados, contratistas) de actuar, en todo momento, guiados por las políticas, procedimientos y códigos de conducta que componen el PTEP. Así mismo, debe dar cuenta del compromiso de la dirección con la implementación del documento y de todos los colaboradores con su observancia. La Declaración es una recopilación de los valores y principios que la entidad quiere exaltar, se vincula con la misión y visión que se tenga, y debe servir como guía para interpretar el objetivo y alcance del programa.

Evaluación de Control interno: Si bien se cuenta con una declaración de compromiso con la lucha contra la corrupción, la declaración no cuenta directamente con algunas recomendaciones dispuestas en el anexo técnico tales como: no se desarrollan todos los principios y valores institucionales, contenidos en el código de ética, la misión y la visión institucional. De igual forma, se debe involucrar más directamente el compromiso de la alta dirección de la ESE ISABU y sus colaboradores en el desarrollo del principio de moralidad. Para su construcción se recomienda hacer uso de la caja de herramientas dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Desde la declaración poco intervención y participación de los colaboradores de la ESE ISABU en su construcción, más allá de los ejercicios para la construcción del mapa de riesgos de corrupción.

1 DECLARACIÓN

El Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU se encuentra comprometida con implementar acciones de transparencia y lucha contra la corrupción en el marco de su gestión, razón por la cual, establece desde el nivel estratégico la adopción de su Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 -2028, para dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley 2195 del 2022 *"por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones"* a través del planteamiento de directrices para que todos sus colaboradores en todos los procesos de la entidad lleven a cabo acciones que denoten el compromiso de no tolerancia con la corrupción, el fortalecimiento de la confianza ciudadana con la entidad, el dialogo permanente, la rendición de cuentas y la publicación de información. La construcción del presente Programa de Transparencia y Ética Pública se hace de manera participativa, mediante el involucramiento de las diferentes dependencias de la Unidad y bajo el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación, y de la intervención de la ciudadanía y grupos de valor de la entidad, quienes tienen la posibilidad de acceder a este documento para revisarlo y plantear observaciones, con el fin de que lo establecido allí responda a sus necesidades y expectativas.

1.2. Objetivo: el Programa de Transparencia y Ética Pública debe contar con objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos ciertos. Los objetivos deben estar relacionados con finalidades específicas: la gestión del riesgo de corrupción, la promoción de una cultura de legalidad y todas las demás que se hayan definido en la Declaración.

Evaluación de Control interno: Partiendo de la base que a la declaración le falta desarrollar algunos componentes específicos, por lo tanto, el objetivo debe adecuarse a las modificaciones incorporadas.

2 OBJETIVO

Fortalecer la lucha permanente contra la corrupción en la aplicación de los principios de transparencia, eficiencia administrativa y buen gobierno de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, a través de actividades concretas encaminadas a la identificación, monitoreo oportuno, en cumplimiento con las disposiciones normativas en cuanto a las temáticas y acciones estratégicas referentes a Gestión del Riesgo, Redes y Articulación, Cultura de la Legalidad y Estado Abierto e Iniciativas Adicionales a partir de la generación de acciones que permitan fortalecer esta cultura y mantenerla en el tiempo.

- 1.3. Alcance:** el Alcance del Programa de Transparencia y Ética Pública se refiere a los sujetos que participan del Programa. Hacen parte del Alcance todos los colaboradores: **funcionarios y empleados, según el tipo de Entidad, así como contratistas y proveedores**. Eventualmente la Entidad podrá ampliar este alcance, según las particularidades de sus funciones o de los servicios que prestan, pero no reducirlo a menos de los actores aquí señalados. En este apartado deben identificarse y definirse claramente los sujetos que se vinculan al Programa, tanto en su observancia como en su formulación, adopción, implementación y evaluación.

El alcance y las responsabilidades deben definirse según las líneas de defensa contempladas en el Modelo Estándar de Control Interno, entendido que todas son responsables del cumplimiento de las acciones y de la implementación del Programa.


Evaluación de Control interno: Evidencia esta oficina de control interno que a la distinción de los servidores públicos (funcionarios y contratistas) es incorrecta. Además, no se involucra proveedores de la ESE ISABU.

3 ALCANCE

El Programa de Transparencia y Ética Pública de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga, aplica para todos los servidores públicos (funcionarios y contratistas) y demás actores que contribuyen a la realización, gestión y cumplimiento de las metas y objetivos de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, que tienen responsabilidad directa sobre las actividades formuladas, así como el cumplimiento de la normatividad aplicable.

- 1.4. Planeación:** para garantizar que el PTEP se implemente debe incorporarse a las dinámicas propias de planeación de la Entidad, a los sistemas integrados de gestión de la entidad y a los planes de acción institucional acordes a los lineamientos definidos en la dimensión de Direccionamiento Estratégico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. En esa medida, en este apartado cada Entidad debe planear el ciclo del Programa, esto es, la forma en que se formula, valida, consolida, aprueba, publica, ejecuta y modifica. Teniendo en cuenta las particularidades de cada Entidad, su tamaño, cantidad de dependencias e instancias internas de decisión, la planeación estratégica puede ser diferente, por lo que no existe un lineamiento específico o transversal. Sin embargo, la planeación debe dar cuenta de todo el ciclo del Programa. En todo caso, el PTEP debe hacer parte del Plan de Acción institucional, por lo que en este apartado debe señalarse la forma en que este se incorporará. Se sugiere que, al momento de formular el Programa se atienda a las políticas de la dimensión de Direccionamiento Estratégico del MIPG. En la formulación anual del Plan de Acción deben considerar los instrumentos del Programa. Lo anterior implica también identificar aquellas acciones que requieren, además de gestión, financiación, para asignar dentro del presupuesto de gastos una línea que permita desarrollar los instrumentos que tienen algún costo, esto siempre y cuando se tenga la disponibilidad y no se cuente con capacidades propias para su desarrollo. En todo caso, en la medida que el PTEP es una metodología para el cumplimiento de disposiciones de orden público y deberes legales, que son de obligatoria observancia, en caso de que exista la necesidad de asignar presupuesto y no se cuente con él, deberán buscarse mecanismos de financiación que se incorporaran en la acción de Planeación. Mediante el Programa la entidad establece cuáles serán los instrumentos que desarrollan cada acción estratégica, o sea, en el mismo programa se puede adoptar o se hará referencia al anexo con el que se desarrolle. En la planeación se debe fijar un término para el desarrollo de aquellos instrumentos anexos y asignar responsabilidades. En todo caso, el PTEP, como programa de cumplimiento, debe contar con mecanismos predefinidos de seguimiento, que se evaluarán en las acciones de Reporte y de Evaluación y mejora.

Evaluación de Control interno: No se evidencia claramente la forma en que se incorporará el programa de transparencia y ética pública con el plan de acción de la entidad, ni como se tuvieron en cuenta las políticas de la dimensión de direccionamiento estratégico del MIPG.

 ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 7-43
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

El anexo técnico en la etapa de planeación recomienda que “cada entidad debe planear un ciclo del programa, esto es, la forma en que se formula, valida, consolida, aprueba, publica, ejecuta y modifica”. Sin embargo, se relaciona lo siguiente en el programa de Transparencia de la ESE ISABU.

- **Formulación:** Es la etapa en la que se realiza el planteamiento de las acciones para el componente transversal y el componente programático del PTEP 2025 -2028 y de su Plan de Ejecución y Seguimiento anual a cargo de todas las áreas responsables y bajo el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación.
- **Consolidación:** Es el momento en el que se realizarán los ajustes correspondientes, de acuerdo con las observaciones que hayan sido recibidas en la etapa de validación para obtener una versión definitiva del PTEP 2025 -2028 y de su Plan de Ejecución y Seguimiento anual.
- **Aprobación:** Esta etapa consiste en la presentación del PTEP 2025 -2028 y de su Plan de Ejecución y Seguimiento anual al Comité Integral de Gestión del Riesgo, para su revisión y aprobación, con lo cual se adoptarían formalmente los documentos.
- **Publicación:** Es el momento en el cual se debe hacer la publicación del documento en la página institucional de la entidad, más específicamente en el menú transparencia, de acuerdo con las instrucciones dadas por el Ministerio TIC a través de la Resolución 1519 de 2020, esto debe hacerse antes del 31 de enero de cada vigencia.
- **Ejecución:** La ejecución del PTEP 2025 - 2028 de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, se deberá hacer por medio del Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública, en el cual se establecen en detalle las actividades a desarrollar para cada vigencia.
- **Modificación o Reformulación:** De acuerdo con lo establecido en el Anexo técnico de los Programas de Transparencia y Ética Pública, el PTEP de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU podrá ser modificado o reformulado cuando la entidad lo considere pertinente.

En general no se acoge de manera correcta ni concreta las recomendaciones del Anexo Técnico de los programas de transparencia y ética pública. Falta desarrollo específico de la forma como se va a aplicar cada uno de los ciclos del programa.

Ahora bien, encuentra esta oficina de control interno identifica un numeral que hace parte del desarrollo del componente programático.

En un componente enunciado con el numeral 5, llamado **ESTRATEGIA INSTITUCIONAL PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN**, se desarrollan las siguientes temáticas: gestión del riesgo, redes y articulación, cultura de la legalidad y estado abierto e iniciativas adicionales, acciones que deben ser desarrolladas en el componente programático no en el componente transversal como sucede en el PTEP de la ESE ISABU. Lo anterior según lo dispuesto en el anexo técnico de los programas de transparencia y ética pública desarrollado por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

1.5. Monitoreo, administración y supervisión: la Entidad deberá identificar los responsables y definir los procedimientos que se seguirán para monitorear el cumplimiento del PTEP. El monitoreo debe realizarse sobre el cumplimiento de los aspectos transversales, así como cada elemento del componente programático debe contar con mecanismos de monitoreo. Además de los responsables del monitoreo, cada entidad debe definir un administrador del Programa, quien se encargará de liderar las etapas del ciclo y de rendir cuentas sobre el cumplimiento del contenido programático. Así pues, teniendo en cuenta las líneas de defensa del Modelo Integrado de Control Interno, el monitoreo y administración del programa corresponde a la primera línea. La supervisión del Programa, así como la responsabilidad por su cumplimiento, estará a cargo de la alta dirección en el marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en los casos que aplique. En los demás casos, en la instancia directiva de mayor rango. En esa medida, será esta instancia quien velará por una correcta administración y monitoreo del PTEP. Respecto del Modelo Integrado de Control Interno, la supervisión estará a cargo de la segunda línea.

Evaluación de Control interno: Encuentra esta oficina de control interno que los roles establecidos por el PTEP de la ESE ISABU, corresponde a la directriz impartida por el anexo técnico. La única recomendación a la que habría

lugar es que, en el monitoreo, se tenga en cuenta además de los líderes de los componentes, a sus equipos de trabajo, ya que las tareas de ejecución de controles se realizan de manera mancomunada entre estos dos responsables.

Tabla 2 Administración, Supervisión, Monitoreo y Evaluación del PTEP

ROL	RESPONSABLE	LINEA DE DEFENSA	ACTIVIDADES
Administración	Oficina Asesora de Planeación	Segunda Línea de Defensa	<ul style="list-style-type: none"> Liderar las temáticas y acciones estratégicas del Programa de Transparencia. Rendir cuentas sobre el desarrollo de los contenidos del Programa de Transparencia.
Supervisión	Representante Legal	Línea Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Aprobar el Programa de Transparencia y Ética Pública. Velar por la correcta administración y monitoreo del Programa de Transparencia. Monitorear el cumplimiento general del Programa de Transparencia. Evaluar la necesidad de crear redes internas para el desarrollo los contenidos del Programa de Transparencia, indicando su conformación, roles y responsables, así como las tareas asignadas y los lineamientos de su funcionamiento.
Monitoreo	Comité de Gestión Integral del Riesgo - Líderes de Procesos - Gestión de Planeación Institucional.	Segunda Línea de Defensa	<ul style="list-style-type: none"> Realizar monitoreo continuo, con la periodicidad establecida en el Programa de Transparencia, al desarrollo de los contenidos del Programa. Identificar, valorar, evaluar y actualizar cuando se requiera, los riesgos operativos que pueden afectar el desarrollo de los contenidos del Programa de Transparencia. Definir, adoptar, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos operativos identificados, asociados al PTEP y proponer mejoras para su gestión. Rastrear las diferentes instancias de coordinación interinstitucional, mesas, comités y, en general, redes en las que, por mandato de la ley o decisiones autónomas, la entidad participa.
Evaluación	Oficina de Control Interno	Tercera Línea de Defensa	<ul style="list-style-type: none"> Generar espacios de articulación con el administrador del Programa que permita establecer cursos de acción para su implementación y posterior seguimiento, evaluación o auditoría, considerando tiempos de transición para su ejecución. Priorizar y establecer procesos de auditoría para los contenidos del Programa de Transparencia. Generar informes producto del seguimiento y evaluación aplicados. Proponer espacios de análisis de información, en conjunto con el administrador del programa y otros actores relevantes a nivel interno que permita contar con un esquema preventivo con mayor efectividad y para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.

1.6. Reportes: a nivel externo, el cumplimiento del PTEP se medirá a través de la Medición de Desempeño Institucional (MDI) que se lleva a cabo a través del aplicativo FURAG. La medición se centrará en aspectos transversales y programáticos. Lo transversal medirá la planeación estratégica, la existencia de procedimientos de supervisión y monitoreo, formación, comunicación y auditoría. Lo programático tendrá en cuenta los estándares definidos y la implementación de la Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción. La observancia del anexo técnico, en principio, garantizaría los resultados de la evaluación externa y el reporte de información se hará conforme a los lineamientos que existan para la MDI. En esta

acción, la entidad deberá identificar los demás reportes externos que por Ley debe generar lo relacionado con las mediciones de algunas acciones de la Procuraduría General de la Nación. A nivel interno, la entidad debe definir el contenido y la periodicidad de los informes. Como mínimo debe contemplarse informes de monitoreo, dirigidos al administrador del Programa; e informes de administración, dirigidos al responsable de la supervisión. El contenido de los informes se fijará según las necesidades de captura de información de la Entidad, pero se sugiere considerar los aspectos transversales y programáticos requeridos para reportes externos.

Evaluación de Control interno: Si bien esta oficina de control interno continuará con las labores propias de la tercera línea de defensa en lo referente a la evaluación del PTEP de la ESE ISABU, es necesario que se desarrolle un trabajo en conjunto con el fin que el trabajo previo acá desarrollado se evidencie en las respuestas del FURAG. Ahora bien, en lo señalado por el PTEP de la ESE ISABU sólo se menciona los reportes de la oficina de control interno, ignorando que todos los actores del programa deben emitir conceptos de cumplimiento o monitoreo, no solo la oficina de control interno.

Es así como el anexo técnico se menciona que deben contemplarse informes de monitoreo, dirigidos al administrador del programa, e informes de administración dirigidos al responsable de la supervisión.

Ahora bien, respecto a los reportes de la oficina de control interno, si bien se estableció que se continuaría con los reportes cuatrimestrales para no causar traumatismo a los líderes y sus equipos en la dinámica que se veía desarrollando, es necesario mencionar que se recomienda para la vigencia 2026, realizarse auditorías de programa de manera anual, tal como lo dispone el anexo técnico. El reporte cuatrimestral esta solo estipulado por esta vigencia en la cual nos encontramos en la construcción del documento definitivo.

De igual manera, para este primer informe de evaluación no se estableció junto a la oficina de planeación el contenido de lo que debía reportar esta oficina, así que se realizó una revisión preliminar del programa de transparencia y ética pública, publicado en marzo de 2025 y se realizó una evasión de la aplicación de controles de las temáticas correspondientes. Por lo tanto, la recomendación será establecer mesas de trabajo periódicas en las cuales se ajusten algunos detalles del “plan de transición” que hasta la fecha se ha establecido para la entidad.

7 REPORTES

En concordancia con los lineamientos que se venían desarrollando con el antiguo Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU establece que dentro del Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 -2028 se debe continuar con el seguimiento cuatrimestral de la Oficina de Control Interno, dado que esta dependencia ejerce su rol de tercera línea de defensa y permite que con esta periodicidad las áreas responsables reporten los avances de las actividades asignadas, la cual procederá a evaluar lo reportado mediante un informe de evaluación (anteriormente llamado informe de seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública) y a establecer los observaciones y recomendaciones que correspondan.

1.7. Formación: la Entidad deberá diseñar una estrategia permanente de formación para lograr la difusión del Programa y la apropiación de sus contenidos al interior de la institución. La estrategia de formación deberá articularse con los planes de formación vigentes dentro de la Entidad y contemplar diferentes instrumentos para lograr su propósito: capacitaciones, foros, asistencia a eventos, campañas por correo electrónico, difusión en páginas web o redes internas. En este apartado, deberá indicarse la estrategia que se desarrollará, sus responsables y estar articulado con el componente programático, para contemplar aquellas campañas específicas relacionadas con las estrategias que componen la Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción.

Evaluación de Control interno: Considera esta oficina de control interno insuficiente la única medida de formación establecida en el PTEP de la ESE ISABU, ya que solo se contempla la formación a líderes de los procesos y sus

apoyos mediante el monitoreo realizado por la oficina de planeación. Ahora bien, el anexo técnico menciona otras estrategias que podrían ser tenidas en cuenta por el administrador, como, por ejemplo: foros, asistencia a eventos, campañas por correo electrónico, difusión en páginas web o redes internas. Ahora bien, se debe analizar si realizar una formación cuatrimestral cumple con el criterio de PERMANENTE establecido por el anexo técnico de la Secretaría de Transparencia.

8 FORMACIÓN

la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, brindará formación a los líderes de los procesos y sus apoyos mediante la oficina asesora de planeación cada vez que realice el respectivo monitoreo de forma cuatrimestral.

1.8. Comunicación: este apartado se refiere a la difusión externa del PTEP ya que, a nivel interno, la difusión se garantiza a través de la estrategia de formación permanente. En esa medida, la entidad debe definir los mecanismos a través de los cuales comunicara a sus grupos de interés externos el Programa. Además de la publicación en la página web institucional, donde estará de forma permanente a disposición de la ciudadanía para su consulta, también debe definirse una estrategia de comunicaciones permanente, no solo del Programa como tal, sino de los resultados y reportes generados. En consecuencia, la entidad deberá señalar en este punto los responsables de la estrategia de comunicaciones y sus instrumentos, de acuerdo con sus capacidades propias.

Evaluación de Control interno: Respecto a la comunicación, considera esta oficina de control interno que lo consignado en el PTEP de la ESE ISABU resulta insuficiente. Como se menciona en el anexo técnico, en este acápite se deben mencionar las estrategias ADICIONALES a la publicación en página web. Aunado a lo anterior, claramente lo denota el anexo técnico, se trata de la comunicación EXTERNA, pero en el PTEP de la ESE ISABU solo se trata la comunicación interna al relacionarse un diálogo en doble vía con los líderes y sus equipos. La comunicación va dirigida a grupos de interés EXTERNOS y esto solo se logra a través de una estrategia de comunicación permanente, no solo del programa, sino de los resultados y los reportes generados. Puntualiza el anexo técnico que “la estrategia de comunicaciones también debe hacer parte del monitoreo que se realiza el cumplimiento del programa”.

9 COMUNICACIÓN

La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, realizará dialogo doble vía con los líderes y sus equipos de trabajo con el fin de transmitir o recibir ideas u opiniones y publicación en la página institucional referente a actualizaciones del PTEP y los respectivos seguimientos.

1.9. Auditoría y Mejora: los PTEP tienen una vocación de permanencia, en esa medida, es fundamental que estén sometidos a procesos de auditoría que permitan identificar oportunidades de mejora y dar lugar a medidas correctivas o reformulaciones. El Programa se formula una vez y, de ahí en adelante, se va adaptando y mejorando, de acuerdo con los resultados obtenidos, sin perjuicio de que, eventualmente, ante grandes transformaciones sea necesario volverlo a formular. La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, desde su rol dentro del Modelo Estándar de Control Interno, será la tercera línea y deberá anualmente incorporar el Programa como una unidad auditable y someterla a priorización conforme los lineamientos metodológicos que estas deben observar a través de la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas. Además, deberá la Entidad definir los criterios de evaluación interna para identificar las diferencias entre los resultados esperados y obtenidos; el procedimiento para la aplicación de las medidas correctivas; y los casos en que habrá lugar a una reformulación.

Evaluación de Control interno: Teniendo en cuenta que nos encontramos en un proceso de transición y construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública, considera esta oficina de control interno que continuar con evaluaciones cuatrimestrales será lo más adecuado para identificar el proceso de mejora del documento, garantizando permanentemente mesas de trabajo en el cual se refleje el proceso de estructuración del documento y se continúe con el camino ya adelantado con los líderes, frente al reporte cuatrimestral de resultados, situación que favorecerá los monitoreos del administrador.

Sin embargo, en obediencia a lo dispuesto en el anexo técnico para los programas de transparencia y ética pública, es necesario que se incorpore el Programa de Transparencia y Ética Pública como una unidad auditable para la vigencia 2026 procurando una evaluación anual por la duración del programa (2025-2028) o por lo menos cada dos años (2).

2. Componente Programático – Estrategia Institucional para la lucha contra la corrupción

Las acciones del componente programático de los Programas de Transparencia y Ética Pública están definidas en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022. Estas acciones son estratégicas dentro del Programa y deben operar de forma articulada, sistémica y sistemática. Para evidenciar esta necesidad de interrelación entre las acciones estratégicas, el componente programático también se denominará Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción. La Estrategia Institucional está asociada con el proceso de operación, que se describió en el capítulo de generalidades, y contempla diez (10) acciones estratégicas que se agrupan en cuatro temáticas:


Evaluación de control interno: Como se mencionó en apartes anteriores de este informe de evaluación, este ítem en el Programa de Transparencia y Ética pública de la ESE ISABU se encuentra desarrollado en el numeral 5 denominado “Estrategia institucional para la lucha contra la corrupción”, sin embargo, no respeta la diferenciación que intenta dar el anexo técnico, entre el componente transversal y programático.

Sin embargo, este se desarrolla de manera completa así:

2.1. Gestión del Riesgo

2.1.1. Acción estratégica 1: Riesgos para la integridad pública: Las entidades, a través del Programa de Transparencia y Ética Pública, deben establecer instrumentos para gestionar los riesgos a la integridad: conflictos de intereses, soborno, corrupción y fraude. Todo instrumento para la gestión de estos riesgos debe contemplar la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos.

Evaluación de control interno: Considera esta oficina de control interno que se explican los instrumentos brevemente, sin que se mencione aspectos de vital importancia, por ejemplo, no se explique que el mapa de riesgos institucional se encuentra publicado en página web institucional, identificado como “Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública” para ilustrar de mejor manera al ciudadano que consulta nuestro sitio web, debiéndose adjuntar el link para un acceso fácil a su consulta. De igual manera, tampoco se menciona los instrumentos institucionales internos con los que cuenta la entidad (procedimientos e instructivos) referentes a temas como corrupción, fraude, soborno y conflicto de interés.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 12-43
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

5.1.1 Gestión de riesgos para integridad pública

La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU realiza de manera anual la identificación y actualización de riesgos a la integridad como lo son conflicto de interés, soborno, corrupción y fraude, este ejercicio se encuentra plasmado dentro del mapa de riesgos institucional, y su gestión esta articulada con lo dispuesto en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles, Supersalud, así como tener en cuenta las directrices que al respecto emita la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

- 2.1.2. Acción estratégica 2: Canales de denuncia:** Para la gestión de los riesgos a la integridad, además de los controles que se establezcan, es fundamental que las entidades cuenten con canales institucionales para recibir y tratar reportes de posibles irregularidades en la gestión, teniendo en cuenta que la participación ciudadana es fundamental para identificar riesgos. En esa medida, la gestión de los riesgos descritos en la acción estratégica 1 está, estrechamente, relacionada con la correcta operación de los canales de denuncia.

Evaluación de control interno: Se relaciona la totalidad de los canales de comunicación con que cuenta la ESE ISABU para recibir y tratar reportes de posibles irregularidades en la gestión.

Tabla 1 Mecanismos de contacto

CANAL	MODO DE CONTACTO	
Telefónico	Línea telefónica 24 horas: 6985833, y celular: +5731735829	
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos radicado por ventanilla única	
Virtual	Correo Electrónico:	atencionalusuario@isabu.gov.co correspondenciavirtual.isabu@gmail.com
	Correo Electrónico: Denunciar presunto aptos de corrupción	anticorruptcion.isabu@gmail.com
	Sitio Web:	http://www.isabu.gov.co
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso del Hospital Local del Norte – consulta externa	
Buzones	Uno en cada centro de salud y unidades hospitalarias se han dispuesto buzones, con sus respectivos formatos donde el usuario puede escribir; Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias, Agradecimientos o Felicitaciones. Los cuales son aperturados semanalmente por parte de los funcionarios del SIUA acompañados por un usuario quien a su vez es quien firma el acta de apertura se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos de ley.	

Fuente: Oficina de Atención al Usuario de la ESE ISABU

- 2.1.3. Acción estratégica 3: Riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación para la proliferación de armas de destrucción masiva- LAFT/FPADM:** La administración de riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FP) tiene como objetivo prevenir que las entidades y organismos del estado sean utilizados en forma directa o indirecta como instrumento para el Lavado de Activos y/o la canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades. En esa medida, se deben adoptar instrumentos que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su misión y que se ajusten a su tamaño, funciones y actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares en el caso de aquellas entidades descentralizadas por servicios.

Evaluación de control interno: Considera esta oficina de control interno que se explican los instrumentos brevemente, sin que se mencione aspectos de vital importancia, por ejemplo, no se explique que el mapa de riesgos institucional se encuentra publicado en página web institucional, identificado como “Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública” para ilustrar de mejor manera al ciudadano que consulta nuestro sitio web, debiéndose adjuntar el link para un acceso fácil a su consulta.

5.1.3 Gestión de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción (LA/FT/FP)

La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU realiza de manera anual la identificación y actualización de riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción /SARLAFT/FP) este ejercicio se encuentra plasmado dentro del mapa de riesgos institucional, y su gestión esta articulada con lo dispuesto en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles, Supersalud, así como tener en cuenta las directrices que al respecto emita la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

En esta acción estratégica se tiene como objetivo Identificar, medir, controlar y monitorear los posibles riesgos de corrupción y de LA/FT/PADAM.

- 2.1.4. Acción estratégica 4: Debida diligencia:** Los procesos de conocimiento de la contraparte son fundamentales para gestionar adecuadamente el riesgo de LAFT/FPADM, por esa razón, la debida diligencia se asocia con la acción estratégica 3. En esa medida, las entidades deben ser diligentes en la recolección de información relevante sobre las partes con las que se van a relacionar y que van a vincular, esto incluye, tanto a funcionarios o empleados públicos que ingresan a las plantas de personal, como a contratistas o proveedores con los que se celebran acuerdos de voluntades. También, en aquellos casos en los que la entidad capta recursos, es fundamental el conocimiento del cliente o usuario.

Evaluación de control interno: Considera esta oficina de control interno que se explican los instrumentos brevemente, sin que se mencione aspectos de vital importancia, por ejemplo, no se explique que el mapa de riesgos institucional se encuentra publicado en página web institucional, identificado como “Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública” para ilustrar de mejor manera al ciudadano que consulta nuestro sitio web, debiéndose adjuntar el link para un acceso fácil a su consulta.

5.1.4 Debida diligencia

La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU para controlar los riesgos para la integridad pública y de LA/FT/FP, se apoyara a través de la incorporación de procesos de debida diligencia , donde la entidad debe ser dinámica en la recolección de información relevante sobre las partes con las que se van a relacionar y que van a vincular, esto incluye, tanto a funcionarios o empleados públicos que ingresan a los procesos, como a contratistas o proveedores con los que se celebran acuerdos de voluntades y el conocimiento del cliente o usuario.

2.2. Redes y Articulación

- 2.2.1. Acción estratégica 5: Redes Internas:** La articulación interna implica la existencia de canales para el intercambio de información entre los diferentes grupos, áreas o dependencias que conforman la Entidad. Un intercambio de datos fluido entre los actores internos fortalece las dinámicas de las demás acciones estratégicas del Programa, en la medida que hay información de mayor calidad para la toma de decisiones, la gestión de riesgos, la promoción de la transparencia y la gestión ética de los asuntos públicos. De acuerdo con lo anterior, la Entidad debe proponer por la creación y el funcionamiento de comunidades internas en las que se dialogue, intercambie información y trabaje de forma articulada en el desarrollo de las acciones estratégicas. También, se debe garantizar que, en las instancias de decisión colectiva ya existentes, como los comités de gestión, comités de control, juntas directivas, órganos de asesoría, etc., las acciones estratégicas del Programa hagan parte de sus discusiones, se vigilen y acompañe su implementación. En ese sentido, mediante un instrumento, y en concordancia con los Reportes del componente transversal, debe garantizarse que las acciones y resultados del Programa se presenten y discutan en estas comunidades internas, bien se cree o se asigne responsabilidad a instancias existentes. Además, las comunidades deben tener como propósito la identificación de barreras para la implementación del Programa y la adopción de medidas para su superación. Así mismo, las

comunidades identificarán la información que generan los diferentes actores internos de la organización, relevante para las acciones del Programa y establecerá mecanismos para su intercambio al interior de la Entidad.

Evaluación de control interno: Si bien las redes internas mencionadas corresponden, hacen falta algunas, como por ejemplo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cual se realiza un intercambio de información entre los diferentes grupos, áreas o dependencias que conforman la Entidad y se expone las acciones estratégicas del Programa de Transparencia y Ética Pública con el fin de ser objeto de análisis y discusión. De igual manera se debe analizar otras instancias como grupos primarios y otros comités normativos o no en los cuales se pueda compartir información valiosa para la entidad en los cuales se pueda llevar el resultado de los monitoreos del programa.

5.2.1 Redes internas

La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU cuenta con algunas redes internas, donde participan los responsables del Programa de Transparencia y Ética Pública-PTEP, dichas instancias son:

- Comité Integral de Gestión del Riesgo.
- Mesas de trabajo de los monitoreos del PTEP con los responsables de ejecutar las acciones programadas y la Oficina de Planeación
- Informes de seguimiento al PTEP- emitido por la Oficina de Control Interno

Es de precisar, que el objetivo es propiciar la co-creación de ideas respecto de los contenidos del Programa, así como, efectuar seguimiento a las acciones que se definan de manera articulada entre los procesos, todo esto permitirá contribuir con la promoción de la transparencia y la gestión ética en todos los niveles de la entidad.

2.2.2. Acción estratégica 6: Redes Externas: Además de la articulación interna, las Entidades deben integrarse con otras Entidades en el ámbito sectorial, local, regional y nacional, para generar un dialogo sobre la transparencia y ética pública. En la ley existen sistemas de coordinación interinstitucional en los que se recomienda una participación, sin perjuicio de la iniciativa y capacidad asociativa de las entidades públicas para crear o vincularse a nuevas instancias que faciliten el desarrollo de las acciones estratégicas del Programa. También, respecto del intercambio de la información, en el marco de la construcción de redes externas, la entidad debe propender por la interoperabilidad de sus datos.

Evaluación de control interno: Esta oficina de control interno recomienda respecto a la identificación de redes externas, realizar mesas de trabajo con los líderes de acciones, herramientas, instrumentos o procesos de los componentes transversal y programático del Programa de Transparencia y Ética Pública con el fin de identificar en cada ámbito de aplicación los espacios que le sirvan de intercambio de información respecto al programa.

5.2.2 Redes Externas

La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU ha venido realizando y fortaleciendo las redes e instancias de coordinación interinstitucional, en pro del cumplimiento de la Ley, es por ello, que en el marco de este Programa se realizará identificación de esas instancias, así como de las acciones definidas por la entidad y el respectivo seguimiento de los compromisos adquiridos en dichos espacios a través del trabajo que se adelanta desde la Dirección de Gestión Interinstitucional.

2.3. Cultura de la legalidad y estado abierto

2.3.1. Acción estratégica 7: Acceso a la información pública y transparencia: En el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública, la entidad debe garantizar que se cumplan las disposiciones legales de acceso a la información pública. En esa medida, debe desarrollar los instrumentos internos que garanticen los postulados de la Ley 1712 de 2014 y las normas complementarias que se han expedido para reglamentarla. Además, en el marco de la política de Estado Abierto, en esta acción estratégica deben contemplarse instrumentos para promover la transparencia institucional.

Evaluación de control interno: Esta oficina de control interno recomienda, con el fin de cumplir a cabalidad con las disposiciones de la Ley 1712 de 2014 y no solo alcanzar un excelente desempeño en la medición del Índice de Transparencia y Acceso a la información Pública ITA de la Procuraduría sino alcanzar los objetivos trazados en el PTEP, ejecutar las acciones planteadas en el plan de mejora adoptado en la vigencia 2024 con esta oficina de control interno y convertirlas en acciones permanentes de tal manera que se pueda garantizar el acceso a la información pública y transparencia desde la entidad. Adicionalmente en el plan de acción del programa de transparencia y ética pública de la ESE ISABU se mencionó erróneamente “CONSULTA DE LA LEGALIDAD Y ESTADO ABIERTO”, por lo tanto, se recomienda corregir para evitar equívocos en la lectura y entendimiento del documento.

TEMÁTICA 3: CONSULTA DE LA LEGALIDAD Y ESTADO ABIERTO

5.3.1 Acceso a la información pública y transparencia

La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU está en la obligación de garantizar el derecho de acceso a la información pública a través del cumplimiento de la Ley 1712 del 2014 “*Por medio del cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional.*” y la demás normativa que es aplicable en este tema para entidades del orden nacional.

La entidad deberá publicar en cada vigencia los instrumentos de gestión de la información, de conformidad con lo establecido en la Ley 1712 de 2014, para lo cual, se deberá contar con las siguientes herramientas en materia de transparencia activa, transparencia pasiva, accesibilidad y gestión de la información:

Transparencia activa: Con el propósito de garantizar la disponibilidad de información pública a través de medios físicos y electrónicos, y de realizar ejercicios de divulgación proactiva de toda aquella información que sea útil para los ciudadanos, se cuenta con las siguientes acciones:

- Bajo el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación, Comunicaciones y la Oficina de Tecnologías de la Información, se deberá realizar verificación periódica de la actualización de la información y de los formatos en que se presentan al público sean accesibles, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1519 del 2020 del Ministerio TIC “definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos”.
- A través de todos los procesos, la entidad genera, recopila y publica la información mínima obligatoria de que trata la Ley 1712 de 2014 en su sede electrónica (Página Institucional), de acuerdo con los lineamientos dados por la Oficina Asesora de Planeación y Comunicaciones.
- A partir de los instrumentos de gestión de la información con los que cuenta la entidad, el Grupo de Gestión Administrativa y Documental y la Oficina de Tecnologías de la Información tendrán la responsabilidad de mantener una relación de cuáles activos de información están publicados en la sede electrónica o página web y cuál es la utilidad que tendría dicha información para el público.
- La entidad deberá aplicar estándares de calidad y usabilidad de la información, con criterios de calidad que permitan que la información sea procesada adecuadamente y, por otro lado, que pueda ser reutilizada por quien la solicita.

Transparencia Pasiva: La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU se encuentra comprometida en dar cumplimiento al Decreto 1081 de 2015 el cual brinda lineamientos a la gestión de solicitudes de información, garantiza el correcto trámite de las solicitudes de información, el contenido y la oportunidad para atender estas solicitudes, a partir del cumplimiento de los procedimientos de atención telefónica y virtual, de trámite a peticiones, quejas y reclamos, de canal presencial, y de estrategias de atención complementarias, a través de los cuales, se deberán tener en cuenta las siguientes acciones:

- Impartir instrucciones a los colaboradores sobre el contenido de las respuestas generadas a solicitudes de información.
- Garantizar que únicamente se rechace el acceso a información pública por estar clasificada o reservada tomando como punto de referencia el Índice de información clasificada y reservada. No se podrá negar información aduciendo que está clasificada o reservada, pero que no se encuentre en el Índice de la Unidad.
- Identificar, al interior de la entidad, las solicitudes de información.
- Realizar un seguimiento a la atención oportuna y entrega efectiva de la información solicitada y de las oportunidades en que se no se entregó la información.

Accesibilidad: La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU facilita el acceso a la información de interés para poblaciones específicas, a partir del criterio diferencial de accesibilidad en lo relacionado con información pública que se encuentra dispuesto en la Resolución 1519 del 2020 del Ministerio TIC, La E.S.E ISABU implementa las siguientes acciones:


- garantiza que la información se divulgue en formatos alternativos comprensibles. Es decir, que la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información pública, permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales del país, y para las personas con discapacidad.
- Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a personas con discapacidad. Lo anterior, implica utilizar formatos que permitan el procesamiento de los datos por lectores o plataformas que ofrezcan soluciones de accesibilidad. Imágenes o datos no procesables deben evitarse o contar con su respectiva descripción.
- Realizar la gestión para responder a solicitud de las autoridades de las comunidades, para divulgar la información pública en diversos idiomas y lenguas de los grupos étnicos y culturales del país.

Gestión de la Información: La Ley 1712 del 2014 estableció 3 instrumentos para garantizar el proceso de gestión de información de las entidades: el Registro de activos de información, el Índice de información clasificada y reservada y el Esquema de publicación de información. Dentro de La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, el Grupo de Gestión Administrativa y Documental o quien haga sus veces, deberá velar porque la actualización de estos instrumentos se realice a través de acto administrativo y se publique en un formato que garantice su accesibilidad en el sitio web oficial de la entidad, atendiendo lo dispuesto por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, así como en el Portal de Datos Abiertos del Estado colombiano.

Estos 3 instrumentos deben identificarse, administrarse, clasificarse, organizarse y conservarse según lo definido dentro del Programa de Gestión Documental, y serán objeto de seguimiento periódico en cada año por parte del Grupo de Gestión Administrativa y Documental o quien haga sus veces.

2.3.2. Acción estratégica 8: Participación ciudadana y rendición de cuentas: En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, que a su vez desarrolla diferentes disposiciones legales, existen dimensiones y políticas que desarrollan el modelo de relacionamiento Estado-ciudadano y los procesos de rendición de cuentas, en particular, nos referimos a la dimensión de Gestión con valores para resultados, que incluye las políticas de servicio al ciudadano y participación ciudadana en la gestión pública, entre otras. En la medida que el Programa de Transparencia y Ética Pública es un programa de cumplimiento, la entidad debe recopilar los diferentes instrumentos que la entidad ha desarrollado o desarrollará para cumplir con la regulación existente sobre participación ciudadana y rendición de cuentas, en el marco de los sistemas, leyes y reglamentos que se han expedido y que se recopilan en la MIPG, en concordancia con las disposiciones específicas que se generen para enfocarla en temas de transparencia y ética pública.

Evaluación de control interno: El ejercicio de rendición de cuentas año a año se ha venido realizando de manera ordenada, con debilidades más logísticas que de fondo, es el espacio adecuado para dialogo en doble vía que plantea la ley. Por lo tanto, la recomendación de esta oficina de control interno no es otra que la de cumplir a cabalidad con el manual de rendición de cuentas dispuesto por el DAFP que brinda los parámetros para una rendición de cuentas ajustada a los requerimientos normativos.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-006	PAGINA: 17-43
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

5.3.2 Participación ciudadana y rendición de cuentas

De acuerdo con el artículo 48 de la Ley 1757 de 2015, "por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática", la rendición de cuentas es "un proceso mediante los cuales las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos, informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control"; es también una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.


Conforme a estos lineamientos para La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, la rendición de cuentas va más allá de ser una práctica de audiencias públicas y se concibe como un proceso continuo y bidireccional que genere espacios de diálogo entre la institución y los ciudadanos sobre la gestión y manejo, lo cual implica que los ciudadanos conozcan el desarrollo de las acciones de la administración y la institución explique el manejo de su actuar y de su gestión.

Con el propósito de continuar consolidando las estrategias de rendición de cuentas como un proceso tendiente a fortalecer un cambio cultural, de manera democrática y participativa; la ESE ISABU desde la Oficina Asesora de Planeación, ha establecido los siguientes objetivos y metas en materia de Rendición de Cuentas:

- Generar estrategias en los canales digitales que dispone la entidad para que los usuarios tengan la información al día y en lenguaje claro y comprensible.
- Propiciar espacios de diálogo y participación entre los distintos actores gubernamentales y de la sociedad para evaluar, corregir y presentar alternativas de solución y cualificación del servicio público de la Institución, mediante la realización de los eventos programados de rendición de cuentas en la vigencia actual y futuras.
- Promover metodologías para garantizar la transparencia institucional, las estrategias anticorrupción, la participación ciudadana y el diálogo democrático de doble vía, teniendo en cuenta entre otras, la encuesta de percepción que dispone respecto de las PQRS, para identificar las necesidades de cada sede de la ESE ISABU.
- Generar estrategias de evaluación, información pertinente y oportuna a los diferentes actores para posibilitar la discusión crítica y propositiva sobre el servicio público de la institución de los centros de Salud y unidades hospitalarias, en lenguaje claro y con información de fácil acceso a la ciudadanía.
- Generar incentivos para la participación de la comunidad, grupos de valor, entidades de gobierno territorial, organizaciones no gubernamentales, en los ejercicios de rendición de cuentas y mesas públicas.

2.3.3. Acción estratégica 9: Integridad en el servicio público: Atendiendo a lo dispuesto respecto del Sistema Nacional de Integridad, en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública, las Entidades definirán o recopilarán los instrumentos creados o que se creen para cumplir con las disposiciones normativas de la Ley 2016 de 2020, en particular, lo que tiene que ver con el Código de integridad en el servicio público, que será un instrumento obligatorio para el PTEP.

Evaluación de control interno: La entidad ha establecido un plan de trabajo del Código de Integridad, en el cual se plasman pautas de comportamiento que deben seguir las personas dedicadas al servicio de la Empresa Social del Estado – Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E. ISABU, en el ejercicio de sus labores diarias y en la prestación del servicio que le ha sido encomendado, aunado a lo anterior, se ha desarrollado la política de integridad. Teniendo en cuenta lo anterior, la única recomendación de esta oficina de control interno es la de cumplir con las actividades planteadas en el plan de trabajo del Código de Integridad.

 ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 18-43
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

5.3.3 Integridad en el servicio público

Dentro de la entidad, se debe promover la integridad en el ejercicio del servicio público, así como una cultura de cumplimiento que permita que las actuaciones siempre se desarrollen dentro del marco legal. Para ello, se implementan acciones para fortalecer la apropiación del Código de Integridad del Servicio Público en todos los funcionarios, contratistas y demás colaboradores de la entidad, así como también, elaborar la política de integridad de la entidad. En tal sentido, estos ejercicios serán responsabilidad del Grupo de Gestión del Talento Humano, para dar cumplimiento a los términos establecidos por la Ley 2016 de 2020.

2.4. Iniciativas adicionales: Según el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en los Programas de Transparencia y Ética Pública, las entidades podrán incluir cualquier iniciativa adicional que, considerando sus particularidades, contribuya a los objetivos y propósito del Programa, esto es, a promover la transparencia y a alcanzar una gestión ética de los asuntos públicos. En esa medida, cualquier buena práctica o iniciativa que se identifique y que no se adecue a ninguna de las otras tres temáticas o nueve acciones estratégicas descritas anteriormente, se incorporara dentro de la sección de Iniciativas adicionales y se describirán los instrumentos que desarrollan esa acción. Considerando que el PTEP es un programa de cumplimiento, se pueden contemplar acciones relacionadas con otros componentes del MIPG que no se hayan relacionado hasta ahora o con políticas de los sistemas de calidad que se quieran incorporar a esta metodología.

Evaluación de control interno: La racionalización de trámites y apertura de información y datos abiertos son actividades que ya se han venido desarrollando en el marco del PAAC y los anteriores Programas de transparencia y aportan positivamente a los resultados esperados con el nuevo plan para la vigencia 2025. Por lo tanto, la recomendación es el desarrollo de las actividades contempladas en esta acción estratégica.

5.4 Iniciativas Adicionales

Dando cumplimiento al artículo 73 de la ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la ley 2195 de 2022, en los PTEP, La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU incluye como iniciativa adicional las acciones estratégicas referentes a racionalización de trámites y apertura de información y datos abiertos con el fin de promover la transparencia y alcanzar una gestión ética de los asuntos públicos.

Una vez expuesto el abordaje que la ESE ISABU le otorgó a cada uno de los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública, procede esta oficina de control interno a realizar verificación del cumplimiento del componente programático, en cada una de sus temáticas:

3. EVALUACIÓN DEL COMPONENTE PROGRAMÁTICO

A pesar de no desarrollarse el componente programático de manera independiente según la estructura dispuesta por el anexo técnico dispuesto por la secretaria de la Transparencia; se evidenció desarrollo de este componente inmerso en el componente transversal.

Con el fin de desarrollar el componente de estrategia institucional para la lucha contra la corrupción, la ESE ISABU, desarrolló un **PLAN DE ACCIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA**, el cual se desarrolla en 4 grandes temáticas a saber: **1. Gestión del riesgo** **2. Redes y articulación** **3. Cultura de la Legalidad y estado abierto** y **4. Iniciativas Adicionales**, desarrollando en cada una de las temáticas aspectos especiales denominado acciones estratégicas, contenido que se desarrolló en apartes anteriores de este escrito.

3.1. Temática 1: Gestión del riesgo

Evaluación de control interno: Con el fin de verificar el cumplimiento de este plan de acción, referente a la PRIMERA TEMATICA denominada GESTIÓN DEL RIESGO, la oficina de control interno realizó evaluación de cada una de las acciones estratégicas establecidas en la temática del plan de acción del Programa de Transparencia y Ética Pública, además de realizar seguimiento y evaluación al mapa de riesgos SICOE y SARLAFT cuyo resultado se deja plasmado de manera resumida en cada una de las acciones estratégicas que corresponda, así:

3.1.1. Acción Estratégica 1: Riesgos para la integridad pública: SICOE: Además del desarrollo de actividades propias del plan de acción del Programa de Transparencia y Ética Pública, en esta acción estratégica se desarrolla el **MAPA DE RIESGOS SICOE**.

Evaluación del Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética pública- Temática 1. Riesgo para la Integridad SICOE

TEMÁTICA 1: GESTIÓN DEL RIESGO					EVALUACION DE CONTROL INTERNO
ACCIÓN ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	META PRODUCTO / ENTREGABLE	PRIMER CUATRIMESTRE
RIESGOS PARA LA INTEGRIDAD: SICOE	1. Fortalecimiento de la Política y Manual de la Administración del Riesgo.	1.1	Publicar y Socializar la Política de Administración de Riesgos.	Link de publicación y Correos electrónicos de socialización a colaboradores Misionales y Administrativo.	Se evidencia publicación en la página web de la política de administración del riesgo. De igual manera se evidencia correo electrónico en el cual el profesional de apoyo de Planeación solicita a la oficina de Talento Humano de la ESE ISABU, el envío de la socialización de la política de administración del Riesgo de la entidad, para la cual se adjunta un video en el cual se explica que con la socialización de la política se busca el cumplimiento de la misión institucional y del plan estratégico institucional. Comentario de la oficina de control interno: Pese al cumplimiento de la meta y el producto entregable, es necesario mencionar que la misma no cumplió con la fecha establecida ya que se había programado para el mes de abril y se realizó en el mes de mayo de 2025.
		1.2	Revisión del Manual de prevención de Riesgos para ver si es necesario su actualización.	Manual de prevención de Riesgos.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción.	2.1	Revisar, actualizar y consolidar los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude por procesos.	Matriz de Riesgos SICOE.	Se evidencia matriz de mapa de riesgos de corrupción SICOE VIGENCIA 2025- en su versión 2, completamente diligenciada, actualizado y consolidado, en la cual se relacionan los riesgos de corrupción priorizados por las áreas para la vigencia 2025.
	3. Consulta.	3.1	Realizar consulta al cliente interno, externo y comunidad sobre los siguientes componentes: • Riesgos de Corrupción • Racionalización de Trámites • Rendición de Cuentas • Mecanismos para la Mejorar la atención al Ciudadano • Mecanismos de Transparencia y Acceso a la Información.	Informe de resultados de la consulta realizada a los Grupos de Valor.	Se evidencia matriz denominada "contexto interno y externo" correspondientes a apoyo diagnóstico, ambulatorios, atención al usuario, calidad, documental, financiera, planeación, recursos físicos, salud pública, talento humano y tics, en los cuales se relacionan las oportunidades de mejora que son el insumo para la estructuración del mapa de riesgos de corrupción para cada una de las áreas. Comentario de control interno: Si bien el producto se encuentra relacionado en la pestaña correspondiente a las acciones de mejora, es necesario precisar el producto o entregable en esta acción específica, ya que se menciona como producto: "informe de resultados de la consulta realizada a los grupos de valor", lo que implica que entregable sea un documento con estructura de informe propiamente con alcance, objetivos, introducción, conclusiones o recomendaciones.

	4. Fortalecimiento en Divulgación o publicación.	4.1	Publicar en la página web matriz de Riesgos SICOF aprobada	link de publicación de la Matriz de riesgos SICOF.	Se evidencia link de la página web de la ESE ISABU en la cual se publica la matriz de riesgos SICOF (subsistema de administración de Riesgos Corrupción, opacidad y Fraude (SICOF)).
		4.2	Divulgar por diferentes canales de comunicación el Programa de Transparencia y Ética Pública a sus grupos de valor e interés. Se va a realizar mínimo una divulgación por cada versión del PTEP.	Utilizar diferentes canales de comunicación como (web, intranet, correo electrónico o comunicaciones) para divulgar el PTEP	Se evidencia informe en el cual se relaciona cada uno de los pasos desarrollados para socializar el Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE ISABU, en los diferentes canales tales como: redes sociales, fondos de pantalla pc, y banner de la página web, publicación en carteleros institucionales, cumpliendo con ello con los lineamientos normativos establecidos en el Programa de Transparencia y Ética Pública.
	5. Monitoreo o revisión.	5.1	Realizar Monitoreo del Subsistema de administración de Riesgos de SICOF.	Tres (3) monitoreos anuales (Matriz de monitoreo) Riesgos SICOF.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	6. Seguimiento.	6.1	Elaborar informe de seguimiento a la gestión de riesgos del subsistema de administración del riesgo SICOF y realizar su publicación en la página web institucional.	Soporte de correo de solicitud a los líderes de proceso de entrega de evidencias del subsistema de administración de riesgos SICOF. Informe de seguimiento a la gestión de riesgos del subsistema de administración del riesgo SICOF.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	7. Administración y control.	7.1	Realizar reporte semestral de la Gestión del Riesgo SICOF al Comité Integral de Gestión del Riesgo.	Acta del Comité Integral de Gestión del Riesgo.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		7.2	Realizar reporte de la Gestión del Riesgo SICOF ante la junta directiva.	Acta de Junta Directiva.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.
		7.3	Realizar auditoría interna por parte del revisor fiscal al Subsistema de Administración del Riesgo SICOF.	Informe de resultados de la auditoría Interna.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.
		7.4	Informar los resultados de la Auditoría Interna, la efectividad y el cumplimiento de las etapas y elementos del SICOF al Representante Legal y a la Junta Directiva.	Acta de Junta Directiva.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.

Para ver el seguimiento completo se debe consultar el anexo No. 1 de este informe denominado “Seguimiento al plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública”, el cual será publicado en la página web institucional junto con este informe.

Evaluación del mapa de riesgos SICOF- Temática 1. Riesgo para la Integridad SICOF

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN- SICOF VIGENCIA 2025 - VERSIÓN 2				
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ESE ISABU				
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO SICOF	
PROCESO / OBJETIVO	REFERENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN	VALORACIÓN DEL RIESGO	SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO - PRIMER SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
			DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO OBJETIVO: Proveer a la Entidad de empleados públicos competentes y satisfechos, que tengan un adecuado desempeño de sus funciones en el marco de las políticas de administración y desarrollo del talento humano, encaminado a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.	R1-SICOF	Posibilidad de afectación económica por pérdida de recursos financieros de la institución o de los trabajadores por causa de apropiación indebida de recursos en la nómina por falta de ética del profesional de nómina incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.	<p>La Profesional de Talento Humano una vez cerrado el periodo en el módulo de nómina del sistema de información realizara una revisión aleatoria del 5% de la nómina utilizando instrumento formato de pago como evidencia, alternando los empleados de forma mensual.</p> <p>LA profesional de talento humano notificara mediante correo electrónico el resultado de la revisión en el caso de encontrar en alteraciones en el proceso de la nómina, este notificara a la Subgerencia Administrativa para que sea esta dependencia quien tome las medidas correspondientes.</p>	<p>Se evidencia archivo denominado "Informe de revisión nominas i cuatrimestre de 2025" en el cual se realiza la revisión de los desprendibles de nómina generados mes a mes con una muestra del 5%. La revisión se realiza escogiendo aleatoriamente el 5% de los empleados liquidados en la nómina, revisando si la aplicación de devengos y deducidos están correctos y de acuerdo con las novedades presentadas. Se evidencian revisiones realizadas durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2025. Se concluye en el informe que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, no se han presentado alteraciones o errores en la liquidación de la nómina de los empleados de la ESE ISABU, razón por la cual no se han realizado reportes adicionales a la subgerencia administrativa. Con esto se entiende correctamente ejecutado el control.</p>
GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Garantizar la atención de la morbilidad prevalente e incidente de la población que asiste al ISABU, con intervenciones integrales de acuerdo a la oferta de servicios que promuevan desenlaces clínicos satisfactorios involucrando para ello a su grupo familiar, o red de apoyo, bajo la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos.	R2-SICOF	Posibilidad de afectación económica, penal y procesos disciplinarios y/o sancionatorios debido a la falta de supervisión y verificación periódica de medicamentos e insumos que se encuentran en los carros del servicio de urgencias (trauma y observación) por uso inapropiado de la investidura para apropiarse de los mismos	<p>El jefe del servicio de urgencias (trauma y observación) en cada entrega de turno aplicara la lista de chequeo con nombre verificación diaria de medicamentos e insumos carro de paro Código: SDP-F-118 versión 01.</p>	<p>Se evidencia documento denominado informe de contra No. 1, correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2025 en el cual se explica que el jefe del servicio de urgencias aplica en cada entrega de turno, la lista de chequeo titulada "verificación diaria de medicamentos e insumos- carro de paro" con código SDP-F-118. Explica el informe que esta actividad se ejecutó de manera continua durante el primer cuatrimestre de 2025, verificándose un total de 256 artículos prescritos, sin reportarse faltantes durante el periodo evaluado, garantizando el cumplimiento del 100% de disponibilidad de medicamentos e insumos asignados a los carros de paro de las áreas de observación y trauma del servicio de urgencias. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente.</p> <p>Comentario de la oficina de control interno: Si bien se evidencia el entregable, que es un informe, se debe tener cuidado en los formatos utilizados, ya que el informe se llevó en el formato de comunicaciones, sin que se pudiera desarrollar aspectos importantes de los informes tales como: objetivos, alcance y conclusiones o recomendaciones.</p>

		<p>El jefe del servicio de urgencias (trauma y observación) realizará auditoria semanalmente al carro de paro, implementando el formato apertura de carro de paro y/o emergencia para limpieza y verificación de medicamentos e insumos código: SDP-F-076 Versión 1.</p>	<p>Se evidencia documento denominado "informe control No. 2" en el cual se consigna la realización de una auditoria semanal al carro de paro, implementando el formato de apertura de carro de paro y/o emergencia para limpieza y verificación de medicamentos e insumos con código: SDP- F- 076. El informe puntualiza que la actividad se ejecutó cada miércoles de la semana durante los meses de enero, febrero, marzo y abril, evidenciándose que, de un total de 4 aperturas por mes para limpieza y verificación de medicamentos e insumos, no se reportaron faltantes durante el periodo evaluado. Esto evidencia un cumplimiento del 100 % en la actividad y con disponibilidad de medicamentos e insumos asignados a los carros de paro de las áreas de observación y trauma del servicio de urgencias. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente.</p> <p>Comentario de la oficina de control interno: Si bien se evidencia el entregable, que es un informe, se debe tener cuidado en los formatos utilizados, ya que el informe se llevó en el formato de comunicaciones, sin que se pudiera desarrollar aspectos importantes de los informes tales como: objetivos, alcance y conclusiones o recomendaciones.</p>
		<p>El Líder del servicio de urgencias (trauma y observación) recolectara, revisara y tomara acciones pertinentes ante la auditoria realizada de forma mensual a los carros de paro evidenciada mediante formato revisión de medicamento y dispositivos médicos carro de paro Código FAR-F-026 Versión 2.</p>	<p>Se evidencia documento denominado "informe control NO. 3" en el cual la líder del servicio de urgencias recolecta, revisa y toma acciones pertinentes ante la auditoria realizada de forma mensual a los carros de paro evidenciada mediante el formato revisión de medicamentos y dispositivos médicos carro de paro código FAR- F- 026. Puntualiza el informe que, durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2025 como resultado de la verificación se evidenció que, de un total de 256 artículos prescritos, no se reportaron faltantes durante el periodo evaluado, con esto se cumple al 100% con la disponibilidad de medicamentos e insumos asignados a los carros de paro de las áreas de observación y trauma del servicio de urgencias. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente.</p> <p>Comentario de la oficina de control interno: Si bien se evidencia el entregable, que es un informe, se debe tener cuidado en los formatos utilizados, ya que el informe se llevó en el formato de comunicaciones, sin que se pudiera desarrollar aspectos importantes de los informes tales como: objetivos, alcance y conclusiones o recomendaciones.</p>

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

CODIGO: CIN-F-006

VERSION: 4

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

PAGINA: 23-43

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

<p>GESTIÓN DE INTERNACIÓN</p> <p>OBJETIVO: Garantizar la atención de la morbilidad prevalente e incidente de la población que asiste al ISABU, con intervenciones integrales de acuerdo a la oferta de servicios que promuevan desenlaces clínicos esperados, involucrando para ello a su grupo familiar y/o acudientes o red de apoyo, bajo la política de humanización y enfoque diferencial y gestionando los riesgos.</p>	R3-SICOF	Posibilidad de afectación económica y procesos disciplinarios y/o sancionatorios debido a la falta de supervisión y verificación periódica de medicamentos e insumos que se encuentran en los carros de paro del tercer y cuarto piso en el servicio de internación por uso inapropiado de la investidura para apropiarse de los mismos	El profesional de enfermería en cada entrega de turno aplicara la lista de chequeo con nombre verificación diaria de medicamentos e insumos carro de paro Código: SDP-F-118 versión 01.	Se evidencian listados diligenciados del formato "verificación diaria de medicamentos e insumos carro de paro" con código SDP-F-118 correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2025. Con esto se entiende ejecutado el control.
			En caso de una urgencia vital en la cual haya necesidad de utilizar el carro de paro, el jefe que se encuentre en servicio deberá reponer los insumos y medicamentos utilizados, realizando solicitud de estos por medio del sistema PANACEA, dejando como evidencia el formato de reposición de medicamentos e insumos carro de paro, este será entregado en forma física al jefe de enfermería de servicio de internación.	Se evidencia formato de apertura de carro de paro para limpieza y verificación de medicamentos e insumos con código SDP-F-076 completamente diligenciado correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2025. Con esto se entiende ejecutado el control.
			El Líder de enfermería del servicio de internación realizara una auditoria quincenal a los carros de paro mediante lista de cheque carro de paro.	Se evidencia informe de avances del programa de transparencia y ética pública (antes denominado Plan Anticorrupción y atención al ciudadano PAAC) correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2025 en la cual manifiesta que frente al control No. 3 correspondiente a las auditorías realizadas durante el periodo evaluado, no se evidenciaron medicamentos ni insumos faltantes de los 258 elementos asignados al carro de paro. Con esto se entiende ejecutado el control.
<p>GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS</p> <p>OBJETIVO: Brindar atención quirúrgica que cumpla con oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad, seguridad, cumpliendo la normatividad vigente a los usuarios que requieren procedimientos de emergencia, urgencia, carácter electivo, hospitalario o ambulatorio de acuerdo a la oferta de servicios en su área de influencia, involucrando para ello a su grupo familiar y/o acudientes o red de apoyo, bajo la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.</p>	R4-SICOF	Posibilidad de afectación económica, investigación fiscal, sanciones y procesos disciplinarios por hurto o perdida de accesorios de equipos biomédicos como ecógrafo, Doppler, monitor fetal y equipo de órganos, derivado a la falta de pertenencia con los recursos de la institución, Intereses económicos y/o personales asociados a la falta de controles y seguimiento en el servicio de sala de partos incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.	La jefe y la auxiliar del servicio de sala de partos aplicara lista de chequeo de equipos biomédicos semanal con el objetivo de revisar que se encuentren completos los accesorios de los siguientes equipos biomédicos como ecógrafo, Doppler, monitor fetal y equipo de órganos, si se llega a evidenciar desviaciones estas serán notificadas a la dirección de las unidades hospitalarias. Entregable: lista de chequeo de equipos biomédicos semanal	Se evidencian listas de chequeo de equipos biomédicos por cada semana durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2025 durante los cuales la jefe y la auxiliar del servicio de sala de partos aplicara lista de chequeo con el objetivo de revisar que se encuentren completos los accesorios de los equipos biomédicos como ecógrafo, Doppler, monitor fetal y equipo de órganos. Al aplicar las listas de chequeo no se identificaron faltantes. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente.
<p>GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS</p> <p>OBJETIVO: Brindar atención quirúrgica que cumpla con oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad, seguridad, cumpliendo la normatividad vigente a los usuarios que requieren procedimientos de emergencia, urgencia, carácter electivo, hospitalario o ambulatorio de acuerdo a la oferta de servicios en su área de influencia, involucrando para ello a su grupo familiar y/o acudientes o red de apoyo, bajo la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.</p>	R5-SICOF	Posibilidad de afectación económica, penal y procesos disciplinarios y/o sancionatorios debido a la falta de supervisión y verificación periódica de medicamentos e insumos que se encuentran en los carros de paros del servicio de cirugía por uso inapropiado de la investidura para apropiarse de los mismos, incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.	El jefe del servicio de cirugía en cada entrega de turno aplicara la lista de chequeo con nombre verificación diaria de medicamentos e insumos carro de paro Código: SDP-F-118 versión 01	Se evidencia formato diligenciado correspondiente a "verificación diaria de medicamentos e insumos carro de paro" correspondiente al cuatrimestre evaluado, el cual es aplicado por el jefe del servicio de cirugía en cada entrega de turno. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente.
			El jefe del servicio de cirugía realizará auditoria semanalmente al carro de paro, implementando el formato apertura de carro de paro y/o emergencia para limpieza y verificación de medicamentos e insumos código: SDP-F-076 Versión 1.	Se evidencia formato denominado "Formato control de cierre de carro de paro" correspondiente al cuatrimestre evaluado en el cual el jefe del servicio de cirugía realizará auditoria semanalmente al carro de paro. En los formatos anexados no se evidencian anotaciones referentes a faltantes de medicamentos. Con lo anterior se entiende aplicado el control correctamente.

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

CODIGO: CIN-F-006

VERSION: 4

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

PAGINA: 24-43

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

			<p>El Líder del servicio de cirugía realizará una auditoria mensual a los carros de paro mediante lista de chequeo carro de paro Código: SDP-F-118 versión 01.</p>	<p>S evidencia formato diligenciado denominado " Formato de revisión medicamentos y dispositivos médicos carro de paro" en el cual el Líder del servicio de cirugía acompañada de personal de farmacia realizaran una auditoria mensual a los carros de paro mediante lista de chequeo carro de paro Código: FAR-F-026. En el diligenciamiento de algunos formatos se realizan anotaciones de reposición de medicamentos por faltantes, cambios por fechas próximas de vencimiento y reposiciones en general. Comentario Oficina de control interno: En el control se describe la aplicación de un formato completamente diferente al que se anexa como evidencia para cumplimiento, por lo tanto recomienda esta oficina de control interno que se ajuste el control o se diligencie el formato correspondiente, analizando siempre la manera de ejecutar correctamente el control.</p>
<p>PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLINICO OBJETIVO: Prestar el servicio de apoyo diagnóstico en la tomade muestras, laboratorio clínico y estudios imagenológicos a los usuarios que los demanden, garantizando la oportunidad y confiabilidad de los resultados, en las sedes de la ESE ISABU con el servicio habilitado, que apoyen la toma de decisiones clínicas, bajo la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos.</p>	R6-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica por hurto o pérdida de insumos, suministros, equipos biomédicos por Falta de pertenencia con los recursos de la institución, Intereses económicos y/o personales, falta de mecanismos para controlar el uso de insumos o dispositivos de alto costo incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	<p>El coordinador del laboratorio clínico y su equipo de trabajo realiza cruce mensual de información de insumos de bodega registrado en software PANACEA vs formato de inicio y terminación de insumos y reactivos del laboratorio clínico, generando informe con periodicidad trimestral sobre las existencias en bodega, si encuentran alguna desviación se analizará al interior del grupo de trabajando, elaborando un plan de acción. Entregable: Informe con periodicidad trimestral</p>	<p>Se evidencia documento denominado: " Informe primer cuatrimestre de supervisión de insumos de laboratorio clínico- contratos 2025" en el cual la líder de apoyo diagnostico laboratorio clínico concluye que una vez realizado seguimiento a cada uno de los contratos cuyo objeto es el suministro de insumos de laboratorio clínico, se identificó que para el primer cuatrimestre las inconsistencias fueron de cero (0) ya que no se presentaron diferencias en las revisiones. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente. Comentario Oficina de Control Interno: Evidencia esta oficina de control interno que, si bien el entregable está correcto, ya que se evidencia un informe, el mismo no se encuentra en el formato correspondiente ni actualizado, por lo tanto, se recomienda revisar el listado maestro de los formatos institucionales y realizar los informes en los contratos correspondientes.</p>
<p>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar asesoría jurídica en los asuntos sometidos a consideración y en las actuaciones institucionales, realizando seguimiento a la representación judicial en las acciones en que sea parte la E.S.E ISABU y adelantando los procesos de contratación de contratistas y de bienes y servicios de conformidad a la normatividad vigente.</p>	R7-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica por incumplimiento al manual de contratación y de las normas que regulan la actividad contractual de la entidad, causado por el personal adscrito al grupo de apoyo de la gestión contractual, encargado de llevar adelante el proceso contractual, que solicite dinero o reciba cualquier beneficio, a cambio de realizar la adjudicación del contrato, por falta de ética y compromiso con la entidad, incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	<p>El jefe de la Oficina Asesora Jurídica realizará seguimiento de forma mensual a la contratación adelantada para satisfacer bienes o servicios de la entidad, utilizando la herramienta Excel denominada SEGUIMIENTO A SECOP Y SIA OBSERVA, verificando que la misma se adelante en la Plataforma Transaccional SECOP II, en su etapa inicial, hasta la adjudicación del contrato o su declaratoria de desierta en los casos que aplique. Entregable: Excel denominada SEGUIMIENTO A SECOP Y SIA OBSERVA</p> <p>El Comité de Compras y contratación, se reunirá de forma mensual, con el fin de verificar la contratación que se requiere adelantar en el mes actual o el siguiente, evidenciándose mediante acta mensual de comité de compras y contratación, si la misma se encuentre ajustada a la necesidad del servicio y el cumplimiento de los requisitos contemplados en el manual de contratación de la E.S.E. ISABU, con el fin de proceder a adelantar el proceso de contratación</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel denominado "Seguimiento a SECOP y SIA OBSERVA" en el cual se relaciona de manera consolidada la contratación adelantada por la oficina asesora jurídica en la cual se señalan diferentes aspectos relevantes de la contratación. Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.</p> <p>Se evidencia acta de comité de contratación correspondientes al cuatrimestre evaluado en el cual se analizan las necesidades y se determina si cumplen con los requerimientos y requisitos contemplados en el manual de contratación de la ESE ISABU con el fin de proceder a la contratación. Con esto se entiende ejecutado correctamente el control.</p>

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

CODIGO: CIN-F-006

VERSION: 4

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

PAGINA: 25-43

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

			Entregable: Acta de comité de compras y contratación.	
<p>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA</p> <p>OBJETIVO: Brindar asesoría jurídica en los asuntos sometidos a consideración y en las actuaciones institucionales, realizando seguimiento a la representación judicial en las acciones en que sea parte la E.S.E ISABU y adelantando los procesos de contratación de contratistas y de bienes y servicios de conformidad a la normatividad vigente.</p>	R8-SJCOF	<p>Posible afectación presupuestal causada por condenas económicas a la entidad, atendiendo la indebida aplicación de la normatividad vigente, que regula los procesos y procedimientos judiciales o el desconocimiento de la misma, por parte del personal que ejerce la Defensa Judicial de la entidad al momento de representar los intereses de la E.S.E. ISABU, generando posibles indemnizaciones a la contraparte, con el fin de obtener dadas o beneficios económicos propios, obrando de mala fe y ocasionando un daño financiero a la entidad.</p>	<p>El jefe de la Oficina Asesora Jurídica solicitará al profesional encargado de la Defensa Judicial de la entidad, la presentación de informe cuatrimestral sobre los procesos judiciales que se adelanten, con el fin de llevar un control sobre las actuaciones y el estado de los procesos.</p> <p>Entregable: Informe cuatrimestral sobre los procesos judiciales</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel denominado "Informe de Procesos" en el cual se relacionan los procesos adelantados en la entidad detallándose información como: número del proceso, autoridad judicial que tramita, tipo de proceso, tipo de acción judicial, cuantía inicial de la demanda, resumen de hecho generador, demandante y demandad, estado actual, entre otros datos, con el fin de llevar un control de los procesos judiciales que puedan llegar a resultar favorables o desfavorables para la entidad. Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.</p>
<p>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</p> <p>OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	R9-SJCOF	<p>Posibilidad de detrimento patrimonial, investigaciones y sanciones disciplinarias, fiscales y penales por entes de control debido a que el talento humano de los servicios y sedes del Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU realicen entregas y/o movimientos de activos entre dependencias sin informar al área de inventarios y se genere la pérdida del bien o equipo en la entidad.</p>	<p>El almacenista general con apoyo del profesional del área de inventario de activos fijos, Realizará auditoria de acuerdo con el cronograma de auditorías programadas de los activos asignados al personal de planta con el objetivo de comparar los que se encuentran en físico vs archivo en Excel por servicios y sedes de la entidad, se evidenciará mediante acta, si se encuentran desviaciones se realizará informe y se reporta a subgerencia administrativa.</p> <p>El personal de inventarios realizará de manera anual la revisión de los inventarios en cada una de las sedes según cronograma, para evaluar el cumplimiento en la gestión de los inventarios y de los procedimientos en cuanto a activos fijos utilizando como herramienta el formato de asignación de activos CÓDIGO: ALM-F-038.</p>	<p>Se evidencia cronograma de inventario aleatorio bajo el cual se realizará auditorías de los activos asignados al personal de planta con el objetivo de comparar los que se encuentran en físico vs archivo en Excel por sedes por servicios de la entidad. De conformidad con el cronograma para el primer cuatrimestre de 2025 no se tiene contemplado realizar auditorías.</p> <p>Se evidencia cronograma de toma física de inventarios en el cual en el cuatrimestre evaluado se tiene establecido realizar revisión de los inventarios en el centro de salud Colorados con el fin de evaluar el cumplimiento en la gestión de los inventarios y de los procedimientos en cuanto a activos fijos. Se evidencia diligenciados los formatos de asignación de elementos o herramientas de ejecución contractual - equipos básicos resolución 1212 de 2024, en los cuales se asignan activos a personal por parte del almacén de la ESE ISABU. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente.</p>
<p>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</p> <p>OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	R10-SJCOF	<p>Posibilidad de detrimento patrimonial, investigaciones, sanciones disciplinarias y penales, por entes de control por apropiación indebida por parte del talento humano que administra las bodegas del área de almacén general de productos de consumo y papelería, por falta de auditorías físicas en las bodegas administradas por el almacén general, incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	<p>El almacenista general o personal de apoyo realizará auditoría trimestral a la bodega del área de Almacén general de productos de consumo y papelería, comparando el inventario reportado en el sistema de información de la institución versus el inventario físico, evidenciándolo mediante un informe. Si se encuentran desviaciones estas serán notificadas a la subgerencia administrativa.</p>	<p>Se evidencia cronograma de auditoria bodega de almacén general y centros de salud. Las actividades de auditoria según cronograma iniciarán en el mes de mayo de 2025, por lo tanto, para el cuatrimestre evaluado no se tienen evidencias de las auditorias.</p>

<p>GESTION DE LAS TICS OBJETIVO: Garantizar de un funcionamiento seguro, eficaz y eficiente de la Gestión de Tecnologías de la Información (TIC) en la ESE ISABU, a través de los Sistemas de Información, la Infraestructura Tecnológica y la Seguridad de la información, siendo fundamental para respaldar sus operaciones y alcanzar sus metas y objetivos estratégicos.</p>	R11-SICOF	<p>Posibilidad de afectación legal y económica por violación, modificación o eliminación de datos de forma no autorizada por Falta de segregación de perfiles en la base de datos Sistema de Información PANACEA en beneficio propio o de un tercero.</p>	<p>El líder del grupo de sistemas de información de forma anual o cuando se requiera implementa derechos de acceso privilegiado mediante la asignación de roles y perfiles en la base de datos PANACEA garantizando la trazabilidad de las actividades en los (registros) de auditoría.</p> <p>El grupo de sistemas de información ejecuta de forma permanente las modificaciones en base de datos del sistema de información PANACEA, según solicitud enviada vía correo electrónico corporativo por los líderes y directores de proceso, evidenciando pendiente informe de forma cuatrimestral.</p>	<p>Se evidencia informe de implementación de derechos de acceso privilegiado mediante acceso de roles y perfiles en base de datos PANACEA, correspondiente al periodo comprendido entre 1 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025. En el informe se busca documentar la implementación de derechos de acceso privilegiados de roles y perfiles en la base de datos PANACEA, accesos asignados a contratistas de la oficina de las TICS. En el periodo evaluado se identificó la creación de un perfil previa solicitud por correo electrónico del profesional de las TICS, con la cual se pretende que el contratista pueda ejercer de manera dinámica las obligaciones de su contrato. De igual forma se menciona que no fue necesario realizar la creación o cancelación de más usuarios con derechos de acceso privilegiado, más que el inicialmente anunciado.</p>
<p>GESTIÓN FINANCIERA - TESORERÍA OBJETIVO: Programar, registrar y administrar los recursos financieros de la Entidad, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información que permita garantizar la utilidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera para la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución.</p>	R12-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial generando investigaciones y sanciones disciplinarias y penales por organismos de control por deficiencia en los controles para el manejo del dinero depositado en bancos realizado por el tesorero General por malos manejos con el dinero depositado en las cuentas bancarias tales como retiros no autorizados o autopréstamos, incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	<p>El Tesorero genera informe de saldos de Bancos tres días a la semana, el cual es entregado al Gerente por correo electrónico para comprobación de ingresos y pagos realizados el día anterior desde la Tesorería. Entregable: informe con saldos de Bancos entregado al Gerente</p> <p>El Contador realiza mensualmente conciliación de Bancos (Extractos bancarios vs. saldo en Auxiliar de Bancos) para verificar que los movimientos correspondan a los ingresos y giros del mes; en el evento de detectar operaciones irregulares deberá registrarlo en el documento de conciliación bancaria y comunicarlo a la Subgerencia Administrativa, como evidencia se toma el documento de la Conciliación Bancaria. Entregable: conciliación de bancos firmado por el contador.</p>	<p>Se evidencia documento dirigido al gerente de la ESE ISABU, enviado por correo electrónico en el cual la tesorería presenta el saldo en bancos y el avance de plan de pagos, correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2025. Con esto se entiende ejecutado el control.</p> <p>Comentario de la oficina de control interno: Debido a que el entregable hace mención de un INFORME, es necesario que desde la tesorería se haga uso de los formatos establecidos para tal fin, ya que, si bien se genera un reporte, el mismo no contiene aspectos relevantes como objetivo, alcance, conclusiones y recomendaciones.</p> <p>Se evidencia documentos denominado "informe de conciliación" correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2025, en el cual después del análisis de las cifras y evidenciada una conciliación, no se identificaron diferencias. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p> <p>Comentario de la oficina de control interno: Debido a que el entregable hace mención de un INFORME, es necesario que desde contabilidad se haga uso de los formatos establecidos para tal fin, ya que, si bien se genera un reporte, el mismo no contiene aspectos relevantes como objetivo, alcance, conclusiones y recomendaciones.</p>
<p>GESTIÓN DOCUMENTAL OBJETIVO: Orientar y asesorar a las Oficinas de la ESE ISABU en la organización y conservación de los archivos de Gestión en sus diferentes soportes, así como organizar, disponer y conservar los documentos que hacen parte del Archivo Central e Histórico de forma que se garantice el acceso y la integridad de los mismos de acuerdo a los lineamientos aplicables de la Ley General de Archivo y normatividad vigente. Finalmente, garantizar que las comunicaciones oficiales recibidas y despachadas por la ESE - ISABU, sean radicadas y lleguen oportunamente a su destino.</p>	R13-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica, disciplinaria, Fiscal y Penal por desconocimiento de la Norma, código de ética y falta de adherencia por parte del personal que custodia el Archivo Central e Histórico, con la intención de recibir dinero o dadas por intervenir las unidades documentales, Falsificación o destrucción de un Documento a su favor o de terceros.</p>	<p>La profesional en Gestión documental realizará auditorías trimestralmente validando el 0.5 % equivalente a 90 Historias Clínicas de 18.000 inventariadas, la validación se realizará mediante el Formato Único de Inventario Documental (ARC-F-004) FUID herramienta en la cual se refleja la información detallada por Historia Clínica, dejando como soporte Informe de Auditoría evidenciando que se cumplen con lo registrado en dicho formato FUID. En caso de encontrar una desviación se informará a la Subgerencia Administrativa</p>	<p>Se evidencia acta de 11 de abril de 2025 en la cual los contratistas de gestión documental en el cual se realiza inducción al personal nuevo de archivo y se asignan actividades a los contratistas. Se deja claro al contratista la calidad de reservado de la información que va a manejar y se puntualiza las responsabilidades frente a la información. Entiende esta oficina que aún no están programadas las auditorías, las cuales inician en el segundo semestre de 2025.</p>

			con el propósito de tomar acciones respectivas según corresponda.	
GESTIÓN DE CONTROL INTERNO OBJETIVO: Evaluar en forma independiente el Sistema de Control Interno de acuerdo con las normas vigentes, políticas, procedimientos, programas, planes, proyectos, asesorando a la gerencia y al equipo directivo, en el mejoramiento continuo del sistema, recomendando los ajustes necesarios producto de las evaluaciones, auditorías y seguimientos, así como realizar una valoración de riesgos, incentivando la cultura del autocontrol para que la entidad en todos sus niveles tome las decisiones en cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos institucionales.	R14-SICOF	Posibilidad de sanciones fiscales, penales o disciplinarias, en la omisión o modificación intencional por no reporte de posibles actos de corrupción e irregularidades administrativas en ejecución del plan anual de auditorías.	El jefe de la oficina de control interno realizara revisión mensual de las auditorías, informes de ley o seguimientos contenido en el plan anual de auditorías realizados por el equipo auditor de apoyo, evidenciándose el resultado de las revisiones en el acta de grupo primario.	El jefe de control interno en acta de grupo primario de enero de 2025 puntualiza que no ejecutó el control ya que no tenía contratado personal de apoyo, sin embargo, para los meses subsiguientes se realizó revisión junto a la profesional de apoyo de la oficina de control interno la designación de actividades y realizando revisión de las actividades adelantadas y su seguimiento respectivo. De igual manera, se puntualiza que debido a que la profesional de apoyo no es nueva en la entidad, no es necesaria inducción, sino reintroducción y el envío del código de integridad y del auditor.
GESTIÓN CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO OBJETIVO: Investigar y/o Sancionar las conductas disciplinables de los servidores y exservidores públicos de la entidad, a través del procedimiento establecido en la Ley, con el fin de preservar el cumplimiento de los principios que rigen la función pública y su correcto ejercicio.	R15-SICOF	Posible afectación reputacional por conflicto de intereses generados entre los funcionarios encargados de adelantar procesos disciplinarios, omitiendo su deber de investigar y/o sancionar, al personal de la entidad que cometa falta disciplinaria, incurriendo en la manifestación de lazos afectivos, extralimitación de sus funciones y obtención de beneficios económicos, por dilatar o entorpecer los procedimientos de la entidad, generando una posible caducidad o prescripción de la acción disciplinaria.	El Grupo de Control Disciplinario interno, llevará control frente a las quejas o informes en contra de los servidores o exservidores públicos de la E.S.E. ISABU, mediante archivo Excel que contenga las actuaciones adelantadas en los procesos disciplinarios, con el fin de mantener un orden y estadística sobre el número de quejas presentadas por mes, sobre esto se hará un informe semestral para determinar la cantidad quejas radicadas y tramitadas por el grupo.	Esta actividad requiere de un informe semestral, el cual aún no se debe presentar.
PROCESO GESTION APOYO TERAPEUTICO OBJETIVO: Gestionar la selección, adquisición, recepción, almacenamiento y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos para dar cumplimiento a la orden prescrita a los usuarios de la institución de manera oportuna, eficiente, segura y continua, enmarcado en la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.	R16-SICOF	Posibilidad de afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos con alto valor comercial en el servicio farmacéutico hospitalario derivados de Falta de principios y valores institucionales de los funcionarios del servicio farmacéutico.	El coordinador del servicio farmacéutico realiza auditoria de forma mensual a las existencias registradas en el software PANACEA vs existencias físicas utilizando el formato control de inventarios FAR-F-006 a los productos clasificados como de alto valor comercial este será evidenciado mediante informe cuatrimestral, en el caso de encontrar desviaciones estas serán informadas a la dirección técnica de unidades hospitalarias.	Se evidencia formato denominado "control inventarios" diligenciado por la regente de farmacia en la cual se hace una comparación de las existencias registradas en PANACEA vs las existencias físicas de medicamentos de alto valor comercial, realizando con ello una auditoria correspondientes al trimestre evaluado verificando que las existencias coincidan. Estas auditorías se aplicaron en el HLN y la UIMIST. Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.
			El personal del servicio farmacéutico hospitalario en cada cambio de turno verifica que las existencias registradas en el software PANACEA vs existencias físicas coincidan y se diligencia el formato entrega de turno medicamentos y dispositivos médicos alto valor comercial FAR-F-036, en caso de encontrar desviaciones serán reportadas mediante correo electrónico a la coordinación del servicio farmacéutico quien realizará la gestión para la respectiva solución.	Se evidencia formato denominado "entrega de turno medicamentos y dispositivos médicos de alto valor comercial" en el cual se hace entrega de los medicamentos en cada cambio de turno y se deja constancia de ello. Lo anterior correspondiente al cuatrimestre evaluado. De igual manera se evidencia un informe que compila la información de la ejecución de los controles en los cuales se concluye que la entrega de turno y la verificación de existencias físico vs sistema de los medicamentos y dispositivos médicos de alto valor comercial ha permitido ejercer un control efectivo sobre esos inventarios. Con esto se entiende ejecutado el control.

<p>PROCESO GESTION APOYO TERAPÉUTICO OBJETIVO: Gestionar la selección, adquisición, recepción, almacenamiento y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos para dar cumplimiento a la orden prescrita a los usuarios de la institución de manera oportuna, eficiente, segura y continua, enmarcado en la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.</p>	R17-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica, sanciones penales y disciplinarias por hurto o pérdida de medicamentos de control especial y monopolio del estado en el servicio farmacéutico hospitalario derivados de Falta de principios y valores institucionales de los funcionarios del servicio farmacéutico</p>	<p>El coordinador del servicio farmacéutico realiza auditoria de forma mensual a las existencias registradas en el software PANACEA vs existencias físicas utilizando el formato control de inventarios FAR-F-006 a los medicamentos de control especial y monopolio del estado, este será evidenciado mediante informe cuatrimestral, en el caso de encontrar desviaciones estas serán informadas a la dirección técnica de unidades hospitalarias.</p>	<p>Se evidencia formato denominado "control inventarios" diligenciado por la regente de farmacia en la cual se hace una comparación de las existencias registradas en PANACEA vs las existencias físicas de medicamentos de control especial y monopolio del estado, realizando con ello una auditoria correspondientes al trimestre evaluado verificando que las existencias coincidan. Estas auditorías se aplicaron en el HLN y la UIMIST. Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.</p>
			<p>El personal del servicio farmacéutico hospitalario en cada cambio de turno verifica que las existencias registradas en el software PANACEA vs existencias físicas coincidan y se diligencia el formato control de inventarios FAR-F-006, este será reportado mediante correo electrónico a la coordinación del servicio farmacéutico.</p>	<p>Se evidencia formato denominado "control de inventarios" correspondiente a medicamentos controlados en el cual se verifica las existencias registradas en el software PANACEA vs existencias físicas coincidan. En los formatos diligenciados no se presentaron diferencias que reportar. Con esto se entiende ejecutado el control.</p>
<p>PROCESO ATENCION AMBULATORIOS OBJETIVO: Identificar y satisfacer las necesidades en salud del usuario y su familia con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, educación sobre el estado de salud, bajo la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.</p>	R18-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica, investigación fiscal, sanciones y procesos disciplinarios por hurto o pérdida de accesorios de equipos biomédicos como colposcopio, ecógrafos, Doppler, electrocardiógrafo, equipo de órganos, derivado a la falta de pertenencia con los recursos de la institución, Intereses económicos y/o personales asociados a la inexistencia de controles y seguimiento en los servicios ambulatorios, incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	<p>La jefe y la auxiliar del servicio ambulatorio aplicara lista de chequeo de equipos biomédicos semanal con el objetivo de revisar que se encuentren completos los accesorios de los siguientes equipos biomédicos como colposcopio, ecógrafos, Doppler, electrocardiógrafo, equipo de órganos, pesa bebe, si se llega a evidenciar desviaciones estas serán notificadas a la dirección de las unidades hospitalarias.</p>	<p>Se evidencia lista de chequeo de ronda de tecnovigilancia en la cual se evalúan algunos aspectos médicos del servicio, correspondientes al trimestre evaluado. De igual manera se evidencia informe de gestión en el cual la líder de consulta externa especializada de la UIMIST y HLN concluye que al realizar la ronda en compañía de la empresa INBIOMECS de forma semanal no se reportaron novedades ni ausencia de equipos biomédicos, por lo tanto, no es necesario realizar reporte alguno. Comentario de la oficina de control interno Si bien se cumplió con el entregable, es necesario que se haga uso de los formatos institucionales actualizados para realizar el desarrollo de los informes.</p>

Para ver el seguimiento completo se debe consultar el anexo No. 2 de este informe denominado "Seguimiento y evaluación al mapa de riesgos SICOF", el cual será publicado en la página web institucional junto con este informe.

3.1.2. Acción Estratégica 2: Canales de denuncia: Acá se desarrollan las actividades propias del plan de acción del Programa de Transparencia y Ética Pública, referente a cada una de las acciones estratégicas planteadas.

Evaluación del Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética pública- Temática 1. CANALES DE DENUNCIA

TEMÁTICA 1: GESTIÓN DEL RIESGO					EVALUACION DE CONTROL INTERNO
ACCIÓN ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	META PRODUCTO / ENTREGABLE	PRIMER CUATRIMESTRE
CANALES DE DENUNCIA	8.Recepción.	8.1	Difundir mediante las redes de la institución el correo de denuncias.	Informe de difusión del correo de denuncias.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.

	9.Registro y documentación.	8.2	Difundir trimestralmente a través de página web (Banner) y redes sociales el link de PQRS.	Informe trimestral de difusión en página web y redes sociales el link de PQRS.	Se evidencia un documento en el formato de comunicaciones denominado "informe" de difusión del link de PQRS realizado en la página web, evidenciándolo mediante el banner de la página web en el cual se difunden los diferentes canales de atención a la ciudadanía. Comentario de la oficina de control interno: Es necesario realizar ajuste en el producto o entregable, ya que se menciona que se hará entrega de un "Informe trimestral de difusión en página web y redes sociales del link de PQRS, sin embargo, se hace entrega de un documento que no se encuentra el formato de los informes, no tiene objetivos, alcance, conclusiones o recomendaciones, por lo cual no puede considerarse como un informe.
		9.1	Verificar que el link de PQRS de la página institucional se encuentre en óptimas condiciones.	Informe de funcionamiento del Link de PQRS de la página institucional.	Se evidencia documento denominado "Informe de funcionamiento del link de PQRS de la página institucional" en el cual se concluye que el link está funcionando correctamente y permite medir las expectativas y necesidades de los usuarios a través de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientaciones o solicitudes, lo que permite gestionar las PQRS en el periodo evaluado.
		9.2	Verificar que el canal de denuncias cumpla con lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.	Informe de cumplimiento del canal de denuncias con lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		9.3	Garantizar al usuario la atención de las PQRS, según los tiempos establecidos por la Ley.	Informe trimestral de las PQRS atendidas en el tiempo establecido por la ley.	Se evidencia informe de gestión de la oficina del SIAU correspondiente al primer trimestre de 2025 en el cual se demuestra el cumplimiento de las actividades programadas en la oficina de atención al usuario frente a la gestión oportuna de PQRS, satisfacción al usuario y evaluación de las estrategias desarrolladas para incentivar y promover la participación ciudadana en la vigencia 2025.

Para ver el seguimiento completo se debe consultar el anexo No. 1 de este informe denominado "Seguimiento al plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública", el cual será publicado en la página web institucional junto con este informe.


3.1.3. Acción Estratégica 3: Riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación para la proliferación de armas de destrucción masiva- LAFT/FPADM: Además de las actividades desarrolladas en el plan de acción del Programa de Transparencia y Ética Pública, se estructuró un **MAPA DE RIESGOS SARLAFT**.

Evaluación del Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética pública- Temática 1. RIESGOS SARLAFT/FP

TEMÁTICA 1: GESTIÓN DEL RIESGO					EVALUACION DE CONTROL INTERNO
ACCIÓN ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	META PRODUCTO / ENTREGABLE	PRIMER CUATRIMESTRE
RIESGO SARLAFT/FP	10.Política y Manual de Administración de Riesgos SARLAFT.	10.1	Realizar revisión de la política de administración de riesgos SARLAFT para ver si es necesario su actualización.	Política SARLAFT actualizada o documento de revisión de la política.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		10.2	Establecer políticas o actos administrativos sobre montos máximos de efectivo.	Documento política o Resolución. Presentación ante el comité de Gestión Integral de Riesgos.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.

				Publicación Institucional.	página	
		10.3	formular políticas o acto administrativo para la identificación de operaciones inusuales y/o sospechosas	Documento (políticas o acto administrativo) para la identificación de operaciones inusuales y/o sospechosas. Presentación ante el comité de Gestión. Integral de Riesgos. Publicación página Institucional.		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		10.4	Realizar o actualizar el manual de procedimientos del subsistema de administración del riesgo SARLAFT.	Manual de procedimientos del subsistema de administración del riesgo SARLAFT. Presentación ante el comité de Gestión. Integral de Riesgos. Publicación página Institucional.		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		10.5	Presentar ante la Junta Directiva para aprobación el Manual de procedimientos del subsistema de administración del riesgo SARLAFT	Acta de aprobación por la Junta Directiva		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	11.Construcción del Mapa de Riesgos SARLAFT.	11.1	Realizar análisis del contexto Estratégico (contexto interno y externo) de los Riesgos SARLAFT	Matriz de contexto estratégico		Se evidencia matriz de Excel denominada " contexto estratégico" correspondiente a la oficina jurídica, tesorería y talento humano de los riesgos SARLAFT.
		11.2	Identificar, crear y consolidar la matriz de riesgos SARLAFT	Matriz de riesgos SARLAFT		Se evidencia matriz de mapa de riesgos SARLAFT VIGENCIA 2025, completamente diligenciada, actualizado y consolidado, en la cual se relacionan los riesgos SARLAFT priorizados por las áreas para la vigencia 2025.
	12.Consulta y divulgación.	12.1	Publicar en la página web la matriz de riesgos SARLAFT.	Link de publicación de la Matriz de riesgos SARLAFT		Se evidencia link de la página web de la ESE ISABU en la cual se publica la matriz de riesgos SARLAFT (subsistema de administración de Riesgos de Lavado de activos y Financiación del terrorismo en su versión 2.
		12.2	Socializar y Divulgar la política de Administración de Riesgos SARLAFT en el micrositio de Transparencia de la Página Institucional.	Correos electrónicos de socialización a colaboradores Misionales, Administrativos y link de publicación		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.
		12.3	socialización y divulgación del procedimiento para la Administración del Riesgo SARLAFT.	Correos electrónicos de socialización a colaboradores Misionales, Administrativos, y publicación en las diferentes redes de la Institución.		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.
		12.4	Fortalecer la Cultura en prevención del lavado de activos y financiación del Terrorismo dentro del ISABU.	Socializar el fortalecimiento de la cultura en prevención del LAFT al interior del ISABU		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.
	13. Administración y control.	13.1	Realizar reporte semestral de la Gestión del Riesgo SARLAFT al Comité Integral de Gestión del Riesgo.	Acta del Comité Integral de Gestión del Riesgo		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		13.2	Realizar reporte de la Gestión del Riesgo SARLAFT ante la junta directiva.	Acta de Junta Directiva		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		13.3	Realizar auditoría interna por parte del revisor fiscal al Subsistema de Administración del Riesgo SARLAFT (Corrupción, Opacidad y Fraude).	Informe de resultados de la auditoría Interna		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.
		13.4	Informar los resultados de la Auditoría Interna, la efectividad y el cumplimiento de las etapas y elementos del SARLAFT al Representante Legal y a la Junta Directiva.	Acta de Junta Directiva		Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.

Para ver el seguimiento completo se debe consultar el anexo No. 1 de este informe denominado "Seguimiento al plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública", el cual será publicado en la página web institucional junto con este informe.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 31-43
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

Evaluación del mapa de riesgos SARLAFT- Temática 1. RIESGOS SARLAFT/FP

MAPA DE RIESGOS SARLAFT VERSIÓN 2 - VIGENCIA 2025							
IDENTIFICACION DEL RIESGO			VALORACION - MAPA DE RIESGOS SARLAFT 2025 - VERSIÓN 2	ADMINISTRACION DEL RIESGO			SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO
PROCESO / OBJETIVO	REFERENCIA	RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO	INDICADOR	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	PRIMER SEGUIMIENTO (PRIMER CUATRIMESTRE)
			DESCRIPCIÓN DEL CONTROL				
GESTIÓN FINANCIERA, SUBPROCESO TESORERÍA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	R22-SARLAFT	Posibilidad de afectación económica y sanciones fiscales por no reportar oportunamente ala UIAF los informes de las transacciones recibidas de personas naturales en efectivo que supere el tope establecido de 3 salarios mínimos vigentes.	consolidar mensualmente utilizando la herramienta tecnológica software panacea por parte del Tesorero la información de los recaudos en efectivo a través de los recibos de caja realizados por las personas naturales individuales para identificar que no supere el tope máximo de tres salarios mínimos legales vigentes, entregando mensualmente como evidencia el certificado expedido por la UIAF	(número de reportes presentados /Numero de reportes mensuales obligados)	realizar Reporte mensual a la UIAF	Tesorero	Se evidencian reportes generados en la plataforma de la Unidad de Información y Análisis Financiero- UIAF de Colombia en la cual se realiza "Reporte procedimiento (CE009)", "Reporte de Proveedores (CE009)", "Reporte de Operaciones sospechosas" realizados el 4 de febrero de 2025, 6 de marzo de 2025, 1 de abril de 2025 y 5 de mayo de 2025. Con esto se entiende ejecutado el control, al verificar la tesorería que los recaudos en efectivo no supera el tope máximo establecido.

Para ver el seguimiento completo se debe consultar el anexo No. 3 de este informe denominado “Seguimiento y evaluación al mapa de riesgos SARLAFT”, el cual será publicado en la página web institucional junto con este informe

3.1.4. Acción Estratégica 4: Debita Diligencia

Evaluación del Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética pública- Temática 1. DEBITA DILIGENCIA

TEMÁTICA 1: GESTIÓN DEL RIESGO					EVALUACION DE CONTROL INTERNO
DEBITA DILIGENCIA	14.Gestión de la debita diligencia.	14.1	Definir los requisitos mínimos para la vinculación de contrapartes en temas de LAFT, dentro del ISABU.	Lista de Chequeo dentro de la vinculación de terceros en el ISABU	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.

		14.2	Definir procesos y/o procedimientos para consultar de forma permanente las listas vinculantes para Colombia de los miembros de la organización (clientes, usuarios, PEP, socios, trabajadores, empleados y proveedores).	procesos y/o procedimientos	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		14.3	Definir el o los procedimientos que contemplen la necesidad de identificar situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios que realizan, así como la incursión en nuevos mercados bienes o servicios.	Procedimiento	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		14.4	Definir el o los procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en clientes y usuarios Personas Expuestas Políticamente - PEPs, asociados, trabajadores, empleados y proveedores.	Procedimiento	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		14.5	Determinar las listas restrictivas a ser consultadas dentro del proceso de vinculación de contrapartes.	Socialización de las Herramientas de Bases abiertas para consulta al interior del ISABU	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		14.6	Realizar los planes y/o programas de capacitación sobre el subsistema de administración de riesgos SARLAFT.	Cronograma del programa de capacitación, control de asistencia capacitación y prueba de adherencia.	Se evidencia archivo en Excel en el cual se relaciona el cronograma del programa de capacitación y actividades de SARLAFT que incluye actividades desde el mes de abril hasta agosto de 2025. Para el mes de abril se tenían programadas dos actividades las cuales se cumplieron.

Para ver el seguimiento completo se debe consultar el anexo No. 1 de este informe denominado "Seguimiento al plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública", el cual será publicado en la página web institucional junto con este informe.

3.2. Temática 2: Redes y Articulación


3.2.1. Acción Estratégica 5: Redes internas.

3.2.2. Acción Estratégica 6: Redes externas.

Evaluación de control interno: Con el fin de verificar el cumplimiento de este plan de acción, referente a la SEGUNDA TEMATICA denominada REDES Y ARTICULACIÓN, la oficina de control interno realizó evaluación de cada una de las acciones establecidas en la temática del plan de acción del Programa de Transparencia y Ética Pública, cuyo resultado se deja plasmado de manera resumida así:

Evaluación del Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética pública- Temática 2. Redes y Articulación

TEMÁTICA 2: REDES Y ARTICULACIÓN					EVALUACION DE CONTROL INTERNO
ACCIÓN ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	META PRODUCTO / ENTREGABLE	PRIMER CUATRIMESTRE
REDES INTERNAS	1.Construcción.	1.1	Elaborar y consolidar cronograma con los secretarios técnicos de comités normativos.	Cronograma de Comités normativos	Se evidencia archivo en Excel denominado "cronograma comités 2025" en el cual se relaciona todos los comités normativos que debe desarrollar la entidad, los responsables, las fecha y hora de la realización de enero a diciembre de 2025.
	2.Monitoreo.	2.1	Realizar monitoreo de comités normativos.	Informe trimestral de ejecución del monitoreo. Acta del comité CIGD donde se evidencia la presentación del informe.	Se evidencia archivo el cual se titula " Informe de seguimiento Comités institucionales enero- marzo" correspondiente a la vigencia 2025. En el informe se menciona que la ESE ISABU inicia su gestión con un total de 19 comités institucionales. Junto con los presidentes y secretarios de los comités se construyó el cronograma anual, dándose a conocer por medio de correo electrónico el 16/01/2025. Lo anterior se realiza en pro del cumplimiento de la periodicidad de las reuniones proyectadas desde los comités asegurando cumplimiento normativo. El informe será presentado en el comité institucional de gestión y desempeño CIGD del mes de mayo de 2025. Comentario de Control Interno: Es necesario que desde la oficina de planeación se revisen los formatos usados en los informes, ya que para desarrollar un informe se está haciendo uso del formato de comunicaciones: o bien, cambiar el entregable por otro producto que no sea informe, ya que no se observan ni introducción, alcance, objetivo, conclusiones o recomendaciones.
REDES EXTERNAS	3.Implementación.	3.1	Elaborar el plan de acción del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).	Plan de acción del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).	La oficina de control interno basada en los resultados del FURAG y de la evaluación independiente del sistema de control interno, estructuró el plan de acción MECI, el cual se socializó el 1/04/2025. Aunque la meta se cumplió, se presentaron retrasos en la ejecución de la actividad, lo anterior debido a las demás actividades que debía ejecutar la oficina de control interno y la falta de personal de apoyo de la oficina.
	4.Resultados.	4.1	Realizar seguimiento del plan de acción del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).	Informe de seguimiento del plan de acción MECI.	Se evidencia informe de seguimiento del plan de acción MECI con corte al primer trimestre de 2025, en el cual se concluye que Las acciones de mejora programadas en el plan de acción MECI a ejecutar en la vigencia 2025 corresponden a diecisiete (17) actividades; del seguimiento realizado con corte a corte a 31 a marzo de 2024 se observó cumplimiento del 100% de las actividades programadas para el primer trimestre de la vigencia 2025, en el componente evaluación del riesgo; por lo tanto, se evidencia un avance general del plan de acción MECI 2025 del 18%.
	5.Fortalecimiento en divulgación y Socialización.	5.1	Realizar divulgación del plan de acción MECI, a los líderes responsables de metas, productos.	Correos de divulgación del plan de acción MECI	Se evidencia correo electrónico de 1/04/2025 en el cual la jefe de control interno da a conocer el oficio radicado 1069 en el cual da a conocer el plan de acción MECI a los líderes de proceso que ejecutarán acciones de importancia para el fortalecimiento del sistema de control interno de la entidad. Si bien la socialización del plan de acción se realizó, es necesario mencionar que no se cumplió con la fecha estipulada, esto debido a las demás actividades que debía ejecutar la oficina de control interno y la falta de personal de apoyo de la oficina.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 34-43
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

		5.2	Socialización de resultados del seguimiento del plan de acción MECI ante el comité de Coordinación de Control Interno.	Acta del comité de Coordinación de Control Interno.	Se evidencia acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la ESE ISABU correspondiente al 26/03/2025 en el cual se presentó el cierre de la vigencia 2024 en el cual se presentó el cumplimiento al 100% del plan de acción MECI del 2024 (página 12).
--	--	-----	--	---	--

Para ver el seguimiento completo se debe consultar el anexo No. 1 de este informe denominado “Seguimiento al plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública”, el cual será publicado en la página web institucional junto con este informe.

3.3. Temática 3: Cultura de la legalidad y estado abierto

- 3.3.1. Acción Estratégica 7: Acceso a la información pública y transparencia.
- 3.3.2. Acción Estratégica 8: Participación ciudadana y rendición de cuentas.
- 3.3.3. Acción Estratégica 9: Integridad en el servicio público.

Evaluación de control interno: Con el fin de verificar el cumplimiento de este plan de acción, referente a la TERCERA TEMATICA denominada CULTURA DE LA LEGALIDAD Y ESTADO ABIERTO, la oficina de control interno realizó evaluación de cada una de las acciones establecidas en la temática del plan de acción del Programa de Transparencia y Ética Pública, cuyo resultado se deja plasmado de manera resumida así:

Evaluación del Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética pública- Temática 3. CULTURA DE LA LEGALIDAD Y ESTADO ABIERTO

TEMÁTICA 3: CULTURA DE LA LEGALIDAD Y ESTADO ABIERTO					EVALUACION DE CONTROL INTERNO
ACCIÓN ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	META PRODUCTO / ENTREGABLE	PRIMER CUATRIMESTRE
ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y TRANSPARENCIA	1.Transparencia Activa: Estructura Administrativa y Direccionamiento estratégico.	1.1	Ejecutar el procedimiento de Atención al Usuario de la ESE ISABU.	Informe semestral de reporte de la ejecución del procedimiento de atención al usuario de la ESE ISABU.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		1.2	Realizar análisis del estado actual del servicio al ciudadano que presta la entidad y generar las oportunidades de mejora como proceso de mejoramiento continuo.	Informe con el análisis del estado del servicio al ciudadano con la identificación de las oportunidades de mejora y las acciones a ejecutar que permitan mejorar la situación actual.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.
		1.3	Realizar medición y análisis trimestral del indicador de tiempo de atención al usuario.	Ficha técnica del indicador de tiempos de atención al usuario con la medición y el análisis.	Se evidencia ficha técnica de indicador de "proporción de satisfacción global de los usuarios de las IPS", en la cual se indica que para enero el porcentaje de satisfacción alcanzó el 94.8%, en febrero 94.75%, marzo 95.72% y abril 95.89% siendo positivo su comportamiento ya que en el cuatrimestre se alcanzó la meta propuesta la cual era de 90%. Se evidencia de igual manera el informe que analiza el comportamiento del indicador.

		1.4	Realizar medición y análisis trimestral de la percepción a ciudadanos con respecto a la calidad de los servicios prestados.	Ficha técnica del indicador de satisfacción al usuario con medición y análisis.	Se evidencia ficha técnica del indicador de satisfacción global de los usuarios en la IPS, en la cual se evidencia, que hasta el primer trimestre medido se alcanzó la meta, sin embargo, se implementaron acciones de mejora con el fin de buscar un porcentaje de cumplimiento por encima del 95%, este indicador es el instrumento con el cual se espera identificar aspectos importantes en los cuales se han presentado mejoras que impulsen el indicador.
		1.5	Actualizar la información en la página WEB, en el link" Transparencia y acceso a la información pública de la ESE ISABU, dando cumplimiento con lo establecido en la resolución 1519 de 2020.	Informe trimestral donde se relacione las actualizaciones de publicaciones en el link de transparencia y acceso a la información de acuerdo al registro de publicaciones. (las listas de chequeo de publicaciones)	Se evidencia informe trimestral de cargue de contenido y asistencia técnica en la cual se realiza un seguimiento a las publicaciones que se realizan durante el primer trimestre de 2025. En el informe se detalla que durante enero se recibieron 37 solicitudes de publicación en página web institucional, febrero 48 y marzo 40, las cuales fueron publicadas en su totalidad para un acumulado en el trimestre de 125 solicitudes elevadas y cumplidas. En el informe se concluye que la oficina gestión de la TIC se ha apoyado en la oficina de planeación aplicando la ley 1712 de 2014 o de transparencia y del derecho y acceso a la información Pública Nacional para actualizar la página de la institución.
		1.6	Socializar y medir adherencia a los funcionarios de la entidad sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información pública	Informe de socialización y medición de adherencia sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información pública.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer trimestre de 2025.
	2.Transparencia Activa: Fortalecimiento de los canales de atención.	2.1	Socializar trimestralmente y mantener actualizados los canales de atención y participación ciudadana a los colaboradores y ciudadanía a través de los diferentes canales de comunicación (carteleros institucionales, página web y anuncios publicitarios a través de redes sociales).	Informe de socialización de los diferentes canales de atención y participación ciudadana.	Se evidencia informe de socialización de los diferentes canales de atención y participación ciudadana correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2025, en el cual se evidencia la actualización de los canales de atención y participación ciudadana a los colaboradores y ciudadanía en general a través de las redes social, página web y las carteleros institucionales. Comentario de la oficina de control interno: Es necesario que, desde la oficina de Planeación y comunicaciones, se realicen los informes con más calidad, abordando los temas con cierto criterio analítico de los factores analizados en los diferentes informes, ya que es precisamente esta la finalidad de estos documentos. De igual manera se recomienda revisar aspectos de forma de los informes ya que tienen errores ortográficos, diferentes letras y tamaños y los informes no cuentan con la firma de la persona que los proyectó.
		2.2	La entidad determina, recopila y analiza los datos sobre la percepción del cliente o usuario, con respecto a los trámites y procedimientos de cara al ciudadano.	Informe de percepción (encuesta) del cliente o usuario, con respecto a los trámites y procedimientos de cara al ciudadano.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer trimestre de 2025.
	3.Transparencia Activa: Talento Humano.	3.1	Diseñar plan de trabajo para la puesta en marcha de las actividades tendientes al fortalecimiento de la política del servicio al ciudadano de la entidad.	Plan de trabajo para el fortalecimiento de la política del servicio al ciudadano.	Se evidencia plan de trabajo para la puesta en marcha de las actividades tendientes al fortalecimiento de la política del servicio al ciudadano de la entidad correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2025. En el informe se concluye que las actividades de la oficina de atención al usuario y plan de participación ciudadana se están ejecutando de acuerdo a lo planeado y de esta manera se da cumplimiento a la normatividad vigente y especialmente a la participación de los usuarios en las diferentes actividades, planes programas y proyectos que la institución realiza con el ánimo de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.
		3.2	Fortalecer el proceso de formación y capacitación en temas de servicio al ciudadano, dirigido a los colaboradores de la ESE ISABU con funciones de servicio y atención a través de la creación de un documento orientador en temas de humanización.	Documento orientador en temas de humanización y socialización.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo trimestre de 2025.


		3.3	Incluir dentro de los planes de bienestar e incentivos de los colaboradores de la ESE ISABU, estímulos para destacar su desempeño respecto a la atención que prestan a los ciudadanos.	Documento Plan de bienestar de incentivos de los colaboradores de La ESE ISABU ajustado vigencia 2023.	Se evidencia documento denominado "plan de bienestar laboral e incentivos" de la vigencia 2025, cuyo objetivo principal es intervenir en las medidas de calidad en el empleo, flexibilidad temporal y espacial, apoyo a la familia, desarrollo personal y profesional, igualdad de oportunidades y liderazgo y estilos de dirección, lo cual impactará en los ejes de calidad de vida laboral y en las áreas de protección y servicios sociales tendientes a lograr la participación del servidor público en el desarrollo organizacional.
		3.4	Incluir en el Plan Anual de Capacitaciones los 4 ejes del Plan Nacional de Formalización y Capacitación 2020 - 2030, (Ejes: Transformación digital, Gestión del conocimiento y la innovación, Creación de valor público, Probidad y ética de lo público).	Plan Anual de Capacitación con la inclusión de los 4 ejes del Plan Nacional de Formalización y Capacitación 2020 - 2030, aprobado y publicado.	Se evidencia documento denominado "Plan Institucional de capacitación" cuyo objetivo principal es consolidar y garantizar el conocimiento, habilidades y destrezas en todos los funcionarios de la ESE ISABU, mediante el fortalecimiento de sus competencias desde el ser, el saber y el hacer, en busca de brindar un servicio cercano y de calidad a la ciudadanía.
		3.5	Incluir en el Plan de Bienestar Social e Incentivos con los 5 ejes del Programa Nacional de Bienestar, (Ejes: Equilibrio psicosocial, Salud mental, Convivencia social, Alianzas interinstitucionales, Transformación digital).	Plan de Bienestar Social e Incentivos con los 5 ejes del Programa Nacional de Bienestar, aprobado y publicado.	Se evidencia plan de Bienestar Laboral e incentivos de la vigencia 2025, cuyo objetivo principal es intervenir en las medidas de calidad en el empleo, flexibilidad temporal y espacial, apoyo a la familia, desarrollo personal y profesional, igualdad de oportunidades y liderazgo y estilos de dirección, lo cual impactará en los ejes de calidad de vida laboral y en las áreas de protección y servicios sociales tendientes a lograr la participación del servidor público en el desarrollo organizacional.
	4. Transparencia Activa: Normativo y procedimental.	4.1	Realizar revisión semestral del Procedimiento de Petición, Quejas y Reclamos de acuerdo a la normatividad legal y lineamientos de la entidad y actualizar si es necesario.	Informe de la revisión del procedimiento de Petición, Quejas y Reclamos y actualización en caso de que aplique.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		4.2	Crear mecanismos de evaluación periódica del desempeño de sus servidores en torno al servicio al ciudadano	Ficha técnica de percepción (encuesta) de atención del servicio al ciudadano.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		4.3	Realizar revisión trimestral de la información publicada en cartelera informativa de los centros de salud y unidades hospitalarias para garantizar la difusión de los contenidos relacionados con derechos y deberes de los ciudadanos, requisitos de trámites, horarios, canales de atención y boletines informativos.	Informe de revisión de la cartelera informativa de los centros de salud y unidades hospitalarias con anexo de registros fotográficos.	Se evidencia documento denominado "informe de revisión de la cartelera informativa de los centros de salud zona sur y unidades hospitalarias centro de salud", en el cual se puede observar fotografías de las carteleras informativas institucionales de los centros de salud: Campohermoso, comuneros, Libertad, la Joya, Morrorico, Mutis, Rosario, Pablo VI, Toledo Plata. Comentario de la oficina de control interno: El entregable relacionado hace cuenta de un informe en el cual se realice la revisión de las carteleras informativas de los centros de salud y unidades hospitalarias acompañado de registros fotográficos, sin embargo, lo primero que evidenció esta oficina de control interno es que el documento no se encuentra en el formato de informe sino de comunicación por supuesto no cumple con lo requerido en los informes ya que no tiene objetivo, alcance, conclusiones y recomendaciones. De igual manera no se realiza la revisión de ninguna de las unidades hospitalarias como lo describe el informe, solo se relacionan algunos centros de salud. En general el documento adjunto como evidencia NO CUMPLE con lo requerido como entregable para cumplir con la actividad.

	4.4	Publicar y divulgar, por parte del área que ejecutó la actividad, los resultados y acuerdos desarrollados en el proceso de participación, señalando la fase del ciclo de la gestión y el nivel de incidencia de los grupos de valor.	Evidencia de publicación y divulgación de Informe donde se evidencia los resultados y acuerdos desarrollados en el proceso de participación ciudadana, señalando la fase del ciclo de la gestión y el nivel de incidencia de los grupos de valor.	Se evidencia informe de gestión de la oficina SIAU- Participación Ciudadana, correspondiente al primer trimestre de 2025 en la cual el profesional de atención al usuario concluye que las actividades de la oficina de atención al usuario y plan de participación ciudadana se están ejecutando de acuerdo a lo planeado y de esta manera se da cumplimiento a la normatividad vigente y especialmente a la participación de los usuarios en las diferentes actividades, planes, programas y proyectos que la institución realiza con el ánimo de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. Comentario de la oficina de control interno: Si bien se cumple con el entregable, el informe adolece de un componente analítico, que responda a la verdadera finalidad del producto y que le apunte directamente a la temática tratada en el PTEP, ya que no se realizó un análisis de los resultados obtenidos en el proceso de participación ciudadana, no se señala la fase del ciclo de la gestión y el nivel de incidencia de los grupos de valor.
	4.5	Publicar los avisos de privacidad de la información en los diferentes canales que la entidad dispone para la atención al ciudadano de conformidad con la política de tratamiento de datos personales.	Informe de publicaciones de los avisos de privacidad de la información a través de los diferentes canales de comunicación (incluir enlaces de publicación y captura de pantalla).	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	4.6	Evidenciar el cumplimiento de los avisos de privacidad de la información en los diferentes instrumentos de recolección de datos personales que la entidad dispone para la atención al ciudadano, de conformidad con la política de tratamiento de datos personales.	Informe de evidencia de cumplimiento de los avisos de privacidad de la información en los diferentes instrumentos de recolección de datos personales	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.
	4.7	Revisión y publicación en el sitio web institucional de la política de protección de datos personales dando cumplimiento a la ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios.	Evidencia de revisión y actualización de ser necesario de la Política de protección de datos publicada en la página web institucional.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre de 2025.
	4.8	Registro nacional de base de datos de información personal de la ESE ISABU ante la superintendencia de industria y comercio (SIC) dando cumplimiento a la ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios.	Evidencia del registro nacional de base de datos de información personal de la ESE ISABU ante la superintendencia de industria y comercio (SIC)	Se evidencia certificaciones expedidas por la Superintendencia de Industria y Comercio en la cual da fe del registro de absolutamente todas las bases de datos con información personal que tenga la entidad. Se evidencia certificación de: Empleados-PANACEA, f20 contratación, historias laborales, PANACEA, BD PQR DIGITAL, BD PQR FISICA, relación de personal, terceros PANACEA.
	4.9	Campañas de divulgación y sensibilización de la política de seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad de la información a los colaboradores de la ESE ISABU.	Informe de sensibilización de las políticas de seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad de la información	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	4.10	Campañas de divulgación y sensibilización de la política de gobierno digital dirigidas al personal de la ESE ISABU, contratistas, servidores y otros actores de interés.	Informe de sensibilización de la publicación en la página web dirigida a cualquier grupo de interés, así como el envío de información al correo corporativo del personal interno	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.

	5.Transparencia Activa: Relacionamiento con el ciudadano.	5.1	Aplicar encuestas de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios de la ESE ISABU.	Informe trimestral de la encuesta de satisfacción al usuario referente a los servicios de la ESE ISABU.	Se evidencia informe de gestión de la oficina del SIAU, correspondiente al primer trimestre de 2025 en el cual dando cumplimiento a las actividades programadas en la oficina de atención al usuario frente a la gestión oportuna de pqr, satisfacción del usuario y evaluar las estrategias desarrolladas para incentivar y promover la participación ciudadana en la vigencia 2025, se evidencia que el nivel de satisfacción de los usuarios para el primer trimestre de 2025 fue de un 95.09% sobrepasando la meta establecida en un 90%. Pese a los excelentes resultados, se determina la necesidad de realizar algunas actividades de mejora con el fin de disminuir las causas de las PQRSF en cada periodo y elevar la satisfacción de los usuarios de la ESE ISABU.
		5.2	Aplicar encuestas de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a Solicitud de Citas, Historia Clínica y Radiología e imágenes diagnosticas.	Informe semestral de la encuesta de satisfacción a los usuarios de los tramites racionalizados Solicitud de Citas, Historia Clínica y Radiología e imágenes diagnosticas.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	1.Transparencia Pasiva: Relacionamiento con el ciudadano.	1.1	Garantizar a la ciudadanía la respuesta a las solicitudes de información pública, según los tiempos establecidos por la Ley.	Informe trimestral de las solicitudes de información pública atendidas en el tiempo establecido por la ley.	Se evidencia informe de gestión de la oficina del SIAU, correspondiente al primer trimestre de 2025 en el cual dando cumplimiento a las actividades programadas en la oficina de atención al usuario frente a la gestión oportuna de pqr, satisfacción del usuario y evaluar las estrategias desarrolladas para incentivar y promover la participación ciudadana en la vigencia 2025, se evidencia que de las 298 PQRS registradas en el primer trimestre de 2025 se dio respuesta a la totalidad de ellas en el término de 1 a 3 días, señalando que a todas las solicitudes se le han dado respuesta en los términos respectivos.
	2.Transparencia Pasiva: Criterio diferencial de accesibilidad.	2.1	Publicar información en página web y redes sociales con accesibilidad de la información a población con discapacidad y a los distintos grupos culturales de la región.	Informe con la relación de la información publicada y con acceso a información cumpliendo con los criterios diferenciales de accesibilidad en página web y redes sociales de la entidad, anexando link.	Se evidencia informe correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2025 en el cual el su objetivo principal es publicar información en página Web y Redes Sociales con accesibilidad de información a población con discapacidad y distintos grupos culturales de la región. En el informe se concluye que se publicó en canales digitales, asequibles para la población con discapacidad en distintos grupos culturales de la región.
	3.Transparencia Pasiva: Monitoreo del Acceso a la Información Pública.	3.1	Realizar medición y análisis a través de la encuesta de transparencia y acceso a la información pública de forma trimestral a la ciudadanía sobre la accesibilidad a la información publicada en la página Web.	Ficha Técnica del indicador de transparencia y acceso a la información pública con la medición y análisis trimestral.	Se evidencia ficha técnica del indicador de índice de transparencia información página web en la se realiza la medición y análisis a través de la encuesta de transparencia y acceso a la información pública a la ciudadanía sobre la accesibilidad a la información publicada en la página web. Del análisis de la ficha técnica del indicador se puede deducir que en el primer cuatrimestre 2025 la percepción de calidad de la información que se encuentra en la página web institucional fue satisfactoria, se ha actualizado de manera permanente la información, utilizando un lenguaje claro para informar y guiar a la ciudadanía con respecto a sus necesidades de información a través de esta herramienta institucional como lo es la página web.
		3.2	Elaborar un informe trimestral de Peticiones, Quejas/Reclamos, Solicitud de información, Denuncias, Sugerencias/Propuesta, que contenga el a. número de solicitudes recibidas, b. Número de solicitudes que fueron trasladadas a otra entidad, c. Tiempo de respuesta a cada solicitud, d. número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.	Informe trimestral de PQRS	Se evidencia informe de gestión de la oficina del SIAU correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2025 en el cual se analiza el número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra entidad, tiempo de respuesta de cada solicitud y el número de solicitudes en la que se negó el acceso a la información. En el informe se concluye que se da cumplimiento a la normatividad vigente y se realizan las actividades con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

	4. Instrumentos de Gestión de la Información.	4.1	Realizar o actualizar el Programa de Emergencias y Atención a Desastres en archivos físicos.	Programa de Emergencias y Atención a Desastres en archivos físicos, actualizado y aprobado.	La contratista de gestión documental adjunta archivo denominado "plan de emergencias y atención a desastres en archivos físicos" el cual se encuentra en estado BORRADOR y aún sin ser aprobado ni mucho menos codificado. NO SE CUMPLE CON EL ENTREGABLE. Comentario de la oficina de control interno: Teniendo en cuenta que el entregable estaba programado para ser entregado el 30/04/2025, se presenta un incumplimiento en la meta, ya que debía entregarse el documento debidamente actualizado y aprobado.
		4.2	Revisar con los líderes y equipo de trabajo los instrumentos de Gestión de la Información (Índice de información clasificada y reservada, registros de activos de información y esquema de publicación de información) para la actualización de los instrumentos.	Acta de trabajo donde se evidencia mesas de trabajo articulados con los líderes - revisión de los instrumentos de Gestión de la Información.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		4.3	Actualizar los instrumentos de Gestión de la Información y publicar en datos abiertos y página web.	Link de publicación de los instrumentos de Gestión de la información.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		4.4	Socializar el Programa de Emergencias y Atención a Desastres en archivos físicos.	Informe de socialización del Programa de Emergencias y Atención a Desastres en archivos físicos	Teniendo en cuenta que la actividad correspondiente al plan de emergencias y atención de desastres en archivos físicos" no se realizó, esta actividad tendiente a la socialización de este documento tampoco se cumple. NO SE CUMPLE CON EL ENTREGABLE. Comentario de la oficina de control interno: Teniendo en cuenta que el entregable estaba programado para ser entregado el 30/04/2025, se presenta un incumplimiento en la meta, ya que debía entregarse la socialización del documento debidamente actualizado y aprobado.
		4.5	Divulgar a través de correo electrónico a todos los colaboradores de la entidad la actualización de los instrumentos de Gestión de la Información.	Soporte de correo electrónico de la socialización masiva realizado a los colaboradores de la entidad.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	5. Información de calidad y en lenguaje comprensible.	5.1	Definir equipo de líderes de proceso de rendición de cuentas.	Acta con el equipo multidisciplinario conformado.	Se evidencia acta de reunión en la cual se define la metodología con el grupo líder de rendición de cuentas de la vigencia 2024, además de conformar el equipo líder y capacitarlos con los lineamientos metodológicos de la Rendición de cuentas.
		5.2	Identificar las condiciones de entorno social, económico, político, ambiental y cultural que afectan el desarrollo de la rendición de cuentas	Informe de análisis del contexto interno y externo referente a la rendición de cuentas	Se evidencia documento denominado "Estrategia rendición de cuentas" en la cual en la página No. 4 y 5 encontramos la evaluación del contexto interno y externo de la rendición de cuentas de la ESE ISABU, en la cual se define el entorno social, económico, político, ambiental y cultural que afectan el desarrollo de la rendición de cuentas.
		5.3	Priorizar las necesidades de información identificadas en consulta realizada en el Componente de Rendición de Cuentas.	Informe con los resultados y priorización de las necesidades de información encontradas para la Rendición de Cuentas vigencia 2023.	Se evidencia acta de reunión en la cual se realiza el autodiagnóstico sugerido por el departamento administrativo de la función pública de la rendición de cuentas de la vigencia 2023 realizada en el 2024. En el desarrollo de la reunión se informa que se aplicó el autodiagnóstico y se plasmaron las observaciones a tener en cuenta en la estrategia implementada en la rendición de cuentas de la vigencia 2024 a realizarse en el 2025. De igual manera se evidencia la estrategia de rendición de cuentas y se puntualizan los temas a tratar en la rendición, estos documentos acompañados de la circular de solicitud de información comparativa 2023-2024 para el informe de rendición de cuentas vigencia 2024, en la cual se solicita a los líderes la información para la consolidación del informe de rendición de cuentas de la vigencia 2024.

		5.4	Revisar líneas de acción de la estrategia de rendición de cuentas para fortalecer el acceso a información de calidad y en lenguaje claro y comprensible.	<ul style="list-style-type: none"> •Documento con la estrategia de rendición de cuentas vigencia 2024. •Plan de medios. •Oficio de lineamientos del informe de gestión del periodo 2024. •Publicación de la fecha de rendición de cuentas en la Plataforma de la Supersalud (Circular Única) y página web institucional. •Publicación de reglamento de rendición de cuentas en página web institucional. 	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		6.1	Diseñar y socializar el plan de rendición de cuentas con sus respectivos cronogramas, metas y componentes.	Plan de rendición de cuentas y socializado.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	6. Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	6.2	Definir capacidad operativa y disponibilidad de recursos financieros para llevar a cabo la rendición de cuentas.	Excel con la Logística definida para la rendición de cuentas.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		6.3	Desarrollar acciones para promover y realizar el dialogo con los diferentes grupos de valor.	Documento con la estrategia para promover el diálogo de doble vía con los grupos de valor.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		7.1	Realizar socialización de la estrategia para interiorizar la cultura de rendición de cuentas en los servidores públicos y en los ciudadanos mediante la capacitación, el acompañamiento y reconocimiento de experiencias.	Acta de socialización y/o de la estrategia de rendición de cuentas dirigida a los grupos de valor de la entidad.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	7. Incentivos para motivar la cultura de la rendición de cuentas.	7.2	Convocar a todas las partes interesadas para contar con su participación en la Audiencia Pública de Rendición de cuentas.	Documento donde se evidencia la convocatoria realizada.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		7.3	Publicar la estrategia de Rendición de cuentas en página web institucional.	Enlace de publicación en página web institucional.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
	8. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional.	8.1	Realizar seguimiento a las actividades programada en la estrategia de rendición de cuentas.	Excel de seguimiento al cronograma de actividades de la estrategia de rendición de cuentas.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		8.2	Realizar evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional en el proceso de rendición de cuentas.	Informe de gestión del periodo 2024 presentado en la rendición de cuentas.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		8.3	Elaborar informe de resultados, logros y dificultades de las Rendición de cuentas realizada.	Informe de resultados, logros y dificultades de las Rendición de Cuentas.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		8.4	Diseñar planes de mejoramiento de Rendición de Cuentas.	Plan de mejoramiento de la estrategia de Rendición de Cuentas.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
INTEGRIDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO	9. Construcción	9.1	Elaborar el plan de trabajo de implementación del Código de integridad.	Plan de trabajo de implementación del Código de integridad.	Se evidencia documento denominado "Plan de Trabajo del Código de Integridad" en el cual se describen las actividades por desarrollar durante la vigencia 2025 y los responsables de ejecutar las acciones. De igual manera se evidencia el autodiagnóstico y el resultado del mismo lo que de alguna manera es el insumo necesario con el cual se establece las actividades del plan de trabajo del código de integridad para la actual vigencia.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 41-43
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

	10.Seguimiento	9.2	Elaborar plan de trabajo de implementación de conflicto de interés de la vigencia 2025.	Plan de trabajo de implementación de conflicto de interés de la vigencia 2025.	Se evidencia documento denominado "Plan de Gestión preventiva de conflictos de interés" correspondiente a la vigencia 2025, en el cual se establecen las pautas para la identificación, prevención y administración de potenciales conflicto de interés, derivados del desarrollo de todas las actividades de la ESE ISABU. En este documento se relaciona la estrategia para la gestión de conflicto de interés, las actividades a realizar y las fechas estipuladas para tal fin.
		10.1	Realizar seguimiento del plan de trabajo del código de integridad.	Informe de cumplimiento al plan de implementación del Código de integridad.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.
		10.2	Ejecución del plan de trabajo de implementación de conflicto de interés de la vigencia 2025.	Informe de cumplimiento al plan de implementación de conflicto de interés	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el segundo cuatrimestre de 2025.

Para ver el seguimiento completo se debe consultar el anexo No. 1 de este informe denominado “Seguimiento al plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública”, el cual será publicado en la página web institucional junto con este informe.

3.4. Iniciativas adicionales

Evaluación de control interno: Con el fin de verificar el cumplimiento de este plan de acción, referente a la CUARTA TEMATICA denominada INICIATIVAS ADICIONALES, la oficina de control interno realizó evaluación de cada una de las acciones establecidas en la temática del plan de acción del Programa de Transparencia y Ética Pública, cuyo resultado se deja plasmado de manera resumida así:

Evaluación del Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética pública- Temática 4. INICIATIVAS ADICIONALES


TEMÁTICA 4: INICIATIVAS ADICIONALES					EVALUACION DE CONTROL INTERNO
ACCIÓN ESTRATÉGICA	ESTRTEAEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	META PRODUCTO / ENTREGABLE	PRIMER CUATRIMESTRE
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	1.Priorización de trámites	1.1	Educación a los usuarios en los centros de salud referente a solicitud de Historias Clínicas atreves página WEB.	Informe de la estrategia de promoción de trámite solicitud de Historias Clínicas atreves página WEB.	Se evidencia archivo en Excel en el cual se relaciona el cronograma de actividades- estrategia de racionalización de trámites vigencia 2025. La estrategia de Solicitud de Historias Clínicas priorizada para la vigencia 2025 fue inscrita en el SUIT para reportar su avance de manera trimestral en la mencionada plataforma. Comentario de la oficina de control interno: Si bien la estrategia de promoción de trámite de solicitudes historias clínicas se encuentra inscrita en la plataforma SUIT en la página web institucional se encuentra implementada, para esta actividad en específico no se cumplió con el entregable que era un informe donde se compilara las actividades adelantadas como estrategia para la promoción del trámite de solicitud de historias clínicas a través de la página web.
		1.2	Socialización de los diferentes canales que presta la ESE ISABU referente a solicitud de Historias Clínicas en las plataformas digitales de la institución.	Informe de evidencia de socialización del trámite solicitud de Historias Clínicas en las plataformas digitales de la institución.	Se evidencia documento denominado "Socialización del trámite racionalizado solicitud de historias clínicas en las plataformas digitales" correspondiente a los meses de abril a mayo de 2025, cuyo objetivo es socializar en los diferentes canales que prestan la ESE ISABU el trámite racionalizado solicitud de historias clínicas en las plataformas digitales de la institución. Se evidencia en el informe que el trámite racionalizado se socializó en la página web institucional en los banners de la mencionada página.

APERTURA DE INFORMACIÓN Y DATOS ABIERTOS	2. Datos Abiertos	2.1	Verificar que el enlace de publicación de la página institucional se encuentre en buen estado donde se evidencie la información de Datos Abiertos e Inventario de Activos cumpliendo de la Ley de Transparencia y el Derecho de Acceso a la Información Pública.	Excel con los enlaces de verificación donde se evidencie el buen estado de estos	Se evidencia archivo en Excel en el cual se relaciona los enlaces de publicación en la página web institucional verificando que los mismo estén proporcionando la información en la página de datos abiertos e inventario de activos cumpliendo con la Ley de Transparencia y derecho al acceso a la información pública.
		2.2	Publicar conjuntos de datos abiertos sobre información estratégica en el marco de la misionalidad de la entidad	Informe donde se evidencia de publicación de los datos abiertos	Se evidencia informe de publicación y actualización de datos abiertos correspondiente al periodo de abril de 2025 en el cual se actualiza la plataforma de datos abiertos ISABU da uso a la plataforma de datos abiertos en el año 2018 a partir del mes de agosto, a la fecha se han creado 45 conjuntos de datos, los cuales responden a los parámetros exigidos en la ley de transparencia y acceso a la información. El instituto de salud de Bucaramanga actualiza de forma mensual la plataforma de Datos Abiertos con el objetivo que los diferentes grupos de valor tengan información al alcance y de forma gratuita según su interés, es así como evidenciamos temas como: defunciones, nacimientos, zonificación de usuarios por centro de salud, perfil epidemiológico anual, primeras causas de morbilidad, entre otros datos. Comentario de la oficina de control interno: Si bien se presentó el informe propuesto como entregable, es necesario comentar que el formato utilizado para el desarrollo del informe se encuentra en un formato desactualizado, aunado, no se desarrollan todos los componentes que debe tener un informe, según el formato institucional, lo que denota falta de calidad al elaborar las evidencias.

Para ver el seguimiento completo se debe consultar el anexo No. 1 de este informe denominado “Seguimiento al plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública”, el cual será publicado en la página web institucional junto con este informe.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Debido a que aún nos encontramos en un proceso de transición en la construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública, es necesario que así se mencione al programa, señalando que este documento no es el definitivo y así le quede claro a la ciudadanía y a personas en general que consulten nuestra página web. En otras entidades que también se encuentran en periodo de transición lo han denominado: “Plan de Transición para la elaboración del Programa de Transparencia y Ética Pública 2025”
- Tal y como lo dispone el anexo técnico y demás normatividad vigente que rige la transición a la construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública, es necesario que se defina la periodicidad y contenido de los seguimientos, ya que con los cambios que estamos llamados a ejecutar, para esta oficina de control interno un seguimiento cuatrimestral podría ser bastante frecuente y no da la oportunidad para ejecutar y trabajar los cambios. Es necesario que esto se trate por intermedio del comité de Gestión Integral del Riesgo, dejando evidencia de esto en el documento del Programa de Transparencia y Ética Pública. Es necesario que la decisión que se adopte se comunique a la oficina de control interno con el fin de modificar el Plan Anual de Auditorías ya que este seguimiento está contemplado realizarse cuatrimestralmente.
- Sin perjuicio de la decisión adoptada para el momento de transición, esta oficina de control interno recomienda que para la vigencia 2026, el Programa de Transparencia y Ética Pública se considere como unidad auditable priorizada en el Plan Anual de Auditorías y así se continúe por el siguiente periodo de cuatro (4) años del nuevo jefe de control interno. Si no es posible lo anterior, lo importante según lo dispuesto en la normatividad vigente, el Programa de Transparencia y Ética Pública deberá ser auditado al menos 2 veces durante el cuatrienio de su duración.
- Se hace un llamado a la oficina de Planeación de la ESE ISABU para estar atento a la expedición de la Guía de Administración del riesgo V 7 que contendrá algunas disposiciones y recomendaciones para estructurar y

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 43-43
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

manejar los riesgos relacionados con lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas.

5. Errores de estructuración del programa de transparencia y ética pública, además de errores de numeración e el plan de acción de este. (temática 3).

Lo anterior, aunado a lo dispuesto en los apartes anteriores de este escrito en donde se desarrolla los dos componentes del programa de transparencia y ética pública, son las recomendaciones de esta oficina de control interno para modificar el documento que aún se encuentra en estado de estructuración.

Ahora, revisemos algunas recomendaciones frente al componente programático.

6. Se observaron informes de mala calidad, bajo carácter analítico en los resultados, sin formatos institucionales, sin firmas, en general emitidos y preparados con muy baja calidad y simplemente por cumplir con el entregable y denota descuido en las actividades propias de los líderes y su equipo de trabajo.
7. Este informe tuvo serios retrasos debido a muchos líderes no presentaron a tiempo las evidencias o entregaron de manera incompleta, dificultando la evaluación de esta oficina de control interno. Situación que no se volverá a consentir.

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno