

<b>ISABU</b> e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>FORMATO DE COMUNICACIONES</b>	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
	<b>CODIGO: CAL-F-027</b>	FECHA ACTUALIZACION: 12-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 1 - 1
		REVISÓ Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

Firma \_\_\_\_\_  
 Radicado: 00003428  
 Envíado: 30/09/2025 - 5:00 p.m.  
 ventanillalunica  
 ESE ISABU



**1100-310-60**

**OCI- 172**

Bucaramanga, 30 de septiembre 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

**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 segundo 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

## **SEGUNDO 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.
- (...)

**PARÁGRAFO 2.** Las entidades del orden territorial contaran 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 parágrafo 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 al 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,

<b>ISABU</b> e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-006	PAGINA: 2-37
	VERSION: 4	REVISÓ 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” <sup>1</sup>, le corresponde a esta oficina realizar auditoría con el fin de identificar si los objetivos se están cumpliendo y alertar sobre las diferencias entre 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 entre el segundo cuatrimestre (mayo a agosto) 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 segundo 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. 2021170000005-5 de 17 de septiembre de 2021 y 20211170000004-5 de 15 de septiembre de 2021 expedida por la Superintendencia de Salud.

<sup>1</sup> Anexo técnico Programas de Transparencia y Ética Pública, páginas 14 y 15.

- 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- secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República.
- Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE ISABU y su correspondiente plan de acción.

## 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 y su plan de acción recientemente modificado por la oficina de Planeación Institucional en el cual se tuvo en cuenta las recomendaciones que realizó la oficina de control interno en el primer seguimiento.

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>.

## 1. 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.

Según el anexo técnico, esta oficina de control interno realiza seguimiento que, a pesar de no priorizarla como unidad auditada, 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.

Sin embargo, para la vigencia 2026, esta oficina de control interno anotará la observación de incorporar como unidad auditada, el Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE ISABU en el plan anual de auditorías para la próxima vigencia con el fin de cumplir con la normatividad vigente.

En el anterior informe, correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se realizó un análisis pormenorizado del documento publicado en la página web de la ESE ISABU, denominado Programa de Transparencia y Ética Pública, revisando a la luz del anexo técnico el contenido del documento, identificándose las siguientes recomendaciones que se relacionan nuevamente en este segundo informe:

## 1.2. COMPILACION DE LAS RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO

### 1.2.1 COMPONENTE TRANSVERSAL

**1.2.1.1. Referente a la Declaración la oficina de control interno evaluó:** 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.

**1.2.1.2. Referente al Objetivo la oficina de control interno evaluó:** 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.

**1.2.1.3. Referente al Alcance la oficina de control interno evaluó:** 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.

**1.2.1.4. Referente a la Planeación la oficina de control interno evaluó:** 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. 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. 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.

**1.2.1.5. Referente al Monitoreo, administración y supervisión la oficina de control interno evaluó:** 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.

**1.2.1.6. Referente a los Reportes la oficina de control interno evaluó:** 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 evidencia 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 está solo estipulado por esta vigencia en la cual nos encontramos en la construcción del documento definitivo.

De igual manera, para esta vigencia 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 la página web y se realizó una evaluación 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.

**1.2.1.7. Referente a la Formación la oficina de control interno evaluó:** 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.

**1.2.1.8. Referente a la Comunicación la oficina de control interno evaluó:** 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”.

**1.2.1.9. Referente a Auditoría y Mejora la oficina de control interno evaluó:** 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 auditada para la vigencia 2026 procurando una evaluación anual por la duración del programa (2025-2028) o por lo menos cada dos (2) años.

## **1.2.2. Componente Programático – Estrategia Institucional para la lucha contra la corrupción**

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:

### **1.2.2.2. Gestión del Riesgo**

- 1.2.2.2.1. Referente a Acción estratégica 1 la oficina de control interno evaluó:** 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.
- 1.2.2.2.2. Referente a la Acción estratégica 3 y 4 la oficina de control interno evaluó:** 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.

### **1.2.2.3. Redes y Articulación**

- 1.2.2.3.1. Referente a la Acción estratégica 5 la oficina de control interno evaluó:** 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.
- 1.2.2.3.2. Referente a la Acción estratégica 6 la oficina de control interno evaluó:** 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.

### **1.2.2.4. Cultura de la legalidad y estado abierto**

- 1.2.2.4.1. Referente a la Acción estratégica 7 la oficina de control interno evaluó:** 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

<b>ISABU</b> e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-006	PAGINA: 7-37
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

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.

**EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:** Respecto a estas recomendaciones realizadas por la oficina de control interno que fueron incorporadas en el primer informe de evaluación y seguimiento de la vigencia 2025, se pudo identificar que **hasta la fecha no se ha modificado el documento “Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE ISABU”** introduciendo estas recomendaciones, que dicho sea de paso, son producto del análisis del anexo técnico expedido por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República frente al documento expedido por la oficina de planeación.

Es necesario recordar que las recomendaciones señaladas por esta oficina se realizan desde el rol de AUDITORIA Y MEJORA que le concede ser la tercera línea de defensa, debiendo someterse a procesos de auditoría que permitan identificar oportunidades de mejora y dar lugar a medidas correctivas o reformulaciones, según lo dispone la normatividad vigente. Estará atenta esta oficina de control interno al nuevo documento expedido por la oficina de Planeación en la cual se vean reflejadas las recomendaciones contenidas en los informes de evaluación y auditoría que se expidan desde la oficina de control interno.

## 2. EVALUACIÓN DEL COMPONENTE PROGRAMÁTICO

En el primer informe de evaluación y auditoria realizado por esta oficina de control interno se identificó que: “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”.

Finalmente se realizó una modificación del Plan de acción del Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE ISABU, sobre la cual se realizará la evaluación correspondiente.

Recordemos que, 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.

### 2.1. 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 SICOF y SARLAFT cuyo resultado se deja plasmado de manera resumida en cada una de las acciones estratégicas que corresponda, así:

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

TEMÁTICA 1: GESTIÓN DEL RIESGO				
ACCIÓN ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO
				SEGUNDO CUATRIMESTRE
RIESGOS PARA LA INTEGRIDAD: SICOF	1.Fortalecimiento de la Política y Manual de la Administración del Riesgo.	1.1	Publicar y Socializar la Política de Administración de Riesgos.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, sin embargo, la actividad no se realizó en la fecha programada de entrega.
		1.2	Revisión del Manual de prevención de Riesgos para ver si es necesario su actualización.	Se evidencia informe denominado " Revisión del Manual de Prevención de riesgos, código PLA- M. 002 versión 1, en cual después de realizar un análisis comparativo del Manual y sus anexo frente a los lineamientos ofrecidos por la Guía DAFP (versión 6), se concluyó que el Manual de Prevención de Riesgos cumple parcialmente con las condiciones requeridas por el sistema de gestión de riesgos actual, haciéndose necesario actualizar algunos anexos del documento, sin que sea necesario modificar el Manual como tal. <b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Es necesario precisar que recientemente el Departamento Administrativo de la Función Pública expidió la Guía para la Gestión del Riesgo en Entidades Públicas en su versión 7, debido a esto, es necesario realizar el análisis comparativo nuevamente y ajustar los documentos del sistema integral de riesgos a los nuevos lineamientos impartidos.
	2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción.	2.1	Revisar, actualizar y consolidar los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude por procesos.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de 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.	Esta actividad se cumplió en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
		4.1	Publicar en la página web matriz de Riesgos SICOF aprobada	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
	4.Fortalecimiento en Divulgación o publicación.	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.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.

	5. Monitoreo o revisión.	5.1	Realizar Monitoreo del Subsistema de administración de Riesgos de SICOF.	Se evidencia informe denominado "Informe de monitoreo del programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), primer cuatrimestre vigencia 2025, en el cual se deja plasmado el resultado del monitoreo a las actividades consignadas en el Programa de Transparencia y Ética Pública del Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU. En el informe se puntuiza que la oficina de planeación da cumplimiento al plan de monitoreo, explicando nuevamente la importancia del programa, los tipos de entregables por proceso, responsable y la forma de realizar el cague de las evidencias correspondientes a la meta producto. Se debe destacar que se contó con el 100% de las dependencias de la ESE ISABU.
	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.	Se evidencia oficio radicado 1310 de 25/04/2025 en el cual la jefe de la oficina de control interno solicita a los líderes de proceso los avances del Programa de Transparencia y Ética Pública, mapa de riesgos SICOF y SARLAFT correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2025. De igual manera se evidencia correo del envío del oficio radicado 1310 a los líderes de proceso, anexándose el link en el cual se debe realizar el cague de las evidencias. Con radicado 1641 de 22/05/2025 se evidencia el informe de seguimiento al programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) 2025 correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
	7. Administración y control.	7.1	Realizar reporte semestral de la Gestión del Riego SICOF al Comité Integral de Gestión del Riesgo.	Se evidencia acta del Comité integrador de Gestión de riesgos, en sesión extraordinaria realizada el 6 de agosto de 2025. En esta sesión del Comité se realizó la revisión y aprobación de Contexto estratégico por procesos ISABU, Aprobación matriz de riesgos SARLAFT, Actualización política SARLAFT manual del sistema de administración de riesgos del lavado de activos y financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (la/ft/padm), Actualización procedimiento operaciones inusuales o sospechosas y reportes SARLAFT, Formato reporte interno de operaciones inusuales o sospechosas, Procedimiento para la identificación, selección y vinculación de nuevos clientes, y proveedores SARLAFT, Guía - SARLAFT para la gestión de identificación de señales de alerta en la debida diligencia, monitoreo y reportes, Instructiva lista de chequeo empresas, lista de chequeo personas naturales. circular externa no.20211700000005-5-2021 SUPERSALUD SARLAFT, Actualización jur-f-015 lista de chequeo empresas circular externa no.20211700000005-5-2021 SUPERSALUD. SARLAFT, Actualización ur-f-019 lista de chequeo personas naturales (formato) circular externa no.2021170000005-5-2021 SUPERSALUD. SARLAFT, Formato declaración de origen de los fondos, Formato certificación SARLAFT, Reporte semestral de la gestión del sistema integral de gestión del riesgo del instituto de salud de Bucaramanga. En el acta se tratan temas relacionados con el subsistema de administración del riesgo SARLAFT.
		7.2	Realizar reporte de la Gestión del Riego SICOF ante la junta directiva.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.
		7.3	Realizar auditoría interna por parte del revisor fiscal al Subsistema de Administración del Riesgo SICOF.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.
		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.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.

CANALES DE DENUNCIA	8.Recepción.	8.1	Difundir mediante las redes de la institución el correo de denuncias.	<p>Se evidencia informe denominado " Informe de difusión del correo de denuncias" en el cual se da a conocer el correo de denuncias institucional evidenciando que es un canal seguro y accesible para que los grupos de valor reporten irregularidades o malas prácticas dentro de una organización. En el informe se consigna que la ESE ISABU cuenta con un canal de denuncias interno que facilita la recepción y el manejo de denuncias o alertas emitidas por empleados de la empresa o por terceros vinculados a ella. La ESE ISABU realiza divulgación del correo de denuncias de forma permanente utilizando la página web institucional y redes sociales institucionales.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> La oficina de planeación está haciendo uso de formatos institucionales desactualizados para la presentación de informes y demás entregables en el marco del cumplimiento de las actividades del Plan de acción del Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE ISABU, por lo tanto se recomienda revisar los formatos y hacer uso de los actualizados y aprobados por calidad.</p>
		8.2	Difundir trimestralmente a través de página web (Banner) y redes sociales el link de PQRSD.	<p>Se evidencia un archivo en EXCEL denominado: "Informe de difusión de página web (banner) y redes sociales, en el cual se evidencian los banners en los cuales se realiza difusión de los nuevos canales y líneas de atención preferencial de la ESE ISABU durante los meses de marzo, julio y agosto de 2025.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> En el primer informe se realizó la recomendación de hacer uso de los formatos institucionales con el fin de cumplir con los entregables propuestos, sin embargo la recomendación de esta oficina de control interno no fue acogida, ya que lejos de presentar el entregable solicitado, es decir un "informe de difusión realizados" se evidencia un documento en Excel que no cumple con el contenido de un informe, es decir no contiene objetivos, alcance, conclusiones o recomendaciones, por lo cual no puede considerarse un informe como tal. Por lo tanto, la recomendación nuevamente es hacer uso de los formatos institucionales y hacer entregables con mayor calidad.</p>
	9.Registro y documentación.	9.1	Verificar que el link de PQRSD de la página institucional se encuentre en optima condiciones.	<p>Se evidencia documento denominado "informe de funcionamiento del link de PQRSD de la página institucional 2 cuatrimestre de 2025. En el documento se puede leer que se realizó socialización con los usuarios sobre la posibilidad de instaurar PQRSF de manera virtual, por correo electrónico, telefónicamente o presencial mediante los buzones instalados en los centros de salud y la página web institucional. De igual manera se especifica los medios de recepción de las PQRS y la atención al usuario, realizándose un compilado de las PQRSF recibidas durante el segundo trimestre de 2025, concluyendo que el link de PQRS está funcionando para la comunidad.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> El documento presentado por el líder de Atención al Usuario dista de un informe como tal, ya que deliberadamente se elimina del formato la parte inicial correspondiente a objetivo, alcance y otros ítems que identifican el informe aprobado por la oficina de calidad de la ESE ISABU, que dicho sea de paso pertenece la oficina de atención al usuario. Además, los informes carecen de análisis, profundidad y no concluyen frente al tema tratado o que se pretende desarrollar. Por lo tanto, la recomendación de esta oficina de control interno es a realizar informes con más calidad, análisis y en cumplimiento de los formatos dispuestos por la entidad.</p>

<b>RIESGO SARLAFT/FP</b>	10.Política y Manual de Administración de Riesgos SARLAFT.	9.2	Verificar que el canal de denuncias cumpla con lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.	<p>Se evidencia documento denominado " informe de cumplimiento del canal de denuncias" correspondiente al segundo trimestre de 2025 en el cual se verifica que el canal de denuncias cumpla con lo establecido en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011. En el informe se concluye que se debe dar continuidad a la implementación de las acciones que permitan que el ciudadano y el personal de la ESE ISABU puedan libremente ejercer sus denuncias de una manera transparente, que conlleven a mejorar la calidad de nuestros servicios y la satisfacción de nuestros colaboradores, usuarios, familia y comunidad.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> El documento presentado a pesar de contener todos los ítems del formato de informe de gestión, dista mucho de serio en su contenido, ya que se evidencia poco contenido analítico, sin que se identifique desde la ESE ISABU como se aplica el artículo 76 de la ley 1474 de 2011, los efectos, los objetivos que se alcanzan y lo que está por mejorar dentro de la estrategia adelantada institucionalmente. Se hace entrega de un documento por cumplir con el requerimiento pero que realmente no aporta en nada a la mejora continua institucional, además de no contar con la firma de quien realiza el informe. Por lo tanto, el llamado de atención es para el área de Atención al usuario que presenta entregables sin calidad, con bajo nivel analítico y concluyente, sin el cumplimiento de formatos institucionales y que no aportan en nada a los procesos institucionales.</p>
		9.3	Garantizar al usuario la atención de las PQRSD, según los tiempos establecidos por la Ley.	<p>Se evidencia un documento denominado "informe de gestión oficina de SIAU primer semestre 2025". En el documento se hace mención de los mecanismos para recopilar y medir las expectativas y necesidades de los usuarios a través de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, además se hace una anotación referente a los medios de recepción de PQRS y atención al usuario, así como una clasificación de cada una de las PQRSF recibidas. Se realiza una clasificación de las causas principales de las PQRS y los indicadores de satisfacción medidos en el área de atención al usuario.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Nuevamente, como se anotó anteriormente frente a los informes presentados por atención al usuario, deliberadamente se eliminan ítems que hacen parte fundamental de un informe de gestión, desconociendo los ítems que contiene el formato previamente aprobado por el área de calidad de la ESE ISABU. Si bien el informe es mucho más nutrido que los anteriores, no deja de ser falto de análisis y poco concluyente.</p>
		10.1	Realizar revisión de la política de administración de riesgos SARLAFT para ver si es necesario su actualización.	<p>Se evidencia documento denominado "Política Integral del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de activos y la Financiación del Terrorismo SARLAFT" con código GEF-PO-002 versión 3, recientemente actualizada.</p>
		10.2	Establecer políticas o actos administrativos sobre montos máximos de efectivo.	<p>Se evidencia acta de Comité Integral de Gestión del Riesgo- Extraordinario, el cual se convoca con el fin de realizar la revisión y aprobación de los temas referentes al Subsistema de Administración del Riesgo SARLAFT y reporte semestral del Sistema Integral de Gestión del Riesgo. Específicamente, en esta acta se revisó: CONTEXTO ESTRÁTÉGICO POR PROCESOS ISABU, APROBACIÓN MATRIZ DE RIESGOS SARLAFT, ACTUALIZACIÓN POLÍTICA SARLAFT, MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, ACTUALIZACIÓN PROCEDIMIENTO OPERACIONES INUSUALES O SOSPECHOSAS Y REPORTES SARLAFT,FORMATO REPORTE INTERNO DE OPERACIONES INUSUALES O SOSPECHOSAS,PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE NUEVOS CLIENTES, Y PROVEEDORES SARLAFT,PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE NUEVOS CLIENTES, Y PROVEEDORES SARLAFT, INSTRUCTIVO LISTA DE CHEQUEO EMPRESAS, LISTA DE CHEQUEO PERSONAS NATURALES. CIRCULAR EXTERNA No.2021170000005-5-2021 SUPERSALUD. SARLAFT, ACTUALIZACIÓN JUR-F-015 LISTA DE CHEQUEO EMPRESAS CIRCULAR EXTERNA No.2021170000005-5-2021 SUPERSALUD. SARLAFT, ACTUALIZACIÓN UR-F-019 LISTA DE CHEQUEO PERSONAS NATURALES (Formato) No.2021170000005-5-2021 SUPERSALUD. SARLAFT, FORMATO DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS FONDOS, FORMATO CERTIFICACIÓN SARLAFT.</p> <p><b>Comentario de control interno:</b> No se anexo la evidencia de la publicación en la página web, por lo tanto, la actividad presenta un atraso en su ejecución.</p>

		10.3	formular políticas o acto administrativo para la identificación de operaciones inusuales y/o sospechosas	<p>Se evidencia formatos y procedimientos recientemente actualizados: Procedimiento de identificación y reporte de operaciones inusuales o sospechosas en el sistema de administración del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo SARLAFT versión 5, Formato declaración de origen de los fondos, versión 1, certificación de aplicación de normas de prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo - SARLAFT, versión 1. De igual manera se evidencia acta de reunión de 6 de agosto de 2025 de reunión extraordinaria del Comité Integral de Gestión del Riesgo.</p> <p><b>Comentario de control interno:</b> No se evidencia la publicación en la página web, por lo tanto, la actividad presenta un atraso en su ejecución.</p>
		10.4	Realizar o actualizar el manual de procedimientos del subsistema de administración del riesgo SARLAFT.	<p>Se evidencia documento denominado " Manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, versión 1. De igual manera se evidencia acta de reunión de 6 de agosto de 2025 de reunión extraordinaria del Comité Integral de Gestión del Riesgo.</p> <p><b>Comentario de control interno:</b> No se evidencia la publicación en la página web, por lo tanto, la actividad presenta un atraso en su ejecución. De igual manera no se evidencia que el manual se encuentre debidamente codificados por calidad.</p>
		10.5	Presentar ante la Junta Directiva para aprobación el Manual de procedimientos del subsistema de administración del riesgo SARLAFT	<p>No se presenta acta de aprobación por Junta Directiva, a pesar de tener como fecha límite para la presentación de la evidencia el 29/08/2025, es decir la actividad debería estar culminada en el segundo cuatrimestre de la vigencia. Por lo tanto, la actividad presenta un atraso en su ejecución. Es necesario precisar que el tema fue tratado en la Junta Directiva del 15/08/2025, en acta No. 06, que, a la fecha de este seguimiento, no se encuentra aprobada por los miembros de junta.</p>
		11.1	Realizar análisis del contexto Estratégico (contexto interno y externo) de los Riesgos SARLAFT	<p>Se evidencia documento matriz denominado " Contexto Estratégico SARLAFT".</p>
		11.2	Identificar, crear y consolidar la matriz de riesgos SARLAFT	<p>Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.</p>
		12.1	Publicar en la página web la matriz de riesgos SARLAFT.	<p>Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.</p>
		12.2	Socializar y Divulgar la política de Administración de Riesgos SARLAFT en el micrositio de Transparencia de la Página Institucional.	<p>Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.</p>
		12.3	socialización y divulgación del procedimiento para la Administración del Riesgo SARLAFT.	<p>Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.</p>
		12.4	Fortalecer la Cultura en prevención del lavado de activos y financiación del Terrorismo dentro del ISABU.	<p>Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.</p>
		13.1	Realizar reporte semestral de la Gestión del Riego SARLAFT al Comité Integral de Gestión del Riesgo.	<p>Se evidencia acta de reunión de Comité Integral de Gestión del Riesgo-Extraordinario celebrado el 6 de agosto de 2025.</p>

<b>DEBIDA DILIGENCIA</b>	14.Gestión de la debida diligencia.	13.2	Realizar reporte de la Gestión del Riego SARLAFT ante la junta directiva.	No se presenta acta de Junta Directiva, a pesar de tener como fecha límite para la presentación de la evidencia el 22/08/2025, es decir la actividad debería estar culminada en el segundo cuatrimestre de la vigencia. Por lo tanto, la actividad presenta un atraso en su ejecución. Es necesario mencionar que la Junta Directiva se llevó a cabo el 15/08/2025, en acta No. 06, sin embargo, a la fecha de este seguimiento, la mencionada acta no se encuentra aprobada por los miembros de junta. <b>NO CUMPLE CON LA ACTIVIDAD.</b>
		13.3	Realizar auditoria interna por parte del revisor fiscal al Subsistema de Administración del Riesgo SARLAFT (Corrupción, Opacidad y Fraude).	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.
		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.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.
		14.1	Definir los requisitos mínimos para la vinculación de contrapartes en temas de LAFT, dentro del ISABU.	Se evidencia documentos denominados "lista de chequeo empresas" y "lista de chequeo personal natural" en las cuales se relacionan el listado de documentos en la etapa precontractual y post contractual al momento de la celebración de un contrato con la ESE ISABU tanto para personas naturales o jurídicas.
		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).	Se evidencia documento denominado "Procedimiento para la identificación , selección y vinculación de nuevos clientes y proveedores SARLAFT con código TES-P-032 en su versión 1, en el cual se establece y determina las actividades para la identificación, selección y vinculación de nuevos clientes y/o proveedores del Instituto de Salud de Bucaramanga - ISABU, garantizando que la institución tenga conocimiento efectivo, eficiente y oportuno de todas las partes(clientes y/o proveedores) con las que se establece relaciones contractuales y así prevenir y evita el lavado de Activos y Financiación del terrorismo -FT.
		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.	Se evidencia documento denominado "Procedimiento identificación y reporte de operaciones inusuales o sospechosas en el sistema de administración del riesgos de lavado de activos y de la financiación del terrorismo- SARLAFT" con código TES-P-011 en su versión 5, con el cual se espera realizar la identificación, análisis y reporte de las operaciones en efectivo sospechosas o la ausencia de ellas en el marco de la aplicación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
		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.	Se evidencia documento denominado "Guía- SARLAFT para la Gestión de identificación de señales de alerta en la debida diligencia, monitoreo y reportes" con código GEF-G-001 en su versión 1, en la cual se espera crear los métodos a seguir para la debida diligencia, gestión de alertas tempranas, monitoreo y los reportes interno o externos para el Instituto de Salud de Bucaramanga - ISABU, certificando la ejecución eficiente y estandarizada de los análisis y evaluaciones del riesgo LA-FT usando el enfoque basado en riesgo con las partes relacionadas con el Instituto de Salud de Bucaramanga- ISABU.
		14.5	Determinar las listas restrictivas a ser consultadas dentro del proceso de vinculación de contrapartes.	A pesar de que esta actividad tiene fecha de cumplimiento en el segundo cuatrimestre de 2025, no se presentaron evidencias que daten del mes de junio o agosto con el fin de cumplir con la evidencia de la actividad por lo tanto <b>NO CUMPLE CON LA ACTIVIDAD.</b>
		14.6	Realizar los planes y/o programas de capacitación sobre el subsistema de administración de riesgos SARLAFT.	A pesar de que esta actividad tiene fecha de cumplimiento en el mes de agosto de 2025, no se presentaron evidencias con el fin de evidenciar el cumplimiento de la actividad. Por lo tanto, se deja la anotación de <b>NO CUMPLE CON LA ACTIVIDAD.</b>

## 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					
PROCESO / OBJETIVO	REFERENCIA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO SICOF	SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO - SEGUNDO SEGUIMENTO CUATRIMESTRAL
		RIESGO DE CORRUPCIÓN		VALORACIÓN DEL RIESGO	
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	Possibilidad 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.	Fraude interno	<p>La Profesional de Talento Humano una vez cerrado el periodo en el módulo de nómina del sistema de información realizará una revisión aleatoria del 5% de la nómina utilizando instrumento formato de pago como evidencia, alterando 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 documento denominado "Informe de monitoreo a la liquidación de nómina" correspondiente a los meses de mayo a agosto de 2025, en el cual se realiza la revisión que permita mitigar el riesgo de generar afectaciones o pérdidas económicas por apropiación indebida de recursos desde el proceso de nómina. Para el periodo del mes de mayo al mes de agosto se contaba con una planta de personal de 305 empleados y 25 vacantes, con el total de 305 se hace la aplicación del 5% para determinar la muestra, la cual es de 15 funcionarios. La revisión consiste en que el área de nómina remite por correo electrónico las novedades y se verifica con las situaciones administrativas, posterior a ellos se realiza la revisión y comparación de los archivos de nómina manual, nómina panacea y los desprendibles de pago. Con esto lo que se quiere analizar es que exista coherencia e igualdad en la información generada, cargada y pagada. En la revisión mensual del II cuatrimestre de la vigencia 2025, no se encontró alteraciones o errores en la liquidación de la nómina en ninguno de los funcionarios de la muestra revisada. 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	Possibilidad 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	Fraude interno	<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 avances del Programa de Transparencia y Ética Pública" correspondiente al segundo cuatrimestre de 2025 (mayo, junio, julio y agosto). Con el fin de ejecutar el control se verifica el carro de paro en el servicio de urgencias, utilizando como insumo las listas de chequeo diligenciadas en los meses evaluados. Despues de un análisis de los indicadores, el informe concluye que se observa una disminución progresiva en el porcentaje de insumos faltantes en los carros de paro, alcanzando un 0% en agosto. Esto demuestra la efectividad de los controles implementados y la mayor apropiación del personal asistencial en la verificación y reposición oportuna. Con el fin de evidenciar la ejecución del control se observan los formatos "verificación diaria de medicamentos e insumos carro de paro" correspondiente a los meses</p>

					evaluados. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente.
					Se evidencia documento denominado informe de avances del Programa de Transparencia y Ética Pública" correspondiente al segundo cuatrimestre de 2025 (mayo, junio, julio y agosto), en el cual se consigna la realización de una auditoría semanal al carro de paro, implementando el formato de apertura de carro de paro, limpieza y verificación de medicamentos e insumos con código: SDP- F- 076. El informe puntualiza que la actividad se ejecutó cada miércoles y después de una emergencia vital evidenciándose los formatos diligenciados correspondientes a los meses evaluados. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente.
					El jefe del servicio de urgencias (trauma y observación) realizará auditoría 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.
					El Líder del servicio de urgencias (trauma y observación) recolectara, revisara y tomará acciones pertinentes ante la auditoría 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.
GESTIÓN DE INTERNACIÓN  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.	R3SICOF	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	Fraude interno	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 evidencia informe denominado "Auditoría quincenal a los carros de paro de los servicios de internación 3 y 4 piso del HLN" correspondiente al segundo cuatrimestre del año 2025 en el cual se mide el indicador de cumplimiento y se determina que se presentó una variable entre el 1% a un 5% de faltantes por insumos extraviados o que no han sido repuestos, además de medicamentos que por fecha de vencimiento se han desecharido, pero no se han repuesto por encontrarse agotados en la institución. Igualmente 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 mayo, junio, julio y agosto 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 mayo, junio, julio y agosto de 2025. Con esto se entiende ejecutado el control.

					<p>El Líder de enfermería del servicio de internación realizará una auditoria quincenal a los carros de paro mediante lista de chequeo carro de paro.</p>	<p>Se evidencia informe denominado "Auditoria quincenal a los carros de paro de los servicios de internación 3 y 4 piso del HLN" correspondiente al segundo cuatrimestre del año 2025 en el cual se mide el indicador de cumplimiento y se determina que se presentó una variable entre el 1% a un 5% de faltantes por insumos extravíados o que no han sido repuestos, además de medicamentos que por fecha de vencimiento se han desecharo pero no se han repuesto por encontrarse agotados en la institución.</p> <p>Se evidencian documentos denominados "Formato de Revisión medicamentos y dispositivos médicos carro de paro" código FAR-F-026, debidamente diligenciados correspondiente a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2025.</p>
GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS  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.	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, derivada 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.	Fraude interno	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 éstas serán notificadas a la dirección de las unidades hospitalarias.  Entregable: lista de chequeo de equipos biomédicos semanal	<p>Se evidencia documento denominado en el formato de comunicaciones institucional en el cual la jefe de sala de partos del HLN plasma el resultado de la aplicación de manera periódica de la verificación semanal de la lista de chequeo y verificación semanal de equipos biomédicos correspondientes a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2025. La comunicación concluye que durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025 se realizó la verificación semanal de equipos biomédicos disponibles en el servicio de sala de partos, carro de paro SDP-F-118 con un total de 20 equipos descritos para el servicio de sala de partos sin que se presentaran faltantes ni daños en los equipos reportados. Se evidencia copia de las listas de chequeo correspondientes a los meses evaluados.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Si bien ninguno de los entregables dispone un informe de gestión que compile los resultados de la aplicación de los formatos, es necesario precisar que, si la idea es entregar un informe, deben hacerse uso de los formatos institucionales dispuestos para ello.</p>	
GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS  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.	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.	Fraude interno	<p>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</p> <p>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.</p>	<p>Se evidencia formato diligenciado correspondiente a "verificación diaria de medicamentos e insumos carro de paro" con código 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.</p> <p>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.</p>	

					<p>Se evidencia formatos diligenciados denominados "Formato de revisión medicamentos y dispositivos médicos carro de paro" correspondientes a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2025, en el cual se realiza una auditoría mensual a los carros de paro mediante el diligenciamiento de la lista de chequeo carro de paro Código: FAR-F-026. De igual manera se evidencia el formato SDP-F-105 denominado "Formato control de cierre carro de paro" en el cual se relaciona que se realizó la apertura de carro de paro para limpieza y desinfección. También se relaciona el formato "Verificación diaria de medicamentos e insumos carro de paro" con el código SDP-F-118. El líder del servicio de cirugía presenta informe en el cual concluye que se tiene efectividad en cuanto a los controles realizados de forma periódica generando acciones positivas para disminuir los riesgos en el servicio de cirugía. De igual manera se sigue fortaleciendo la necesidad de verificación diaria, semanal y mensual del diligenciamiento correcto del carro de paro.</p> <p><b>Comentario Oficina de control interno:</b> Si bien en el entregable no se relaciona un informe de gestión en el cual se recopile los resultados de la aplicación de controles, sin embargo, al enviarse como producto entregable, es necesario que el mismo sea concluyente y proporcione análisis de lo detectado en la aplicación de controles, ya que el mismo sirve de soporte para el entendimiento de los formatos diligenciados. Además, se relacionan imágenes de registros de educación brindada a familiares y pacientes que no tienen relación con el control.</p>
PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLINICO <b>OBJETIVO:</b> Prestar el servicio de apoyo diagnóstico en la toma de 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.	R&SICOF	Posibilidad de afectación económica por hurto o perdida 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.	Fraude interno	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>Se evidencia documento denominado: "Informe segundo cuatrimestre de supervisión de insumos de laboratorio clínico- contratos 2025" en el cual la líder de apoyo diagnostico laboratorio clínico concluye que para el segundo cuatrimestre el indicador de inconsistencias fue de cero, ya que no se presentaron inconsistencias en el proceso.</p> <p><b>Comentario Oficina de Control Interno:</b> Evidencia esta oficina de control interno que el informe entregable 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. Esta recomendación es reiterada lo que evidencia que desde la oficina de planeación para los monitoreos ni el líder de laboratorio clínico realizan lectura de las recomendaciones consignadas en el informe del Programa de transparencia y Etica Pública.</p>

<p><b>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA</b> <b>OBJETIVO:</b> 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>	<p>R7-SICOF</p> <p>Possibilidad 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>Ejecución y administración de procesos</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>Se evidencia archivo en Excel denominado "Seguimiento a SECOP y SIA OBSERVA" en el cual se relaciona de manera consolidada (incluyendo los meses evaluados) la contratación adelantada por la oficina asesora jurídica en la cual se señalan diferentes aspectos relevantes de la contratación. Uno de los aspectos relevantes que se relaciona en el cuadro de Excel es el cumplimiento en la publicación de los contratos en las diferentes plataformas, con lo anterior se evidencia Transparencia en los procesos contractuales adelantados en la entidad. Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.</p>
<p><b>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA</b> <b>OBJETIVO:</b> 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>	<p>R8-SICOF</p> <p>Possible 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 dardivas o beneficios económicos propios, obrando de mala fe o ocasionalmente un daño financiero a la entidad.</p>	<p>Fraude interno</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. 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 demandada, 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><b>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</b> <b>OBJETIVOS:</b> 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>	<p>R9-SICOF</p> <p>Possibilidad de detrimento patrimonial, investigaciones y sanciones disciplinarios, 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>Daños a activos fijos/ eventos extensos</p>	<p>El almacenista general con apoyo del profesional del área de inventario de activos fijos, Realizará auditoria de acuerdo con el cronograma de auditorias 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>Se evidencia cronograma de inventario aleatorio bajo el cual se realizará auditorias 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 y servicios de la entidad. De conformidad con el cronograma para el segundo cuatrimestre de 2025 se tienen programadas las auditorias al: centro de Salud Bucaramanga, Toledo Plata, Campohermoso, Girardot, Mororico, Rosario, HLN cirugía y UIMIST Hospitalización. Se evidencian actas de reunión en el cual se realizan los inventarios aleatorios según lo dispuesto en el cronograma previamente establecido. Se evidencian actas correspondientes a centro de Salud Bucaramanga, Toledo Plata, Campohermoso, Girardot, Mororico, Rosario, HLN cirugía y UIMIST Hospitalización.</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 toma física de inventario bajo el cual se realizará la revisión de inventarios en cada una de las sedes según cronograma, con el fin de evaluar el cumplimiento en la gestión de los inventarios utilizando el formato de asignación de activos código ALM-F-038. De conformidad con el cronograma para el segundo cuatrimestre de 2025 se tienen programada la siguiente toma de inventarios: Regaderos, San Rafael, Comuneros, Gaitán, Santander, Girardot, La Joya, Campohermoso, Mutis, Bucaramanga, Toledo Plata, Cristal Alto, Libertad, Mororico, Rosario, Concordia, Pablo Vi, UIMIST administrativo, UIMIST Hospitalización y Partos.</p> <p>Se evidencia de igual manera solo la toma física de inventarios correspondiente a los centros de salud de Regaderos, Santander, San Rafael, Gaitán, Comuneros y Girardot, haciendo uso del formato INV-F-038.</p> <p><b>Comentario Oficina de Control Interno:</b> Es necesario que se tomen las medidas pertinentes con el fin de cumplir el cronograma establecido evitando atrasos e incumplimientos en las actividades trazadas en el Programa de Transparencia y Ética Pública.</p> <p><b>ACTIVIDAD INCOMPLETA</b></p>
PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	R10-SICOF	Possibilidad 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, incumriendo con los valores del código de integridad de la Institución.	Fraude interno	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.	Según el cronograma previamente establecido a las bodegas de consumo, se debía realizar una auditoría en los meses de mayo, junio, julio y agosto. Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia actas de reunión en las cuales se realiza el inventario de la bodega del Almacén General, correspondientes a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2025, con el fin de verificar el inventario de los que se almacena de manera física contrastándolo con lo que se encuentra en el sistema de información PANACEA.
GESTION DE LAS TICS	R11-SICOF	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.	Usuarios, productos y prácticas	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.	Se evidencia documento denominado "Implementación derechos de acceso privilegiado mediante acceso de roles y perfiles en bases de datos PANACEA" correspondiente al periodo comprendido entre 1 de mayo a 31 de agosto de 2025 en el cual se documenta la implementación de derechos de acceso privilegiados de roles y perfiles en la base de datos PANACEA durante el periodo. Concluye el informe que para el segundo cuatrimestre de la vigencia no hubo cambios a los usuarios con permisos de administrador, manteniéndose los permisos para los usuarios ya activos.

					Se evidencia documento denominado "Informe actividades de mejora en el software PANACEA primer semestre 2025" en el cual se detallan las actividades de mejora realizadas en el software del sistema de información de la ESE ISABU, las cuales se llevan a cabo con el propósito de optimizar el rendimiento, corregir errores, añadir nuevas funcionalidades y mejorar la experiencia del usuario. Concluye el informe que las actualizaciones y mejoras implementadas en el sistema de información han logrado un avance significativo en su rendimiento, seguridad y usabilidad, consolidación y alineación con los objetivos estratégicos de la entidad.
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.	R12-SICOF	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.	Fraude interno	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	Se evidencian capturas de pantalla de los correos electrónicos dirigidos al gerente de la ESE ISABU por la Tesorera en el cual se presenta la información referente a saldos en bancos y el avance de plan de pagos, correspondientes a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2025.  <b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Se reitera la recomendación realizada por esta oficina de control interno en la cual se solicitaba que: " 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".
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.	R13-SICOF	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 dadiwas por intervenir las unidades documentales, Falsificación o destrucción de un Documento a su favor o de terceros.	Daños a activos fijos/ eventos externos	La profesional en Gestión documental realizará auditorias 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 con el propósito de tomar acciones respectivas según corresponda.	Se evidencia documento denominado "Informe Técnico Auditoria al proceso de Gestión Documental" correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2025, en el cual una vez terminada la revisión y verificación de las 97 carpetas objeto de la auditoria correspondientes a Historias clínicas del HLN y Centro de Salud Gaitán se recomienda tener especial énfasis en la importancia de la precisión de la información que se registra en los inventarios pues ellos facilita los procesos de búsqueda de los documentos en caso de ser necesaria su consulta, resaltando la responsabilidad en la manipulación y protección de los expedientes.

<p><b>GESTIÓN DE CONTROL INTERNO</b> 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, auditorias 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.</p>	R14-SICOF	<p>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.</p>	Fraude interno	<p>El jefe de la oficina de control interno realizará 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.</p>	<p>Se evidencia actas de grupo primario correspondientes a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2025. En las actas la jefe de control interno realiza revisión junto a la profesional de apoyo de la oficina de control interno, revisa de conformidad con el Plan Anual de Auditorías, la designación de actividades, revisión de las actividades adelantadas y su seguimiento respectivo. Con esto se tiene el avance y el cumplimiento de manera completa del plan anual de auditorías.</p>
<p><b>GESTIÓN CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO</b> 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.</p>	R15-SICOF	<p>Possible 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.</p>	Fraude interno	<p>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 de quejas radicadas y tramitadas por el grupo.</p>	<p>Se presenta una certificación del mes de junio en la cual la Coordinadora del Grupo Formal de Trabajo de Control Disciplinario Interno, informa que no se cuenta con apertura de procesos disciplinarios y se encuentran en estudio las quejas recibidas y notificadas al grupo.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Es claro el mapa al determinar que el entregable es un informe, si bien se cumplió con una entrega no se realizó el respectivo informe que se solicita en el mapa como entregable.</p>
<p><b>PROCESO GESTION APOYO TERAPÉUTICO</b> 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>	R16-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica por hurto o perdida 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.</p>	Fraude interno	<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 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.</p>	<p>Se evidencian formatos denominados "control inventarios" diligenciados por la regente de farmacia en los cuales 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 a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2025, verificando que las existencias coincidan. Estas auditorias se aplicaron en el HLN y la UIMIST.</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 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.</p>	<p>Se evidencia formatos denominados "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 a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2025. 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.</p>

<p><b>PROCESO GESTION APOYO TERAPÉUTICO</b> 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>	<p>R17-SICOF</p>	<p>Posibilidad de afectación económica, sanciones penales y disciplinarias por hurto o perdida 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>Fraude interno</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 auditorias se aplicaron en el HLN y la UIMIST. Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.</p>
<p><b>PROCESO ATENCION AMBULATORIOS</b> 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>	<p>R18-SICOF</p>	<p>Posibilidad de afectación económica, investigación fiscal, sanciones y procesos disciplinarios por hurto o perdida de accesorios de equipos biomédicos como colposcopio, ecógrafos, Doppler, electrocardiográfico, 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>Fraude interno</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, electrocardiográfico, equipo de órganos, pesa bebe, si se llega a evidenciar desviaciones éstas 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 a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2025. De igual manera se evidencia informe de gestión en el cual consigna que La jefe o la auxiliar del servicio de consulta externa realiza ronda en compañía de la empresa INBIOMECS (Ing. biomédica) de forma semanal a los servicios AMBULATORIOS con el objetivo de revisar que se encuentren los equipos con los accesorios completos y en caso de encontrar alguna novedad se notifica a la dirección de las unidades en el primer cuatrimestre no se encontró ninguna ausencia de equipos biomédicos. <b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Reitera esta oficina de control interno la recomendación presentada en el primer informe, en el cual se consignaba que "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". Adicionalmente se recomienda tener especial cuidado con el contenido del informe ya que el documento adjuntado como evidencia se encuentra incompleto.</p>

<b>ISABU</b> e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION			FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODOGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024	
	VERSION: 4		PAGINA: 23-37	
			REVISÓ 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	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	INDICADOR	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE
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 /Número de reportes mensuales obligados)	realizar Reporte mensual a la UIAF	Tesoro	Segundo Seguimiento (Segundo Cuatrimestre)  Se evidencian reportes generados en la plataforma de la Unidad de Información y Análisis Financiero- UIAF de Colombia en la cual se realiza "Reporte procedimientos (CE009)", "Reporte de Proveedores (CE009) y "Reporte de Operaciones sospechosas" realizados el 4 de junio de 2025, 4 de julio de 2025, 1 de agosto de 2025 y 3 de septiembre de 2025. Con esto se entiende ejecutado el control, al verificar la tesorería que los recaudos en efectivo no superan el tope máximo establecido.

## 2.2. Temática 2: Redes y Articulación

### 2.2.1. Acción Estratégica 5: Redes internas.

### 2.2.2. 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				
ACCIÓN ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO
<b>SEGUNDO CUATRIMESTRE</b>				
REDES INTERNAS	1.Construcción.	1.1	Elaborar y consolidar cronograma con los secretarios técnicos de comités normativos.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
	2.Monitoreo.	2.1	Realizar monitoreo de comités normativos.	Se evidencia acta de 28 de agosto de 2025 correspondiente a la reunión ordinaria del Comité Institucional de Gestión y Desempeño CIGD, en la cual se evidencia en el orden del día el seguimiento a comités normativos con corte al 30 de junio de 2025. Dentro del desarrollo del punto se evidencia la semaforización de cumplimiento por cada uno de los comités normativos, levantando las alertas correspondientes frente a cada uno de los responsables de los comités. Acompaña el acta invitación a comité con radicado 2913 de 25 de agosto de 2025 y control de asistencia de la participación de los miembros del comité CIGD.
REDES EXTERNAS	3.Implementación.	3.1	Elaborar el plan de acción del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
	4.Resultados.	4.1	Realizar seguimiento del plan de acción del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).	Se evidencia informe de seguimiento del plan de acción MECI correspondiente al segundo trimestre de 2025, radicado 2847 de 19/08/2025 en el cual se puntualiza 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 30 a junio de 2025 se observó cumplimiento del 100% de las actividades programadas para el segundo trimestre de la vigencia 2025, en cada uno de los componentes evaluados. En un análisis general se cumplió con el 100% de lo programado para el segundo trimestre de 2025, según lo establecido en el plan de acción MECI vigencia 2025.
	5.Fortalecimiento en divulgación y Socialización.	5.1	Realizar divulgación del plan de acción MECI, a los líderes responsables de metas, productos.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
		5.2	Socialización de resultados del seguimiento del plan de acción MECI ante el comité de Coordinación de Control Interno.	Se evidencia acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en sesión extraordinaria, celebrado el 6 de agosto de 2025, en la cual, en el marco de la presentación de los avances del Plan Anual de Auditorías se presentó el resultado del primer seguimiento de cumplimiento del plan de acción MECI vigencia 2025 en el cual se concluye el cumplimiento del 100% de las metas propuestas para el primer trimestre de la vigencia 2025.

### 2.3. Temática 3: Cultura de la legalidad y estado abierto

#### 2.3.1. Acción Estratégica 7: Acceso a la información pública y transparencia.

#### 2.3.2. Acción Estratégica 8: Participación ciudadana y rendición de cuentas.

#### 2.3.3. 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: CONSULTA DE LA LEGALIDAD Y ESTADO ABIERTO				
ACCIÓN ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	EVALUACION DE CONTROL INTERNO
				SEGUNDO 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.	Se evidencia informe del SIAU correspondiente al primer semestre 2025 en el cual se puede concluir que las actividades de la oficina de atención al usuario (SIAU) y el 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.
		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.	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.	Se evidencia ficha técnica de indicador denominado "Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la IPS, en la cual se puede evidenciar de enero a agosto un cumplimiento de las metas establecidas. De igual manera se evidencia documento titulado "Informe de tiempos de atención oficina SIAU" correspondiente al segundo trimestre de la vigencia 2025, en el cual se puede concluir el cumplimiento de las actividades programadas en la oficina de atención al usuario frete al a gestión oportuna de PQRS y satisfacción del usuario.

			1.4	Realizar medición y análisis trimestral de la percepción a ciudadanos con respecto a la calidad de los servicios prestados.	Se evidencia ficha técnica de indicador denominado "Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la IPS, en la cual se puede evidenciar de enero a agosto un cumplimiento de las metas establecidas. De igual manera se evidencia documento titulado "Informe de satisfacción" correspondiente al segundo trimestre de 2025 en el cual se informa que tras la aplicación de 1,722 encuestas de satisfacción de acuerdo al formato institucional establecido para aplicar en los 22 centros de salud y las 2 unidades hospitalarias se recaudaron excelentes resultados, superando las metas establecidas con corte a junio de 2025. La medición del indicador de satisfacción del usuario ha fluctuado entre 94.89% y 95.56% manteniéndose siempre por encima de la meta que es 90%, finalizando el trimestre en 95.73%. Los aspectos más relevantes expresados por los usuarios de manera positiva es la calidad de personal médico, la cercanía de los servicios y la humanización del personal, sin embargo, en los puntos expresados negativamente esta la dificultad para acceso a citas generalmente en citas especializadas.
			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.	Se evidencia documento denominado "Informe Trimestral de cargue de contenido y asistencia técnica" correspondiente al 1 de abril al 30 de junio de 2025 en el cual gestión TICS realiza un seguimiento a las publicaciones que se realizan durante el segundo trimestre de 2025. En el informe se concluye que desde la oficina de gestión de las TICS se realizaron 116 cargues de información solicitadas por los diferentes procesos, de igual manera, que se continúa socializando el formato SIS-F-034 y el procedimiento SIS-P-019. Se evidencia igualmente una compilación de los formatos de lista de publicaciones en página web. Se evidencia de igual manera, documento denominado "Informe Boletines informativos página web" correspondiente al periodo de mayo a julio de 2025 en el cual se concluye que es importante trabajar en comunicación clara oportuna para todos los grupos de valor e interés institucionales. Los boletines permiten informar de manera rápida y permanente a nuestros usuarios y comunidad en general, por eso es importante utilizar esta herramienta comunicativa.
			1.6	Socializar y medir adherencia a los funcionarios de la entidad 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 cuatrimestre de 2025.
			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 (carteleras institucionales, página web y anuncios publicitarios a través de redes sociales).	Se evidencia documento denominado "Informe socialización canales de participación ciudadana", correspondiente al periodo entre mayo y agosto de 2025, en el cual la oficina de planeación presenta las evidencias de las actividades realizada para la socialización de la página web institucional en cuanto a los canales de participación. En el informe se concluye que en el cuatrimestre la ESE trabaja principalmente en la actualización de toda la página web, así como en fortalecer las carteleras informativas.
			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.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento. Se hará revisión de la misma en el tercer cuatrimestre 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.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
		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.	Se evidencia documento denominado "informe de avance de cronograma de Plan de acción - derechos y deberes" correspondiente al segundo trimestre de 2025 en el cual el área de calidad - líder de humanización realiza un despliegue de las actividades en cada una de las estrategias priorizadas alcanzando un cumplimiento de 77% frente a las actividades programadas. El informe concluye que se debe dar continuidad a la implementación de las acciones que permitan sensibilizar al personal de la ESE ISABU hacia la calidez de la atención humanizada, que conlleven a mejorar la calidad de nuestros servicios y la satisfacción de nuestros colaboradores, usuarios, familia y comunidad
		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.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
		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).	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
		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).	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
	4. Transparencia Activa: Normativo y procedimental.	4.1	Realizar revisión semestral del Procedimiento de Petición, Quejas y Reclamos de acuerdo con la normatividad legal y lineamientos de la entidad y actualizar si es necesario.	Claramente en esta actividad se define el entregable como un informe de revisión actualizado del procedimiento de petición, quejas y reclamos. Sin embargo, se anexo como evidencias los procedimientos de experiencia del usuario y apertura de buzones, los cuales no se encuentran debidamente actualizados, ya que aún cuentan con la imagen institucional anterior. Por lo tanto, esta actividad no se cuenta como cumplida para la evaluación del segundo cuatrimestre de la vigencia 2025. Deberá garantizarse su cumplimiento para el último seguimiento. <b>NO CUMPLE CON LA ACTIVIDAD.</b>

		4.2	Crear mecanismos de evaluación periódica del desempeño de sus servidores en torno al servicio al ciudadano	Se evidencia ficha técnica de indicador denominado "Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la IPS, en la cual se puede evidenciar de enero a agosto un cumplimiento de las metas establecidas. De igual manera se evidencia documento titulado "Informe de satisfacción" correspondiente al segundo trimestre de 2025 en el cual se explica que se han aplicado cerca de 1722 encuestas en los 22 centros de salud y 2 unidades hospitalarias de las cuales se pudo concluir que se ha superado la meta establecida de manera satisfactoria hasta el mes de junio de 2025. En informe concluye que se realizaron las encuestas de satisfacción y se identificaron las principales causas de la insatisfacción buscando prevenir su nueva ocurrencia y buscando la mejora continua, se da cumplimiento al indicador con un porcentaje trimestral de satisfacción del 95.73%.
		4.3	Realizar revisión trimestral de la información publicada en carteleras informativas 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.	Se evidencia documento denominado "Informe divulgación de carteleras institucionales, correspondiente al segundo cuatrimestre de 2025, en el cual se realiza una revisión trimestral de la información publicada en las carteleras informativas de los centros de salud y unidades hospitalarias, con el fin de garantizar la difusión de los contenidos relacionados con derechos y deberes ciudadanos, requisitos de trámite, horarios y boletines informativos. <b>Comentario de la oficina de control Interno:</b> Es necesario mencionar que el informe fue modificado en su formato original, ya que se eliminó lo correspondiente a las conclusiones.
		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.	Se evidencia documento denominado "Informe de gestión oficina SIAU-PARTICIPACIÓN CIUDADANA" correspondiente al segundo trimestre de 2025 en el cual se describen las actividades programadas en la oficina de atención al usuario frente a la gestión oportuna al usuario y evaluar estrategias desarrolladas para incentivar y promover la participación ciudadana en la vigencia 2025. Es así como se describe las actividades de diagnóstico participativo, estrategia participación social y comunitaria alianza de usuarios y las actividades de formulación participativa. 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 con 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.
		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.	Se evidencia documento denominado "Informe de seguimiento de avisos de privacidad" correspondiente de mayo a agosto de 2025, en el cual se presentan las evidencias de las publicaciones de la política de privacidad en la página web y el manejo de la información de datos de la política de privacidad conforme a la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1074 de 2015. En el informe se concluye que la ESE ISABU da a conocer los avisos de privacidad de la información en los diferentes canales a través de la política de tratamiento de información publicada en la página institucional y anexada en los documentos institucionales.
		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.	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.	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.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
		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.	Se evidencia informe denominado "Informe proceso de sensibilización en seguridad de la información, ciberseguridad, protección de la privacidad y socialización plataforma de campus virtual, GLPI y política de gobierno digital". En el informe se describe y analiza el proceso de sensibilización dirigido a los funcionarios y contratistas de la ESE ISABU orientado a fortalecer la cultura de seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad, así como socializar el uso adecuado de la plataforma de campus virtual y la herramienta GLPI, con el fin de garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información y promover prácticas seguras en el entorno digital institucional. El informe concluye que a capacitación permitió que los colaboradores comprendan la importancia de proteger los datos institucionales y personales, identificando los principales riesgos y buenas prácticas aplicables en la labor diaria. Se logró una mejor comprensión y uso de las plataformas Moodle y Glpi, facilitando la gestión académica y el soporte técnico, lo que contribuye a una mayor eficiencia operativa. La socialización de las estrategias implementadas por la entidad mostró avances en la digitalización de procesos y servicios, sentando bases para una gestión más transparente y segura.
		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.	Se evidencia documento denominado "Informe proceso de sensibilización en seguridad de la información, ciberseguridad, protección de la privacidad y socialización plataforma de campus virtual, GLPI y política de gobierno digital", realizado el 16,20 y 28 de mayo de 2025 en el cual se describe y analiza el proceso de sensibilización dirigido a los funcionarios y contratistas del Instituto de Salud de Bucaramanga, orientado a fortalecer la cultura de seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad. De igual manera se evidencia "informe divulgación y sensibilización de la política de gobierno digital a grupos de interés, entre los cuales se espera realizar divulgación de múltiples actividades como la implementación del formato para la publicación de la página web institucional. Las sensibilizaciones lograron una mejor comprensión y apropiación de la página web institucional en la entidad.
		5.1	Aplicar encuestas de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios de la ESE ISABU.	Se evidencia ficha técnica de indicador denominado "Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la IPS", en la cual se puede evidenciar de enero a junio un cumplimiento de las metas establecidas. De igual manera se evidencia documento titulado "Informe de satisfacción" correspondiente a segundo trimestre de 2025, en el cual se han aplicado 1722 encuestas de satisfacción de acuerdo al formato institucional en 22 centros de salud y las 2 unidades hospitalarias con resultados que superan las metas establecidas. La medición del indicador de satisfacción del usuario ha fluctuado entre 94.89% y 95.56% manteniéndose siempre por encima de la meta que es 90%, finalizando el trimestre en 95.73%. Los aspectos más relevantes expresados por los usuarios de manera positiva es la calidad de personal médico, la cercanía de los servicios y la humanización del personal, sin embargo, en los puntos expresados negativamente esta la dificultad para acceso a citas generalmente en citas especializadas.
		5. Transparency Activa: Relacionamiento con el ciudadano.		

			<p>Aplicar encuestas de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a Solicitud de Citas, Historia Clínica y Radiología e imágenes diagnósticas.</p>	<p>Se evidencia ficha técnica de indicador denominado "Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la IPS, en la cual se puede evidenciar de enero a junio un cumplimiento de las metas establecidas. De igual manera se evidencia documento titulado " Informe de satisfacción" correspondiente a segundo trimestre de 2025, en el cual se han aplicado 1722 encuestas de satisfacción de acuerdo al formato institucional en 22 centros de salud y las 2 unidades hospitalarias con resultados que superan las metas establecidas. La medición del indicador de satisfacción del usuario ha fluctuado entre 94.89% y 95.56% manteniéndose siempre por encima de la meta que es 90%, finalizando el trimestre en 95.73%. Los aspectos más relevantes expresados por los usuarios de manera positiva es la calidad de personal médico, la cercanía de los servicios y la humanización del personal, sin embargo, en los puntos expresados negativamente esta la dificultad para acceso a citas generalmente en citas especializadas.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Si bien se realizó el informe, la meta determinaba que este debía versar sobre los resultados de la encuesta de satisfacción a los usuarios de los trámites racionalizados, solicitudes de citas, historias clínicas y radiología e imágenes diagnósticas, sin que todos los temas se hayan tratado de manera específica. Por lo tanto, para el siguiente cuatrimestre es necesario precisar los informes allegados como evidencia y tener en cuenta las metas trazadas.</p>
			<p>6.Transparencia Pasiva: Relacionamiento con el ciudadano.</p>	<p>Garantizar a la ciudadanía la respuesta a las solicitudes de información pública, según los tiempos establecidos por la Ley.</p>
			<p>7.Transparencia Pasiva: Criterio diferencial de accesibilidad.</p>	<p>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.</p>
			<p>8.Transparencia Pasiva: Monitoreo del Acceso a la Información Pública.</p>	<p>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.</p>

9.Instrumentos de Gestión de la Información.	8.2	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.	<p>Se evidencia documento denominado "Informe de Gestión oficina SIAU primer semestre 2025, en el cual describe los mecanismos para recopilar y medir las expectativas y necesidades de los usuarios a través de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientaciones y solicitudes. Además, se menciona que se socializó con los usuarios los canales por los cuales pueden ser instauradas las PQRSF. De igual manera se reporta las PQRSF recibidas durante el primer semestre de 2025, discriminando sus causales y los medios de recepción. De igual forma se reporta las actividades de mejora planteadas para el proceso y los indicadores de satisfacción. Por último, en el informe se concluye que las actividades de la oficina de atención al usuario (SIAU) y el 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.</p> <p><b>Comentarios de la oficina de control interno:</b> Es necesario mencionar que el informe se encuentra modificado en su estructura codificada, situación que desconoce el sistema general de calidad al no respetar los formatos establecidas en la forma correcta.</p>
	9.1	Realizar o actualizar el Programa de Emergencias y Atención a Desastres en archivos físicos.	<p>En el seguimiento correspondiente al primer cuatrimestre de 2025, esta oficina de control interno recomendó: 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.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Teniendo en cuenta que el entregables 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.</p> <p>Sin embargo, al segundo seguimiento, la evidencia tampoco fue entregada ni terminada ni codificada.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Teniendo en cuenta lo anterior, es claro para la oficina de control interno que no se realiza lectura integral de este informe por parte de la oficina de Planeación ni mucho menos por parte del líder responsables, ya que como se evidenció, se dio por cumplida la actividad cuando esta oficina había evaluado lo contrario. <b>META NO CUMPLIDA.</b></p>
	9.2	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.	<p>Se evidencia acta de reunión en la cual se hará revisión de los instrumentos de gestión de la información de la ESE ISABU. Los instrumentos socializados hacen cuenta de: Los activos de Información, el índice de información clasificada y reservada y el esquema de publicación de la ESE ISABU. En el desarrollo de la reunión se presenta a los asistentes los activos de información, el índice de información reservada y clasificad y el esquema de publicación de la entidad. Con esto se entiende socializados los instrumentos de gestión de la información.</p>
	9.3	Actualizar los instrumentos de Gestión de la Información y publicar en datos abiertos y página web.	<p>Se evidencia documento denominado "Informe técnico auditoría al proceso de gestión documental" correspondiente al segundo cuatrimestre de 2025 en el cual se presentan las evidencias de publicación de los documentos de gestión de la información: Registro de activos de información, Índice de Información clasificada y reservada y Esquema de Publicación de Información. Se relaciona el link de publicación de los documentos en la página de datos abiertos y se evidencia el cargue de los datos publicados de manera exitosa.</p>

<b>PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y RENDICIÓN DE CUENTAS</b>	10.Información de calidad y en lenguaje comprensible.	9.4	Socializar el Programa de Emergencias y Atención a Desastres en archivos físicos.	En el primer seguimiento correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2025, esta oficina de control interno realizó la siguiente recomendación: "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 cumplió. 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" Teniendo en cuenta que la actividad que se debía socializar no se realizó, consecuentemente esta tampoco, por lo tanto, de esto se informará al líder del proceso como una <b>META NO CUMPLIDA</b> .
		9.5	Divulgar a través de correo electrónico a todos los colaboradores de la entidad la actualización de los instrumentos de Gestión de la Información.	Se evidencia captura de pantalla de un correo electrónico enviado el jueves 11 de septiembre de 2025 en el cual se socializa los documentos del sistema de gestión de la información por parte de la profesional de gestión documental. <b>Comentario de la oficina de control interno:</b> Si bien la actividad se cumplió es necesario mencionar que esta se realizó de manera extemporánea, situación que merece un reproche, toda vez que se evidencia que el Programa de Transparencia y Ética Pública no está siendo tenido en cuenta por los líderes y el cumplimiento parcial y de baja calidad de las metas refleja la ligereza con la cual se está llevando un instrumento institucional tan importante.
		10.1	Definir equipo de líderes de proceso de rendición de cuentas.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
		10.2	Identificar las condiciones de entorno social, económico, político, ambiental y cultural que afectan el desarrollo de la rendición de cuentas	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
		10.3	Priorizar las necesidades de información identificadas en consulta realizada en el Componente de Rendición de Cuentas.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
	11.Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	10.4	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.	Se evidencia documento titulado "Estrategia rendición de cuentas" en la cual se consigna el cronograma de actividades, responsable y entregable de las diferentes etapas de la estrategia de rendición de cuentas de la vigencia 2024. De igual manera se evidencia la publicación de la estrategia de la rendición de cuentas debidamente publicada en la página web institucional. Se evidencia igualmente un documento denominado "Plan de Medios 2025" y otro denominado "Circular solicitud de información para rendición de cuentas" y la publicación de la fecha de rendición de cuentas en la plataforma de la Supersalud y la página web institucional en 2 banners, invitación en la página web institucional, invitación de redes y carteleras de centros de salud y por último el documento denominado "Reglamento audiencia pública rendición de cuentas vigencia 2024" y su respectiva publicación en página web institucional.
		11.1	Diseñar y socializar el plan de rendición de cuentas con sus respectivos cronogramas, metas y componentes.	Se evidencian documentos denominados "Estrategia Rendición de cuentas", "plan de medios", "conformación de equipo líder" acompañado de su respectiva acta de capacitación, los cuales hacen parte del plan de rendición de cuentas de cara a la rendición de cuentas de la vigencia 2024.
		11.2	Definir capacidad operativa y disponibilidad de recursos financieros para llevar a cabo la rendición de cuentas.	Se evidencia documento denominado "estrategia de rendición de cuentas" en el cual se consignan actividades, responsables, entregables y cronogramas de las actividades planteadas para cada una de las etapas de la estrategia.
		11.3	Desarrollar acciones para promover y realizar el dialogo	Se evidencia documento denominado " Estrategia rendición de cuentas" en el cual se observan múltiples actividades que propician el

			con los diferentes grupos de valor.	dialogo en doble vía con los diferentes grupos de valor. De igual manera se evidencia acta de reunión de del 2/04/2025 en la cual se realizó reunión con la alianza de usuarios para capacitación en tema de rendición de cuentas, invitación a participar el 7 de mayo en la audiencia publicación de rendición de cuentas y elección de las personas que van a asistir y participar en preguntas en la rendición de cuentas vigencia 2024.
	12.Incentivos para motivar la cultura de la rendición de cuentas.	12.1	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.	Se evidencia acta de reunión de del 2/04/2025 en la cual se realizó reunión con la alianza de usuarios para capacitación en tema de rendición de cuentas, invitación a participar el 7 de mayo en la audiencia publicación de rendición de cuentas y elección de las personas que van a asistir y participar en preguntas en la rendición de cuentas vigencia 2024. De igual manera se evidencia acta de reunión con los líderes de la ESE ISABU, con el fin de socializar las preguntas recibidas de la alianza de usuarios.
		12.2	Convocar a todas las partes interesadas para contar con su participación en la Audiencia Pública de Rendición de cuentas.	Se evidencia listado de invitados por parte de los grupos de valor / interés, datos de contacto e información general para la elaboración de la respectiva invitación. De igual manera se evidencia el diseño de las invitaciones con el nombre del invitado y los datos de la celebración de la audiencia pública.
		12.3	Publicar la estrategia de Rendición de cuentas en página web institucional.	Se evidencia enlace de publicación de la estrategia de rendición de cuentas en página web institucional en la cual se visualiza la publicación de la estrategia y otros documentos pertinentes para la audiencia de rendición de cuentas de la vigencia 2024 en la página web institucional.
	13.Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional.	13.1	Realizar seguimiento a las actividades programada en la estrategia de rendición de cuentas.	Se evidencia archivo en Excel denominado " estrategia de rendición de cuentas", en el cual se diligencia el avance obtenido en cada una de las actividades y el algún comentario de interés en la realización de la actividad.
		13.2	Realizar evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional en el proceso de rendición de cuentas.	Se evidencia informe de evaluación de rendición de cuentas vigencia 2024 realizada el 9 de julio de 2025 en el cual la jefe de la oficina de control interno emite evaluación del proceso adelantado para la rendición de cuentas de la vigencia 2024. En el informe se concluye que, de manera general, la audiencia pública de rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2024 de la ESE ISABU, se realizó cumpliendo los lineamientos normativos y dentro de los parámetros establecidos en el reglamento.
		13.3	Elaborar informe de resultados, logros y dificultades de las Rendición de cuentas realizada.	Se evidencia documento denominado " Informe de rendición de cuentas vigencia 2024", en el cual la oficina de planeación describe una a una las actividades adelantadas en las etapas con el fin de llevar a cabo el proceso de la rendición de cuentas.
		13.4	Diseñar planes de mejoramiento de Rendición de Cuentas.	Se evidencia certificación de 3 de septiembre de 2025 en la cual la jefe de la oficina de planeación manifiesta que : "Con ocasión de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia 2024, llevada a cabo el día 9 de julio de 2025, según consta en el informe remitido mediante comunicación del 14 de julio de 2025, radicado N° 02384, no se evidenciaron acciones de mejora obligatorias que dieran lugar a la formulación o ejecución de un plan de mejora específico sobre la estrategia de rendición de cuentas. En consecuencia, se certifica que para la Rendición de Cuentas vigencia 2024 no fue necesario implementar plan de mejora asociado a la estrategia de rendición de cuentas, en la medida que la evaluación evidenció cumplimiento de los lineamientos normativos y del reglamento aplicable, formulándose únicamente recomendaciones de carácter preventivo y de fortalecimiento institucional.
<b>INTEGRIDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO</b>	14.Construcción	14.1	Elaborar el plan de trabajo de implementación del Código de integridad.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.

		14.2	Elaborar plan de trabajo de implementación de conflicto de interés de la vigencia 2025.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
15.Seguimiento		15.1	Realizar seguimiento del plan de trabajo del código de integridad.	Se evidencia documento denominado informe de cumplimiento al Plan de Implementación del Código de Integridad, correspondiente al primer semestre de 2025 en el cual se presenta evidencia de cumplimiento de las actividades cumplidas hasta la fecha. Concluye el informe que atendiendo a las actividades planeadas se ha dado cumplimiento al plan de acción planteado para La vigencia 2025 y se continuará el seguimiento adecuado para continuar ejecutando las actividades que se encuentran pendientes. Se espera continuar con la ejecución de las actividades del plan de implementación del código de integridad de la ESE ISABU para la vigencia 2025 y su debido seguimiento.
		15.2	Ejecución del plan de trabajo de implementación de conflicto de interés de la vigencia 2025.	Se evidencia documento denominado Informe conflicto de interés con corte a junio 30 de 2025 en el cual la profesional de talento humano manifiesta que: El plan de gestión preventiva de Conflicto de interés se elaboró conforme a las recomendaciones y guías impartidos por el Departamento Administrativo de Función Pública, y en el desarrollo de las actividades programadas con corte a junio 30 de 2025, se puede concluir que ha sido efectivo puesto que no se cuenta con denuncias por temas relacionados con conflicto de interés. <b>Comentario oficina de control interno:</b> Es necesario tener presente los formatos institucionales establecidos, ya que se están modificando, eliminando numerales de los formatos previamente establecidos.

## 2.4. 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				
ACCIÓN ESTRÁTÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO
				SEGUNDO 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 a través página WEB.	<p>Se evidencia documento denominado " Proceso racionalización de trámites SUIT" Historias clínicas" correspondiente a julio y agosto de 2025 en el cual se determina que: "La ESE ISAU promoviendo la transparencia de la gestión, genera link y botón de acceso a Historias clínicas en la página institucional con el objetivo que, los grupos de valor interactúen con la entidad interponiendo sus solicitudes y reciban contestaciones en los tiempos establecidos en la ley 1755 de 2015". Adicionalmente se explica que "Se realizó reunión virtual el 12 de agosto de 2025 con personal del SIAU se explica el acceso al botón institucional, la necesidad de iniciar a solicitar las Historias clínicas a través de ese medio y la importancia de que los usuarios fuesen orientados en el proceso". Concluye el informe que luego de la gestión desarrollada desde la Dirección Técnica de Unidades Hospitalarias en conjunto con la Oficina de Atención al usuario-SIAU los usuarios que acceden a los servicios que se prestan en los centros de salud de la ESE ISABU se encuentran familiarizados, orientados y cuentan con el apoyo constante para acceder a la solicitud de Historias Clínicas a través de la página instruccional, la cual cuenta con los requisitos exigidos según el tipo de solicitante, es amigable con el usuario, práctica y de fácil acceso, pues no solo está disponible 24/7 sino que además tiene explícitamente los requisitos que debe presentar el solicitante a la hora de iniciar con su trámite.</p> <p><b>Comentario de la oficina de control interno:</b> A pesar de evidenciarse la entrega del producto, este se encuentra firmado por el apoyo jurídico de la dirección unidades hospitalarias, pero el responsable que se relaciona en el plan de acción del PTEP es Planeación y SIAU. Se debe revisar más detalladamente los entregables y los responsables.</p>
		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.	<p>Se evidencia documento denominado "Proceso racionalización de trámites SUIT" Historias clínicas" correspondiente a julio y agosto de 2025 en el cual se determina que: "La ESE ISAU promoviendo la transparencia de la gestión, genera link y botón de acceso a Historias clínicas en la página institucional con el objetivo que, los grupos de valor interactúen con la entidad interponiendo sus solicitudes y reciban contestaciones en los tiempos establecidos en la ley 1755 de 2015". Adicionalmente se explica que "Se realizó reunión virtual el 12 de agosto de 2025 con personal del SIAU se explica el acceso al botón institucional, la necesidad de iniciar a solicitar las Historias clínicas a través de ese medio y la importancia de que los usuarios fuesen orientados en el proceso". Además de la socialización al personal interno, se realizó publicación del código QR en todas las carteleras informativas de los 22 centros de salud y unidades hospitalarias, con el fin de informar a los usuarios de la ESE ISABU sobre las facilidades de acceder al QR para solicitar la historia clínica.</p>
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.	<p>Se evidencia documento denominado "verificación de estado de enlaces de datos abierto" de agosto de 2025 en el cual la oficina de planeación determina que promoviendo la transparencia de la gestión, pública, realiza verificación en la página institucional los enlaces de datos abiertos garantizando que estos sean accesibles, funcionales y estén actualizados, lo cual es crucial para promover la transparencia gubernamental, fomentar el buen gobierno, permitir el control social, impulsar la innovación y el desarrollo económico a través de la reutilización de la información pública por parte de la ciudadanía y otros actores interesados. En el informe se verifica uno a uno los links y los mismos funcionan correctamente.</p>

		2.2	<p>Publicar conjuntos de datos abiertos sobre información estratégica en el marco de la misionalidad de la entidad</p>	<p>Se evidencia documento denominado " Publicación conjunto de datos abiertos" en el cual la oficina de planeación informa que la ESE ISABU tiene disponible un conjunto de datos abiertos para que sean utilizados por los grupos de interés. Estos datos abiertos se clasifican en: defunciones, nacimientos, zonificación usuario, perfil epidemiológico, causas de morbilidad, registro de activos de información e índice de información clasificada y reservada.</p>
--	--	-----	--	--

### **3. PLAN DE ACCIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG**

Con el fin de dar cumplimiento a las recomendaciones del FURAG 2024 en la implementación del modelo integrado de planeación y gestión MIPG en el plan de acción MIPG se dispone como acción de mejora: "Realizar análisis de las causas de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) con el fin de identificar nuevos riesgos o eventos de riesgo materializados que contribuyan a la actualización del sistema Institucional de Administración del Riesgo de la ESE ISABU", es necesario realizar algunas precisiones:

- 3.1.** Como se ha anotado en múltiples informes, referentes al sistema general de riesgos: riesgos operacionales o mapa de riesgos SICOF, la oficina de control interno ha tenido numerosos reparos frente a la falta de calidad y análisis en los informes presentados por la oficina de atención al usuario frente a las PQRS. De igual forma, se ha realizado la misma recomendación en el informe semestral que debe presentar esa oficina. Sin embargo, hasta la fecha pocos cambios se han implementado. Para documentar lo antes mencionado es necesario realizar lectura de los informes de evaluación del Programa de Transparencia y Ética Pública y en los seguimientos semestrales al comportamiento de las PQRS realizados por esta oficina y publicados en la página web institucional.
- 3.2.** Teniendo en cuenta lo anterior, no es posible identificar para esta oficina de control interno, nuevos riesgos o eventos de riesgo materializados con el fin de actualizar el sistema de riesgos de la ESE ISABU, ya que no cuenta con la información suficiente y necesaria obtenidas de los diferentes análisis, seguimiento y evaluaciones, identificar.
- 3.3.** El llamado es a que la oficina de atención al usuario modifique sus informes, estructure un análisis de las causas de las PQRS más detallado e identifique factores predominantes que sirvan de soporte para que esta oficina de control interno pueda detectar factores de riesgo y así concluir en buen término la actividad del plan de acción.

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

1. Reiteramos la recomendación presentada en el primer informe: 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"
2. Sin perjuicio de la decisión adoptada para el momento de transición, esta oficina de control interno recomienda que para la vigencia 2026, que el Programa de Transparencia y Ética Pública se considere como unidad auditible 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, es que el Programa de Transparencia y Ética Pública deberá ser auditado al menos 2 veces durante el cuatrienio de su duración.
3. Se hace un llamado a la oficina de Planeación de la ESE ISABU para adecuar el sistema general de riesgos frente la expedición de la Guía de Administración del riesgo V 7, actualizando los mapas según lo contenido en la nueva guía.

4. Nuevamente se destaca el uso indebido de formatos institucionales en los cuales, de manera deliberada con el fin de no realizar un análisis completo, se eliminan ítems establecidos en los formatos. De igual manera se hace uso de formatos desactualizados o informes sin firmas de quien elabora.
5. De igual manera, se está usando los formatos institucionales de manera errónea. Por ejemplo, se estructura un informe en el formato de comunicaciones.
6. Se evidenció de manera general informes carentes de análisis, información sin profundizar, que destacan por su baja calidad, inexactitud en la información y claro “copie y pegue”.
7. Se desarrollaron muchos entregables sin tener en cuenta que se solicita en el mapa de riesgos, no se puntualizaron temas que estrictamente los requería el entregable, informes generales cuando se requería desarrollar información específica.
8. Por último, recomienda esta oficina de control interno hacer lectura INTEGRAL del presente informe, ya que desde la oficina de planeación como los líderes ignoran las recomendaciones realizadas en los mapas de riesgos y de frente a la verificación del anexo técnico. Así mismo, se ignoraron recomendaciones contenidas en las evaluaciones de los mapas de riesgos (SICOF/SARLAFT) y el plan de acción del PTEP, tan es así, que acciones en las cuales se evidencia entregables, los mismo se evaluaron como no cumplidas, teniéndose que entregar nuevamente en este cuatrimestre, sin embargo, no se entregaron y dieron por cumplida la meta cuando la evaluación de esta oficina de control interno fue todo lo contrario.

Equipo auditor:

**SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS**  
Jefe Oficina de Control Interno