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

1100-310-60

OCI- 221

Bucaramanga, 22 de diciembre de 2025

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

Firma _____

Radicado: **00004593**

Enviado: 22/12/2025 - 4:56 p.m.

ventanillaunica

ESE 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 a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025, en la cual se consigna el seguimiento al cumplimiento y cierre de las metas establecidas para la mitigación de los riesgos identificados.

Atentamente,



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

TERCER INFORME DE EVALUACIÓN AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - VIGENCIA 2025- SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025

INTRODUCCIÓN

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

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

(...)


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

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

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

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

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 2-37
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

Teniendo en cuenta lo anterior y en virtud del papel desarrollado por las oficinas de control interno respecto al rol de EVALUACIÓN Y MEJORA en virtud del cual “Se refiere a la necesidad de contar con el apoyo de los expertos en auditoría de la Entidad para que, de conformidad con sus funciones y roles, se desarrollen las actividades necesarias para el respectivo componente. Contempla acciones como: obtención de evidencias, evaluación objetiva” ¹, le corresponde a esta oficina realizar auditoria 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 los meses de septiembre, octubre y noviembre 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 a los meses de septiembre, octubre y noviembre de la vigencia 2025, de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.

MARCO NORMATIVO

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

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

 ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 3-37
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

- 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

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. Por disposición del Departamento Administrativo de la Función Pública, es necesario realizar cierre del programa, antes de la entrega del cargo de los jefe de control interno, debido a esto, se realizó seguimiento de las actividades desarrolladas hasta el mes de noviembre de 2025.

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

Sin embargo, para la vigencia 2026, esta oficina de control interno anotará la observación de incorporar como unidad auditable, 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 segundo 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 tercer informe, teniendo en cuenta que hasta la fecha no se han evidenciado avances en estos aspectos anotados.

1.2. REITERACIÓN DE LA 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 esta 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 auditable 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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 6-37
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

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 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 y segundo 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.

Espera esta oficina de control interno que estas observaciones sea implementadas en el nuevo documento expedido por la oficina de Planeación para la vigencia 2026, ya que en esa vigencia se realizará la evaluación del programa por parte de la secretaria de la Transparencia de la Presidencia de la República.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 7-37
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

2. EVALUACIÓN DEL COMPONENTE PROGRAMÁTICO

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	EVALUACION DE CONTROL INTERNO
				SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025
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.	Esta actividad se cumplió en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025. Sin embargo, este cumplimiento fue evaluado de manera parcial.
	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.Fortalecimiento en Divulgación o publicación.	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.

		4.2	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 Excel de monitoreo del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 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 monitoreo se dejan sugerencias sobre la pertinencia de los riesgos, los controles y el indicador, validándose las evidencias del plan de acción. Se deja claridad sobre la ruta de cargue y los entregables. Con esto se entiende cumplido el monitoreo y se cierra la actividad para la vigencia 2025.
	6. Seguimiento.	6.1	Elaborar informe de seguimiento a la gestión de riesgos del subsistema de administración del riesgo SICOF y realizar su publicación en la página web institucional.	Se evidencia informe de seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2025, en la cual se consigna el seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas para la mitigación de los riesgos identificados en el mapa de riesgo SICOF. Radicado 3428 de 30 de septiembre de 2025. De igual manera se evidencia la publicación en página web del informe en el link: https://isabu.gov.co/transparencia/seguimiento-estrategias-del-plan-anticorupcion-y-atencion-al-ciudadano/ . Con esto se entiende cumplido el informe de seguimiento y se cierra la actividad para la vigencia 2025.
	7. Administración y control.	7.1	Realizar reporte semestral de la Gestión del Riesgo SICOF al Comité Integral de Gestión del Riesgo.	Se evidencia acta del Comité integral del Riesgo, en sesión extraordinaria realizada el 6 de agosto de 2025, misma que fue reportada para el segundo cuatrimestre. De igual manera se evidencia certificación firmada por la oficial de cumplimiento SICOF en la cual se manifiesta que en el periodo comprendido entre septiembre y cuatro (4) de diciembre no fue requerida la realización de reunión referente al sistema integral de Gestión del Riesgo, tanto para comité Integral del Gestión del riesgo como de Junta Directiva. Con esto se entiende cumplida la actividad y se cierra para la vigencia 2025.
		7.2	Realizar reporte de la Gestión del Riesgo SICOF ante la junta directiva.	Se evidencia acta d junta directiva de la ESE ISABU llevada a cabo el 15 de agosto de 2025 en la cual se puede leer en desarrollo del orden de día el punto #4 correspondiente a la actualización y aprobación de "Política del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo "SARLAFT" y en el punto #7 la Presentación del reporte semestral de la Gestión del sistema Integral de Gestión del Instituto de Salud de Bucaramanga. Con esto se entiende cumplida la actividad cerrándose para la vigencia 2025.
		7.3	Realizar auditoría interna por parte del revisor fiscal al Subsistema de Administración del Riesgo SICOF.	Se evidencia documento denominado "Informe de auditoría del Subsistema SICOF" en la cual se concluye que La ESE ISABU mantiene un subsistema SICOF implementado y operativo, con avances significativos en la actualización documental, gestión de riesgos, controles operativos y capacitación. Este informe servirá como base para el seguimiento y evaluación continua del subsistema durante la vigencia 2026, con el fin de garantizar el cumplimiento pleno de la normatividad vigente y la transparencia institucional
		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.	Se evidencia certificación del Revisor Fiscal EDINSON ROJAS ZABALA en la cual informa que el 16 de octubre de 2025 se presentó en la junta directiva los siguientes temas: Informe Revisoría Fiscal Auditoria Sistema SARLAFT. • Pronunciamiento y/o Observaciones de la Junta Directiva sobre la auditoria al sistema SARLAFT. • Informe Revisoría Fiscal Auditoria Subsistema SICOF. • Pronunciamiento y/o Observaciones de la Junta Directiva sobre la auditoria al sistema SICOF. Sin embargo, a la fecha no se ha entregado firmada el acta No. 8 de 16/10/2025

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.</p> <p>En el informe se consigna que la ESE ISABU cuenta con un canal de denuncias interno, adoptado como una ruta comunicativa clave dentro del Instituto de Salud de Bucaramanga, ya que facilita la recepción y el manejo de denuncias o alertas emitidas por empleados de la empresa o por terceros vinculados a ella. Estas denuncias generalmente se refieren a conductas potencialmente irregulares o ilícitas presenciadas o conocidas por los denunciantes, y que incumplen las normativas internas o externas de la empresa.</p> <p>Concluye el informe que se realizó divulgación de manera permanente en el año 2025 del correo de denuncias, con el objetivo que todos los grupos de valor e interés de la institución tengan conocimiento de este. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.</p>
		8.2	Difundir trimestralmente a través de página web (Banner) y redes sociales el link de PQRS.	<p>Se evidencia documento denominado "Informe trimestral de difusión en página web y redes sociales del link de PQRS" correspondiente al tercer cuatrimestre de 2025 en el cual se especifica que se socializó con los usuarios que las PQRS pueden ser instauradas por los siguientes medios: de manera virtual, por correo electrónico, telefónicamente o presencial mediante los buzones instalados en cada una de las redes de centros de salud o a través de la página web. Se evidencia captura de pantalla en la cual se instala en el banner de la página web institucional la información referente. Concluye el informe que: Podemos concluir el link de pqrs está funcionando para la comunidad y se evidencia en las pqrs gestionadas en el periodo ya que el 35% son instauradas de manera virtual, sin embargo, reconociendo la caracterización de nuestra población es importante resaltar que los medios presenciales son más cómodos para ellos en especial para los adultos mayores. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.</p>
	9.Registro y documentación.	9.1	Verificar que el link de PQRS de la página institucional se encuentre en óptimas condiciones.	<p>Se evidencia documento denominado "Informe de funcionamiento del link de PQRS de la página institucional" correspondiente al tercer cuatrimestre de 2025. En el documento se puede leer que se realizó socialización con los usuarios sobre la posibilidad de instaurar PQRS 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. Concluye el informe que: Podemos concluir el link de pqrs está funcionando para la comunidad y se evidencia en las pqrs gestionadas en el periodo ya que el 35% son instauradas de manera virtual, sin embargo, reconociendo la caracterización de nuestra población es importante resaltar que los medios presenciales son más cómodos para ellos en especial para los adultos mayores. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.</p>
		9.2	Verificar que el canal de denuncias cumpla con lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.	<p>Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo trimestre de la vigencia 2025. Por lo tanto, esta actividad se entiende cerrada.</p>
		9.3	Garantizar al usuario la atención de las PQRS, según los tiempos establecidos por la Ley.	<p>Se evidencia un documento denominado "Informe de gestión oficina de SIAU" correspondiente al tercer trimestre de la vigencia 2025". En el documento se menciona 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 PQRS 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. El informe concluye que: "las actividades de la oficina de atención al usuario (SIAU) y el 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". Con esto se entiende cerrada la actividad y cerrada para la vigencia 2025.</p>

RIESGO SARLAFT/FP	10. Política y Manual de Administración de Riesgos SARLAFT.	10.1	Realizar revisión de la política de administración de riesgos SARLAFT para ver si es necesario su actualización.	La actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo trimestre de la vigencia 2025, por lo tanto, se entiende cerrada.
		10.2	Establecer políticas o actos administrativos sobre montos máximos de efectivo.	La actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo trimestre de la vigencia 2025, por lo tanto, se entiende cerrada.
		10.3	formular políticas o acto administrativo para la identificación de operaciones inusuales y/o sospechosas	Se evidencia 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. Se evidencia su publicación en la INTRANET institucional. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.
		10.4	Realizar o actualizar el manual de procedimientos del subsistema de administración del riesgo SARLAFT.	Esta actividad se cumplió en el tercer trimestre de 2025 de manera satisfactoria y se entiende cumplida para la vigencia 2025.
		10.5	Presentar ante la Junta Directiva para aprobación el Manual de procedimientos del subsistema de administración del riesgo SARLAFT	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 lo miembros de junta.
	11. Construcción del Mapa de Riesgos SARLAFT.	11.1	Realizar análisis del contexto Estratégico (contexto interno y externo) de los Riesgos SARLAFT	Esta actividad se cumplió en el tercer trimestre de 2025 de manera satisfactoria y se entiende cumplida para la vigencia 2025.
		11.2	Identificar, crear y consolidar la matriz de riesgos SARLAFT	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
	12. Consulta y divulgación.	12.1	Publicar en la página web la matriz de riesgos SARLAFT.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025.
		12.2	Socializar y Divulgar la política de Administración de Riesgos SARLAFT en el micrositio de Transparencia de la Página Institucional.	Se evidencia publicación de la política integral riesgo SARLAFT GEF-PO-002 en la página web institucional en el micrositio POLITICAS- lineamientos y manuales. De igual manera se evidencia la socialización de la política de administración del riesgo SARLAFT en los grupos primarios de las áreas administrativas y asistenciales de la ESE ISABU. Con esto se entiende cumplida y cerrada la actividad para la vigencia 2025.
		12.3	socialización y divulgación del procedimiento para la Administración del Riesgo SARLAFT.	Se evidencian informes de avance de la puesta en marcha del sistema de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT correspondiente a los meses d agosto a noviembre de 2025, el cual fue publicado en la INTRANET institucional, en la página web institucional y la divulgación de una socialización general realizada el 4 de diciembre de 2025. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.
		12.4	Fortalecer la Cultura en prevención del lavado de activos y financiación del Terrorismo dentro del ISABU.	Se evidencian informes de avance de la puesta en marcha del sistema de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT correspondiente a los meses d agosto a noviembre de 2025, el cual se enumeran actividades desplegadas para el fortalecimiento de la cultura en prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo. De igual manera se toman las medidas pertinentes para cumplir con los hallazgos realizados por la oficina de control interno en los informes correspondientes al primer y segundo cuatrimestres. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

CODIGO: CIN-F-006

VERSION: 4


FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

PAGINA: 11-37

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno


	13. Administración y control.	13.1	Realizar reporte semestral de la Gestión del Riego SARLAFT al Comité Integral de Gestión del Riesgo.	Se evidencia certificación correspondiente al avance 3 cuatrimestre Plan de Transparencia y ética pública SARLAFT en el cual se menciona que respecto a los puntos 13.1. y 13.2, en el periodo comprendido de septiembre a 4 de diciembre de 2025 no fue requerida la realización de reunión, tanto del Comité Integral del Riesgo, como de Junta Directiva, toda vez que los documentos fueron revisados, socializados y analizados mediante acta No. 03 del comité de riesgo del 8 de agosto de 2025 y aprobados en Junta Directiva mediante acta No. 06 de 15 de agosto de 2025.
		13.2	Realizar reporte de la Gestión del Riego SARLAFT ante la junta directiva.	Se evidencia certificación correspondiente al avance 3 cuatrimestre Plan de Transparencia y ética pública SARLAFT en el cual se menciona que respecto a los puntos 13.1. y 13.2, en el periodo comprendido de septiembre a 4 de diciembre de 2025 no fue requerida la realización de reunión, tanto del Comité Integral del Riesgo, como de Junta Directiva, toda vez que los documentos fueron revisados, socializados y analizados mediante acta No. 03 del comité de riesgo del 8 de agosto de 2025 y aprobados en Junta Directiva mediante acta No. 06 de 15 de agosto de 2025.
		13.3	Realizar auditoría interna por parte del revisor fiscal al Subsistema de Administración del Riesgo SARLAFT (Corrupción, Opacidad y Fraude).	Se evidencia informe de auditoría del sistema SARLAFT realizada por el revisor fiscal de la ESE ISABU, en la cual se concluye que La ESE ISABU mantiene un sistema SARLAFT implementado y operativo, con avances significativos en la actualización documental, gestión de riesgos, controles operativos y capacitación. Este informe servirá como base para el seguimiento y evaluación continua del sistema durante la vigencia 2026, con el fin de garantizar el cumplimiento pleno de la normatividad vigente y la transparencia institucional. Con esto se entiende cumplida y cerrada la actividad para la vigencia 2025.
		13.4	Informar los resultados de la Auditoría Interna, la efectividad y el cumplimiento de las etapas y elementos del SARLAFT al Representante Legal y a la Junta Directiva.	Se evidencia certificación expedida por el revisor fiscal de la ESE ISABU en la cual elación que el 16 de octubre de 2025 se presentó en la junta directa los siguientes informes: • Informe Revisoría Fiscal Auditoría Sistema SARLAFT. • Pronunciamiento y/o Observaciones de la Junta Directiva sobre la auditoría al sistema SARLAFT. • Informe Revisoría Fiscal Auditoría Subsistema SICO. • Pronunciamiento y/o Observaciones de la Junta Directiva sobre la auditoría al sistema SICO. Puntualiza la certificación que no se ha firmado el acta No. 8 del 16 de octubre de 2025.
DEBIDA DILIGENCIA	14. Gestión de la debida diligencia.	14.1	Definir los requisitos mínimos para la vinculación de contrapartes en temas de LAFT, dentro del ISABU.	Esta actividad se cumplió satisfactoriamente en el segundo cuatrimestre de 2025.
		14.2	Definir procesos y/o procedimientos para consultar de forma permanente las listas vinculantes para Colombia de los miembros de la organización (clientes, usuarios, PEP, socios, trabajadores, empleados y proveedores).	Esta actividad se cumplió satisfactoriamente en el segundo cuatrimestre de 2025.
		14.3	Definir el o los procedimientos que contemplen la necesidad de identificar situaciones que puedan generar riesgo de LAFT/FPADM en las operaciones, negocios que realizan, así como la incursión en nuevos mercados bienes o servicios.	Esta actividad se cumplió satisfactoriamente en el segundo cuatrimestre de 2025.
		14.4	Definir el o los procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en clientes y usuarios Personas Expuestas Políticamente - PEPs, asociados, trabajadores, empleados y proveedores.	Esta actividad se cumplió satisfactoriamente en el segundo cuatrimestre de 2025.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 12-37
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

		14.5	Determinar las listas restrictivas a ser consultadas dentro del proceso de vinculación de contrapartes.	Se evidencian listados de búsqueda de personal de planta, personas que pertenecen a la Junta Directiva, contratistas personas naturales y jurídicas en la plataforma para la búsqueda en la lista de sanciones de la OFAC Office of Foreign Assets Control, sin que se haya evidenciado novedades que reportar. Con esto se entiende ejecutado el control y cerrado para la vigencia 2025.
		14.6	Realizar los planes y/o programas de capacitación sobre el subsistema de administración de riesgos SARLAFT.	Se evidencian actas de capacitación y socialización de SARLAFT en diferentes sedes administrativas y asistenciales de la ESE ISABU y una capacitación virtual general para el personal de la ESE ISABU sobre SARLAFT. Se evidencia el PRE-TEST y el cronograma de actividades. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.

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

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN- SICOF VIGENCIA 2025 - VERSIÓN 2					
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ESE ISABU					
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO SICOF	
PROCESO / OBJETIVO	REFERENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN		VALORACIÓN DEL RIESGO	
				DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO OBJETIVO: Proveer a la Entidad de empleados públicos competentes y satisfechos, que tengan un adecuado desempeño de sus funciones en el marco de las políticas de administración y desarrollo del talento humano, encaminado a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.	R1-SICOF	Posibilidad de afectación económica por pérdida de recursos financieros de la institución o de los trabajadores por causa de apropiación indebida de recursos en la nómina por falta de ética del profesional de nómina incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.	Fraude interno	La Profesional de Talento Humano una vez cerrado el periodo en el módulo de nómina del sistema de información realizara una revisión aleatoria del 5% de la nómina utilizando instrumento formato de pago como evidencia, alternando los empleados de forma mensual.	SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO – TERCER SEGUIMIENTO SEPT-OCT Y NOVIEMBRE 2025
				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.	

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 13-37
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

					<p>mensual periodo del mes de septiembre al mes de noviembre de la vigencia 2025, no se encontró alteraciones en ninguno de los funcionarios de la muestra revisada. Con esto se entiende correctamente ejecutado el control y cerrada la actividad para la vigencia 2025.</p>
<p>GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS</p> <p>OBJETIVO: Garantizar la atención de la morbilidad prevalente e incidente de la población que asiste al ISABU, con intervenciones integrales de acuerdo a la oferta de servicios que promuevan desenlaces clínicos satisfactorios involucrando para ello a su grupo familiar, o red de apoyo, bajo la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos.</p>	R2-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica, penal y procesos disciplinarios y/o sancionatorios debido a la falta de supervisión y verificación periódica de medicamentos e insumos que se encuentran en los carros del servicio de urgencias (trauma y observación) por uso inapropiado de la investidura para apropiarse de los mismos</p>		<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 a septiembre, octubre y noviembre de 2025. 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. Después de un análisis de los indicadores, el informe concluye que se observa el comportamiento de los faltantes de insumos y medicamentos en los servicios de Trauma y Observación entre septiembre y noviembre de 2025. En septiembre, Trauma presenta un 5% de faltantes, siendo el valor más alto del trimestre, mientras que Observación se mantiene en un nivel mínimo del 1%, indicando buen control de inventarios. En octubre ambos servicios reducen sus faltantes, con 4.5% en Trauma y 1.2% en Observación, evidenciando una tendencia positiva de mejora. Para noviembre se observa la cifra más baja en Trauma (0.8%), lo que refleja una gestión eficiente en la reposición de insumos; sin embargo, Observación aumenta a 4.4%, mostrando un retroceso frente a los meses anteriores. En conjunto, la tendencia general muestra disminución progresiva en Trauma, mientras que Observación mantiene niveles bajos en septiembre y octubre, pero con un aumento significativo en noviembre que podría requerir revisión de procesos o ajustes logísticos con el servicio farmacéutico Con esto se entiende ejecutado el control correctamente y cerrada la actividad para la vigencia 2025.</p>
			Fraude interno	<p>El jefe del servicio de urgencias (trauma y observación) realizará auditoria semanalmente al carro de paro, implementando el formato apertura de carro de paro y/o emergencia para limpieza y verificación de medicamentos e</p>	<p>Se evidencia documento denominado informe de avances del Programa de Transparencia y Ética Pública” correspondiente a septiembre, octubre y noviembre de 2025, en el cual se consigna la</p>

				<p>insumos código: SDP-F-076 Versión 1.</p>	<p>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 limpieza y desinfección del carro se realiza regularmente todos los miércoles y después de cada emergencia vital. La supervisión incluye validación de fechas de vencimiento, condiciones de almacenamiento y reposición inmediata de insumos. El análisis de las listas de verificación de los últimos cuatro meses evidencia un cumplimiento sostenido, aunque se identifican riesgos potenciales como reposición tardía o inadecuada de medicamentos. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente y cerrado para la vigencia 2025.</p>
				<p>El Líder del servicio de urgencias (trauma y observación) recolectara, revisara y tomara 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.</p>	<p>Se evidencia documento denominado informe de avances del Programa de Transparencia y Ética Pública" correspondiente a septiembre, octubre y noviembre de 2025, en el cual se evidencia la aplicación del formato FAR-F-026, en la realización de una auditoría mensual por parte del líder del servicio referente a la revisión de medicamentos y dispositivos médicos del carro de paros. Se evidencian formatos FAR- F- 026 debidamente diligenciados correspondientes a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.</p>
<p>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.</p>	R3-SICOF	<p>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</p>	Fraude interno	<p>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.</p>	<p>Se evidencia documento denominado Auditoría quincenal a los carros de paro de los servicios de internación 3 y 4 piso del HLN, correspondiente a septiembre, octubre y noviembre de 2025 en el cual se mide el indicador de cumplimiento para el carro de paro en los servicios de internación del tercer y cuarto piso en el 3er cuatrimestre se encuentra variable entre un 0.8% a un 4% siendo el mayor motivo de faltantes por insumos que se han extraviado y nunca había sido repuestos por anteriores líderes, además de medicamentos que por fecha de vencimiento se ha desechado, pero no se han repuesto porque al momento se encuentran agotados en la institución. Encontrando así la necesidad de realizar la solicitud de los insumos faltantes a las áreas pertinentes para la reposición de dichos elementos importante en el</p>

				carro de paro de los servicios de medicina interna, ginecología y pediatría. 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 evaluados. Con esto se entiende ejecutado el control y cerrada la actividad para la vigencia 2025.
			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 septiembre, octubre y noviembre de 2025. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente y cerrada la actividad para la vigencia 2025.
			El Líder de enfermería del servicio de internación realizara una auditoria quincenal a los carros de paro mediante lista de cheque carro de paro.	Se evidencia informe denominado "Auditoria quincenal a los carros de paro de los servicios de internación 3 y 4 piso del HLN" correspondiente a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025 en el cual se mide el indicador de cumplimiento para el carro de paro en los servicios de internación del tercer y cuarto piso en el 3er trimestre se encuentra variable entre un 0.8% a un 4% siendo el mayor motivo de faltantes por insumos que se han extraviado y nunca había sido repuestos por anteriores líderes, además de medicamentos que por fecha de vencimiento se ha desechado, pero no se han repuesto porque al momento se encuentran agotados en la institución. Se evidencian documentos denominados "Formato de Revisión medicamentos y dispositivos médicos carro de paro" código FAR-F-026, debidamente diligenciados correspondiente a los meses evaluados. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente y cerrada la actividad para la vigencia 2025.

<p>GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS</p> <p>OBJETIVO: Brindar atención quirúrgica que cumpla con oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad, seguridad, cumpliendo la normatividad vigente a los usuarios que requieren procedimientos de emergencia, urgencia, carácter electivo, hospitalario o ambulatorio de acuerdo a la oferta de servicios en su área de influencia, involucrando para ello a su grupo familiar y/o acudientes o red de apoyo, bajo la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.</p>	R4-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica, investigación fiscal, sanciones y procesos disciplinarios por hurto o pérdida de accesorios de equipos biomédicos como ecógrafo, Doppler, monitor fetal y equipo de órganos, derivado a la falta de pertenencia con los recursos de la institución, Intereses económicos y/o personales asociados a la falta de controles y seguimiento en el servicio de sala de partos incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	Fraude interno	<p>La jefe y la auxiliar del servicio de sala de partos aplicara lista de chequeo de equipos biomédicos semanal con el objetivo de revisar que se encuentren completos los accesorios de los siguientes equipos biomédicos como ecógrafo, Doppler, monitor fetal y equipo de órganos, si se llega a evidenciar desviaciones estas serán notificadas a la dirección de las unidades hospitalarias. Entregable: lista de chequeo de equipos biomédicos semanal</p>	<p>Se evidencia copia de las listas de chequeo de equipos biomédicos correspondientes a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025 en el cual se verifica por semana los equipos biomédicos disponibles en el servicio de sala de partos, carro de paro SDP-F-118 sin que se presentaran faltantes ni daños en los equipos reportados. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente y cerrada la actividad para la vigencia 2025.</p>
<p>GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS</p> <p>OBJETIVO: Brindar atención quirúrgica que cumpla con oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad, seguridad, cumpliendo la normatividad vigente a los usuarios que requieren procedimientos de emergencia, urgencia, carácter electivo, hospitalario o ambulatorio de acuerdo a la oferta de servicios en su área de influencia, involucrando para ello a su grupo familiar y/o acudientes o red de apoyo, bajo la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.</p>	R5-SICOF	<p>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.</p>	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>Se evidencia formato diligenciado correspondiente a "verificación diaria de medicamentos e insumos carro de paro" con código SDP-F-118 correspondiente a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025 el cual es aplicado por el jefe del servicio de cirugía en cada entrega de turno. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente y cerrada la actividad para la vigencia 2025.</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 denominado "Formato control de cierre de carro de paro" correspondiente a septiembre, octubre y noviembre de 2025, 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>El Lider del servicio de cirugía realizara una auditoria mensual a los carros de paro mediante lista de chequeo carro de paro Código: SDP-F-118 versión 01.</p>	<p>Se evidencia formatos diligenciados denominados "Formato de revisión medicamentos y dispositivos médicos carro de paro" correspondientes a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025, en el cual se realiza una auditoria 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 Durante el tercer cuatrimestre del año 2025 se realizaron acciones</p>

					<p>encaminadas a la implementación, desarrollo y verificación de los siguientes controles:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recolectar el diligenciamiento de lista de chequeo de verificación diaria de medicamentos e insumos de carro de paro código: SDP – F – 118 Versión 01. - Recolectar formato de revisión de medicamentos y dispositivos médicos para carro de paro FAR- F - 026. - Revisión del diligenciamiento de formato de apertura de carro de paro y/o emergencia para limpieza y verificación de medicamentos e insumos SDP-F – 105 <p>Se realiza recolección de las evidencias en su totalidad de 130 artículos descritos en el carro de paro, evidenciando controles positivos para minimizar el riesgo de materializar la 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 el carro de paro del servicio de cirugía. Durante el transcurso del año se evidencio una constante positiva en los controles realizados en el servicio.</p>
<p>PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLINICO</p> <p>OBJETIVO: 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.</p>	R6-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica por hurto o pérdida de insumos, suministros, equipos biomédicos por Falta de pertenencia con los recursos de la institución, Intereses económicos y/o personales, falta de mecanismos para controlar el uso de insumos o dispositivos de alto costo incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	Fraude interno	<p>El coordinador del laboratorio clínico y su equipo de trabajo realiza cruce mensual de información de insumos de bodega registrado en software PANACEA vs formato de inicio y terminación de insumos y reactivos del laboratorio clínico, generando informe con periodicidad trimestral sobre las existencias en bodega, si encuentran alguna desviación se analizará al interior del grupo de trabajando, elaborando un plan de acción.</p> <p>Entregable: Informe con periodicidad trimestral</p>	<p>Se evidencia documento denominado: "Informe del tercer cuatrimestre de supervisión de insumos de laboratorio clínico-contratos 2025" en el cual la líder de apoyo diagnostico laboratorio clínico concluye Para el tercer cuatrimestre el indicador de inconsistencias fue de cero, ya que no se presentó ninguna inconsistencia durante el proceso.</p> <p>En las auditorías realizadas a la bodega del Laboratorio Clínico por el área de almacén y control interno no se han encontrado inconsistencias en los insumos almacenados, en ninguna de las dos bodegas.</p>
<p>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA</p> <p>OBJETIVO: Brindar asesoría jurídica en los asuntos sometidos a consideración y en las actuaciones institucionales, realizando seguimiento a la representación judicial en las acciones en que sea parte la E.S.E ISABU y adelantando los procesos de contratación de contratistas y de bienes y servicios de conformidad a la normatividad vigente.</p>	R7-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica por incumplimiento al manual de contratación y de las normas que regulan la actividad contractual de la entidad, causado por el personal adscrito al grupo de apoyo de la gestión contractual, encargado de llevar adelante el proceso contractual, que solicite dinero o reciba cualquier beneficio, a cambio de realizar la adjudicación del contrato, por falta de ética y</p>	Ejecución y administración de procesos	<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.</p> <p>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</p>

		compromiso con la entidad, incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.		<p>en la entidad. Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente y se cierra la actividad para la vigencia 2025.</p> <p>El Comité de Compras y contratación, se reunirá de forma mensual, con el fin de verificar la contratación que se requiere adelantar en el mes actual o el siguiente, evidenciándose mediante acta mensual de comité de compras y contratación, si la misma se encuentre ajustada a la necesidad del servicio y el cumplimiento de los requisitos contemplados en el manual de contratación de la E.S.E. ISABU, con el fin de proceder a adelantar el proceso de contratación</p> <p>Entregable: Acta de comité de compras y contratación.</p>	Se evidencia actas de comité de contratación correspondientes a los meses de septiembre y octubre de 2025 en las cuales se consigna las necesidades expuestas por cada uno de los líderes de área y se pone a consideración la pertinencia o no de la contratación expuesta. Se deja constancia que el acta del mes de noviembre se encuentra en revisión para aprobar en el comité del mes de diciembre de 2025. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.
<p>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA</p> <p>OBJETIVO: Brindar asesoría jurídica en los asuntos sometidos a consideración y en las actuaciones institucionales, realizando seguimiento a la representación judicial en las acciones en que sea parte la E.S.E ISABU y adelantando los procesos de contratación de contratistas y de bienes y servicios de conformidad a la normatividad vigente.</p>	R8-SICOF	Posible afectación presupuestal causada por condenas económicas a la entidad, atendiendo la indebida aplicación de la normatividad vigente, que regula los procesos y procedimientos judiciales o el desconocimiento de la misma, por parte del personal que ejerce la Defensa Judicial de la entidad al momento de representar los intereses de la E.S.E. ISABU, generando posibles indemnizaciones a la contraparte, con el fin de obtener dadas o beneficios económicos propios, obrando de mala fe y ocasionando un daño financiero a la entidad.	Fraude interno	<p>El jefe de la Oficina Asesora Jurídica solicitará al profesional encargado de la Defensa Judicial de la entidad, la presentación de informe cuatrimestral sobre los procesos judiciales que se adelanten, con el fin de llevar un control sobre las actuaciones y el estado de los procesos.</p> <p>Entregable: Informe cuatrimestral sobre los procesos judiciales</p>	Se evidencia certificación por medio de la cual la jefe de la oficina asesora jurídica manifiesta que el control se encuentra programado hasta culminar el último cuatrimestre de la vigencia 2025.
<p>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</p> <p>OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	R9-SICOF	Posibilidad 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>Daños a activos fijos</p> <p>eventos externos</p>	<p>El almacenista general con apoyo del profesional del área de inventario de activos fijos, Realizará auditoria de acuerdo con el cronograma de auditorías programadas de los activos asignados al personal de planta con el objetivo de comparar los que se encuentran en físico vs archivo en Excel por sedes y servicios de la entidad, se evidenciará mediante acta, si se encuentran desviaciones se realizara informe y se reporta a subgerencia administrativa.</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 tercer cuatrimestre de 2025 se tienen programadas las auditorias al: centro de Salud Santander, La Joya, Mutis, Pablo VI, Kennedy, Villa Rosa. 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 los centros de Salud Santander, La Joya, Mutis, Pablo VI, Kennedy, Villa Rosa. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.


				<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 modificado 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 los meses de octubre y noviembre de 2025 se tienen programada la siguiente toma de inventarios: Centro de salud La Joya, Campo Hermoso, Mutis, Bucaramanga, Toledo Plata, Cristal Alto, Libertad, Morrorico, Rosario, Concordia, Pablo VI, UIMIST administrativo, UIMIST hospitalización y partos y UIMIST consulta externa.</p> <p>Se evidencia de igual algunas actas de toma física de inventarios, que a pesar de no cumplirse al 100% lo programado en el cronograma previamente establecido, las actividades se reprogramarán para el mes de diciembre de 2025. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.</p>
<p>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	R10-SICOF	<p>Posibilidad de detrimento patrimonial, investigaciones, sanciones disciplinarias y penales, por entes de control por apropiación indebida por parte del talento humano que administra las bodegas del área de almacén general de productos de consumo y papelería, por falta de auditorías físicas en las bodegas administradas por el almacén general, incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	Y Fraude interno	<p>El almacenista general o personal de apoyo realizará auditoría trimestral a la bodega del área de Almacén general de productos de consumo y papelería, comparando el inventario reportado en el sistema de información de la institución versus el inventario físico, evidenciándolo mediante un informe. Si se encuentran desviaciones estas serán notificadas a la subgerencia administrativa.</p>	<p>Según el cronograma previamente establecido a las bodegas de consumo, se debía realizar una auditoría en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025. 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 septiembre, octubre y noviembre de 2025, con el fin de verificar el inventario que se almacena de manera física contrastándolo con lo que se encuentra en el sistema de información PANACEA.</p>
<p>GESTION DE LAS TICS OBJETIVO: Garantizar de un funcionamiento seguro, eficaz y eficiente de la Gestión de Tecnologías de la Información (TIC) en la ESE ISABU, a través de los Sistemas de Información, la Infraestructura Tecnológica y la Seguridad de la información, siendo fundamental para respaldar sus operaciones y alcanzar sus metas y objetivos estratégicos.</p>	R11-SICOF	<p>Posibilidad de afectación legal y económica por violación, modificación o eliminación de datos de forma no autorizada por Falta de segregación de perfiles en la base de datos Sistema de Información PANACEA en beneficio propio o de un tercero.</p>	Y Usuarios, productos, prácticas	<p>El líder del grupo de sistemas de información de forma anual o cuando se requiera implementa derechos de acceso privilegiado mediante la asignación de roles y perfiles en la base de datos PANACEA garantizando la trazabilidad de las actividades en los (registros) de auditoría.</p>	<p>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 septiembre a 30 de noviembre 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. Durante el periodo de tiempo evaluado no se necesitó la creación o cancelación de usuarios con derechos de acceso privilegiado.</p>

				<p>El grupo de sistemas de información ejecuta de forma permanente las modificaciones en base de datos del sistema de información PANACEA, según solicitud enviada vía correo electrónico corporativo por los líderes y directores de proceso, evidenciando pendiente informe de forma cuatrimestral.</p>	<p>Se evidencia documento denominado "Informe actividades de mejora en el software PANACEA segundo 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. El informe concluye que las actualizaciones y mejoras implementadas en el sistema de información han logrado un avance significativo en su rendimiento, seguridad y usabilidad, consolidando su alineación con los objetivos estratégicos de la organización.</p> <p>La introducción de nuevas funcionalidades, junto con la resolución proactiva de fallos críticos, no solo ha incrementado la eficiencia operativa, sino que también ha elevado la satisfacción de los usuarios finales. Este proceso, ejecutado bajo estándares técnicos, ha fortalecido la escalabilidad del sistema y garantizado su sostenibilidad en el futuro. Se recomienda continuar con un monitoreo constante del desempeño del sistema y mantener ciclos periódicos de revisión para garantizar su adaptación continua a las necesidades del entorno organizacional.</p>
<p>GESTIÓN FINANCIERA - TESORERÍA OBJETIVO: Programar, registrar y administrar los recursos financieros de la Entidad, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información que permita garantizar la utilidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera para la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución.</p>	R12-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial generando investigaciones y sanciones disciplinarias y penales por organismos de control por deficiencia en los controles para el manejo del dinero depositado en bancos realizado por el tesorero General por malos manejos con el dinero depositado en las cuentas bancarias tales como retiros no autorizados o autopréstamos, incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	Fraude interno	<p>El Tesorero genera informe de saldos de Bancos tres días a la semana, el cual es entregado al Gerente por correo electrónico para comprobación de ingresos y pagos realizados el día anterior desde la Tesorería. Entregable: informe con saldos de Bancos entregado al Gerente</p>	<p>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 octubre y noviembre de 2025. Con esto se entiende cumplida la actividad y cerrada para la vigencia 2025.</p>
				<p>El Contador realiza mensualmente conciliación de Bancos (Extractos bancarios vs. saldo en Auxiliar de Bancos) para verificar que los movimientos correspondan a los ingresos y giros del mes; en el evento de detectar operaciones irregulares deberá registrarlo en el documento de conciliación bancaria y comunicarlo a la Subgerencia Administrativa, como evidencia se toma el documento de la Conciliación Bancaria. Entregable: conciliación de bancos firmado por el contador.</p>	<p>Se evidencia documentos denominado "informe de conciliación" correspondientes a los meses de octubre y noviembre de 2025, en el cual se concluye que para el mes de septiembre se identificaron tres partidas conciliatorias correspondientes al mes de agosto en las cuentas bancarias del banco de Bogotá 184605384 y Bancolombia 79500008158 las cuales no fueron subsanadas por el área de tesorería durante el mes de septiembre. Para el mes de septiembre se reporta una partida conciliatoria de la cuenta de Bancolombia 79500008158 correspondiente al pago de un QR el cual no fue</p>

					<p>registrado en el área de tesorería. Y una partida del banco Bogotá cuenta corriente 18418208-7. Se recomienda que las partidas conciliatorias que se identifican e informan al área de tesorería queden subsanadas en el mismo mes que se reporta la conciliación.</p> <p>Para el mes de octubre se identificó que se reporta dos partidas conciliatorias de la cuenta de Bancolombia 79500008158 correspondiente al pago de dos QR que no fueron registrados en el área de tesorería.</p> <p>Con esto se entiende ejecutado el control y cerrado para la vigencia 2025.</p>
GESTIÓN DOCUMENTAL OBJETIVO: Orientar y asesorar a las Oficinas de la ESE ISABU en la organización y conservación de los archivos de Gestión en sus diferentes soportes, así como organizar, disponer y conservar los documentos que hacen parte del Archivo Central e Histórico de forma que se garantice el acceso y la integridad de los mismos de acuerdo a los lineamientos aplicables de la Ley General de Archivo y normatividad vigente. Finalmente, garantizar que las comunicaciones oficiales recibidas y despachadas por la ESE - ISABU, sean radicadas y lleguen oportunamente a su destino.	R13-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica, disciplinaria, Fiscal y Penal por desconocimiento de la Norma, código de ética y falta de adherencia por parte del personal que custodia el Archivo Central e Histórico, con la intención de recibir dinero o dadas por intervenir las unidades documentales, Falsificación o destrucción de un Documento a su favor o de terceros.</p>	<p>Daños a activos fijos/ eventos externos</p>	<p>La profesional en Gestión documental realizará auditorías trimestralmente validando el 0.5 % equivalente a 90 Historias Clínicas de 18.000 inventariadas, la validación se realizará mediante el Formato Único de Inventario Documental (ARC-F-004) FUID herramienta en la cual se refleja la información detallada por Historia Clínica, dejando como soporte Informe de Auditoría evidenciando que se cumplen con lo registrado en dicho formato FUID. En caso de encontrar una desviación se informará a la Subgerencia Administrativa con el propósito de tomar acciones respectivas según corresponda.</p>	<p>Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de 2025. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.</p>
GESTIÓN DE CONTROL INTERNO OBJETIVO: Evaluar en forma independiente el Sistema de Control Interno de acuerdo con las normas vigentes, políticas, procedimientos, programas, planes, proyectos, asesorando a la gerencia y al equipo directivo, en el mejoramiento continuo del sistema, recomendando los ajustes necesarios producto de las evaluaciones, auditorías y seguimientos, así como realizar una valoración de riesgos, incentivando la cultura del autocontrol para que la entidad en todos sus niveles tome las decisiones en cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos institucionales.	R14-SICOF	<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>	<p>Fraude interno</p>	<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 septiembre, octubre, noviembre y diciembre 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>
GESTIÓN CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO OBJETIVO: Investigar y/o Sancionar las conductas disciplinables de los servidores y exservidores públicos de la entidad, a través del procedimiento establecido en la Ley, con el fin de preservar el	R15-SICOF	<p>Posible afectación reputacional por conflicto de intereses generados entre los funcionarios encargados de adelantar procesos disciplinarios, omitiendo su deber de investigar y/o sancionar, al personal de la entidad que</p>	<p>Fraude interno</p>	<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</p>	<p>Se evidencia certificación de 5 de diciembre de 2025 en el cual la profesional especializada de la oficina asesora jurídica manifiesta que el control se encuentra programado hasta culminar el segundo semestre de la vigencia 2025. En la certificación se destaca que actualmente la Gerencia se</p>

<p>cumplimiento de los principios que rigen la función pública y su correcto ejercicio.</p>	<p>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>		<p>número de quejas presentadas por mes, sobre esto se hará un informe semestral para determinar la cantidad quejas radicadas y tramitadas por el grupo.</p>	<p>encuentra adelantando modificaciones para determinar la competencia funcional del profesional que permite dar cumplimiento a la implementación del ejercicio de la Función disciplinaria, conforme lo descrito en la normatividad vigente y aplicable al interior de la entidad.</p>
<p>PROCESO GESTION APOYO TERAPÉUTICO OBJETIVO: Gestionar la selección, adquisición, recepción, almacenamiento y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos para dar cumplimiento a la orden prescrita a los usuarios de la institución de manera oportuna, eficiente, segura y continua, enmarcado en la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.</p>	<p>Posibilidad de afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos con alto valor comercial en el servicio farmacéutico hospitalario derivados de Falta de principios y valores institucionales de los funcionarios del servicio farmacéutico.</p>	<p>Fraude interno</p>	<p>El Grupo de Control Disciplinario interno se reunirá de forma mensual con el fin de realizar un seguimiento a las quejas o informes en contra de los servidores o exservidores públicos de la E.S.E ISABU, emitiendo el coordinador del grupo una certificación de las reuniones adelantadas, junto con la lista de asistencia.</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 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>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 certificación de 5 de diciembre de 2025 en el cual la profesional especializada de la oficina asesora jurídica manifiesta que el control se encuentra programado hasta culminar el segundo semestre de la vigencia 2025. En la certificación se destaca que actualmente la Gerencia se encuentra adelantando modificaciones para determinar la competencia funcional del profesional que permite dar cumplimiento a la implementación del ejercicio de la Función disciplinaria, conforme lo descrito en la normatividad vigente y aplicable al interior de la entidad.</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 septiembre, octubre y noviembre de 2025, verificando que las existencias coincidan. Estas auditorias se aplicaron en el HLN y la UIMIST. Con eso se entiende cerrado el control para la vigencia 2025.</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 septiembre, octubre y noviembre de 2025. De igual manera se evidencia un informe que En todas las verificaciones realizadas, se encontró que los saldos físicos coincidían plenamente con los registros del sistema PANACEA, dejando constancia de cada revisión en el formato de control de inventarios FAR-F-006. Se proporcionó retroalimentación al personal del servicio sobre la importancia de mantener los controles de inventario y asegurar el reporte oportuno de cualquier novedad al regente de farmacia líder del servicio. El control resulta efectivo sobre los inventarios de</p>

					medicamentos y dispositivos médicos de alto valor comercial se ha logrado gracias a la obligatoriedad de la entrega de turno y la verificación rigurosa de las existencias físicas contra el registro en el sistema. Con eso se entiende cerrado el control para la vigencia 2025.
<p>PROCESO GESTION APOYO TERAPÉUTICO</p> <p>OBJETIVO: Gestionar la selección, adquisición, recepción, almacenamiento y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos para dar cumplimiento a la orden prescrita a los usuarios de la institución de manera oportuna, eficiente, segura y continua, enmarcado en la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.</p>	R17-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica, sanciones penales y disciplinarias por hurto o pérdida de medicamentos de control especial y monopolio del estado en el servicio farmacéutico hospitalario derivados de Falta de principios y valores institucionales de los funcionarios del servicio farmacéutico</p>	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 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>El personal del servicio farmacéutico hospitalario en cada cambio de turno verifica que las existencias registradas en el software PANACEA vs existencias físicas coincidan y se diligencia el formato control de inventarios FAR-F-006, este será reportado mediante correo electrónico a la coordinación del servicio farmacéutico.</p>	<p>Se evidencia formato denominado "control 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 a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025, verificando que las existencias coincidan. Estas auditorías se aplicaron en el HLN y la UIMIST. Con esto se entiende cerrado el control para la vigencia 2025.</p> <p>Se evidencia formato denominado "control de inventarios" correspondiente a medicamentos controlados en el cual se verifica las existencias registradas en el software PANACEA vs existencias físicas coincidan. En los formatos diligenciados no se presentaron diferencias que reportar. Con esto se entiende ejecutado el control y cerrado para la vigencia 2025.</p>
<p>PROCESO ATENCION AMBULATORIOS</p> <p>OBJETIVO: Identificar y satisfacer las necesidades en salud del usuario y su familia con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, educación sobre el estado de salud, bajo la política de humanización, enfoque diferencial y gestionando los riesgos asociados al proceso.</p>	R18-SICOF	<p>Posibilidad de afectación económica, investigación fiscal, sanciones y procesos disciplinarios por hurto o pérdida de accesorios de equipos biomédicos como colposcopio, ecógrafos, Doppler, electrocardiógrafo, equipo de órganos, derivado a la falta de pertenencia con los recursos de la institución, Intereses económicos y/o personales asociados a la inexistencia de controles y seguimiento en los servicios ambulatorios, incumpliendo con los valores del código de integridad de la Institución.</p>	Fraude interno	<p>La jefe y la auxiliar del servicio ambulatorio aplicara lista de chequeo de equipos biomédicos semanal con el objetivo de revisar que se encuentren completos los accesorios de los siguientes equipos biomédicos como colposcopio, ecógrafos, Doppler, electrocardiógrafo, equipo de órganos, pesa bebe, si se llega a evidenciar desviaciones estas serán notificadas a la dirección de las unidades hospitalarias.</p>	<p>Se evidencia lista de chequeo de ronda de tecnovigilancia en la cual se evalúan algunos aspectos médicos del servicio, correspondientes a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025. En los formatos se realizan anotaciones referentes a la funcionalidad de los equipos biomédicos recomendando las acciones a adelantar. Con esto se entiende cerrado el control para la vigencia 2025.</p>

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 24-37
			REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

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

MAPA DE RIESGOS SARLAFT VERSIÓN 2 - VIGENCIA 2025							
IDENTIFICACION DEL RIESGO			VALORACION - MAPA DE RIESGOS SARLAFT 2025 - VERSIÓN 2	ADMINISTRACION DEL RIESGO			SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO
PROCESO / OBJETIVO	REFERENCIA	RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO				
			DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	INDICADOR	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	TERCER SEGUIMIENTO (SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025)
GESTIÓN FINANCIERA, SUBPROCESO TESORERÍA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	R22-SARLAFT	Posibilidad de afectación económica y sanciones fiscales por no reportar oportunamente ala UIAF los informes de las transacciones recibidas de personas naturales en efectivo que supere el tope establecido de 3 salarios mínimos vigentes.	consolidar mensualmente utilizando la herramienta tecnológica software panacea por parte del Tesorero la información de los recaudos en efectivo a través de los recibos de caja realizados por las personas naturales individuales para identificar que no supere el tope máximo de tres salarios mínimos legales vigentes, entregando mensualmente como evidencia el certificado expedido por la UIAF	(número de reportes presentados /Numero de reportes mensuales obligados)	realizar Reporte mensual a la UIAF	Tesorero	Se evidencian reportes generados en la plataforma de la Unidad de Información y Análisis Financiero- UIAF de Colombia en la cual se realiza "Reporte procedimientos (CE009)", "Reporte de Proveedores (CE009)" y "Reporte de Operaciones sospechosas" realizados el 8/10/2025, 4/11/2025 y 4/12/2025. Con esto se entiende ejecutado el control, al verificar la tesorería que los recaudos en efectivo no superan el tope máximo establecido. Se cierra el control para la vigencia 2025.

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	EVALUACION DE CONTROL INTERNO
				SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025
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.

REDES EXTERNAS	2.Monitoreo.	2.1	Realizar monitoreo de comités normativos.	Se evidencia acta de 11 de noviembre 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 del III trimestre 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 el listado de asistencia e invitación a comité radicado 3939 de 7/11/2025. Con esto se entiende cerrado el control en la vigencia 2025.
	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 correspondiente al cierre y evaluación del plan de acción MECI de 2025, radicado 4545 de 17/12/2025 en el cual se concluye que las acciones de mejora programadas en el plan de acción MECI a ejecutar en la vigencia 2025 corresponde a diecisiete (17) actividades; del seguimiento realizado con corte diciembre de 2025 se observó cumplimiento del 100% de las actividades programadas en cada uno de los componentes, es decir, con esto se puede decretar el cumplimiento total del Plan de Acción MECI y cerrar su ejecución en la vigencia 2025 con un porcentaje del 100%. Lo anterior evidencia que el plan de acción MECI, creado como una hoja de ruta que detalla las actividades, recursos, metas y responsables para implementar y mejorar el sistema de control interno en la ESE ISABU, permitió fortalecer cada uno de los componentes del sistema y alinear su actuar con el de MIPG, de allí que actividades fueran transversales a los dos planes de acción.
	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.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre 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
				SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025
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 tercer cuatrimestre de 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. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
		1.2	Realizar análisis del estado actual del servicio al ciudadano que presta la entidad y generar las oportunidades de mejora como proceso de mejoramiento continuo.	Se evidencia informe del estado del servicio al ciudadano correspondiente al tercer cuatrimestre de la vigencia 2025 en el cual se diagnostica el servicio al ciudadano que se presta a través de la oficina del SIAU a los usuarios de la ESE ISABU, se comparte las PQRS recibidas y las respectivas respuestas ofrecidas y se describen una a una las actividades ejecutadas con respecto a las estrategias de participación social y comunitaria alianza de usuarios y las estrategias del programa SIAU. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 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 frente al a gestión oportuna de PQRS y satisfacción del usuario. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
		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 noviembre un cumplimiento de las metas establecidas. De igual manera se evidencia documento titulado "Informe de tiempos de atención oficina SIAU" correspondiente al tercer trimestre de 2025 en el cual se concluye que los usuarios pueden acceder a los servicios de manera presencial o virtual dependiendo de sus necesidades, en la oficina del SIAU ubicada en el HLN se da la orientación al igual que en los centros de salud por parte del personal de facturación. El 100% de las pqr's recibidas cumple con el tiempo de gestión para su respuesta de acuerdo a la normatividad vigente Indicador número de usuarios atendidos en oficina trimestre 625 Numero de pqr's gestionadas en el trimestre: 312 Tiempo de atención en oficina SIAU 540 Horas trimestrales Horario de atención presencial en oficina del HLN lunes a viernes de 7: am a 5 pm Horario de atención telefónica línea SIAU 24 horas al día. Los indicadores de cumplimiento alcanzados: Gestión oportuna de pqr's: 100% Satisfacción del usuario: 95.65% Actividades de capacitación: 100% Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.

		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 septiembre al 30 de noviembre de 2025 en el cual gestión TICS realiza un seguimiento a las publicaciones que se realizan durante parte del tercer trimestre de 2025. En el informe se concluye que desde la oficina gestión de las TIC se realizaron 52 cargues de información solicitadas por los diferentes procesos. Se ha seguido socializando el formato SIS-F-034 y el procedimiento SIS-P-019 por medio de correo electrónico al momento de la solicitud si esta no trae el formato se les diligencia y envía. Se realizó la actualización de versión Divi de 4.17.4 a 4.27.4 y PHP de 7.4.37 a 8.2.29 permitiendo mayor y seguridad a la página web 4. La oficina gestión de la TIC se ha apoyado en la oficina de planeación aplicando la ley 1712 de 2014 o de transparencia y del derecho y acceso a la información Pública Nacional para actualizar la página de la institución. También se evidencia formato de lista de publicación en página web de los meses evaluados firmados. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
		1.6	Socializar y medir adherencia a los funcionarios de la entidad sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información pública	Se evidencia informe de socialización sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información pública correspondiente al tercer cuatrimestre de 2025 en el cual se concluye que se ha realizado la socialización y adherencia de los funcionarios frente al tema de ley de transparencia y acceso a la información pública, el área de talento humano nuevamente envió la comunicación para que los funcionarios que faltan realicen el curso de transparencia. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
	2. Transparencia Activa: Fortalecimiento de los canales de atención.	2.1	Socializar trimestralmente y mantener actualizados los canales de atención y participación ciudadana a los colaboradores y ciudadanía a través de los diferentes canales de comunicación (carteleras institucionales, página web y anuncios publicitarios a través de redes sociales).	Se evidencia documento denominado "Informe carteleras" correspondiente al tercer cuatrimestre de la vigencia 2025 en el cual el objetivo general es hacer seguimiento a la publicación de los diferentes boletines institucionales por canales diferentes a la página web institucional. En el informe se concluye que los centros de Salud realizan la publicación oportuna de la información tipo boletín que les es difundido, a la información permanente de los usuarios de todas las actividades de la ESE. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
		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.	Se evidencia informe de percepción del cliente o usuario, con respecto a los trámites y procedimientos de cara al ciudadano correspondiente a parte del tercer cuatrimestre de 2025 en el que se consigna la percepción del cliente o usuario, con respecto a los trámites y procedimientos de cara al ciudadano. En el informe se concluye que mediante la medición de satisfacción al usuario de los trámites solicitud de Historia Clínica, Radiología e imágenes diagnósticas, Laboratorios, Atención inicial de urgencias, Atención de terapias, Dispensación de medicamentos, Solicitud de certificados de defunción su impacto en el total de pqr's y la satisfacción no representan un impacto negativo. Se recomienda continuar con el servicio como se ha realizado dando cumplimiento a los procesos establecidos. En cuanto a solicitud de citas se recomienda continuar con el mejoramiento de los canales virtuales de asignación. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 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.

**INFORME DE SEGUIMIENTO Y
EVALUACION**

CODIGO: CIN-F-006

VERSION: 4

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

PAGINA: 28-37

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control
Interno

		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 orientador en temas de humanización con el cual se fortalece el proceso de formación y capacitación en temas de servicio al ciudadano. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
		3.3	Incluir dentro de los planes de bienestar e incentivos de los colaboradores de la ESE ISABU, estímulos para destacar su desempeño respecto a la atención que prestan a los ciudadanos.	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.	Se evidencia procedimiento de experiencia del usuario actualizado en el cual el objetivo principal es dar a conocer la experiencia del servicio identificando y gestionando la respuesta efectiva a las peticiones, sugerencias, quejas, reclamos y felicitaciones realizados por los usuarios de la ESE ISABU. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
		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 noviembre un cumplimiento de las metas establecidas. En el mes de noviembre se evidencia un cumplimiento del 95,72% que supera la meta establecida la cual es de 90%. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.

	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 carteleras" correspondiente al tercer cuatrimestre de 2025 en el cual se hace seguimiento a la publicación de los diferentes boletines institucionales por canales diferentes a la página web institucional. En el informe se concluye que los centros de Salud realizan la publicación oportuna de la información tipo boletín que les es difundido, aportando a la información permanente de los usuarios de todas las actividades de la ESE. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
	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 tercer 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. Se evidencia de igual manera archivo en Excel correspondiente al "Seguimiento plan de participación ciudadana PPSS 2025 3 trimestre". Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
	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 publicaciones avisos privacidad y tratamiento de datos" correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025, en los cuales se establece el uso y aplicación correcta de los avisos de privacidad de la información a través de los diferentes canales de comunicación de la ESE. El informe concluye que la ESE en el periodo ha publicado e informado en sus diferentes medios de comunicación con las audiencias, las políticas de tratamiento de datos y privacidad de la información, garantizando con esto un uso adecuado de la información de acuerdo con la normatividad. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 2025.
	4.6	Evidenciar el cumplimiento de los avisos de privacidad de la información en los diferentes instrumentos de recolección de datos personales que la entidad dispone para la atención al ciudadano, de conformidad con la política de tratamiento de datos personales.	Se evidencia documento denominado "Informe de seguimiento de avisos de privacidad" correspondiente hasta diciembre 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 la página web institucional y las carteleras de los centros de salud de la ESE ISABU. En el informe se concluye que el seguimiento de los avisos de privacidad permite garantizar la transparencia en el tratamiento de los datos personales. Los titulares de la información deben tener acceso a la forma en que se recogen, usan, almacenan y eliminan sus datos, lo que fomenta la confianza en las entidades que manejan dicha información. La coordinación con las jefaturas de los centros de salud y el uso de medios digitales (correo electrónico y WhatsApp) facilitaron la trazabilidad y eficiencia en la comunicación institucional. La publicación de la política de tratamiento de datos en la página web institucional asegura accesibilidad y visibilidad para los titulares de la información, promoviendo confianza y transparencia. La revisión de formatos del área de planeación permitió garantizar la coherencia con los lineamientos normativos, asegurando que los procesos internos estén alineados con la regulación vigente. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 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.	Se evidencia informe de revisión y actualización de la Política de tratamiento y protección de datos personales ESE ISABU, se realizó la revisión técnica y normativa de la Política de tratamiento y protección de datos personales publicada en el sitio web institucional y documental los ajustes realizados conforme a los lineamientos del área de planeación con el fin de garantizar su vigencia y aplicabilidad y alineación con la legislación colombiana. En el informe se concluye que la política fue revisada y ajustada conforme a los lineamientos institucionales y normativos vigentes. Se fortalecieron aspectos clave como la transparencia, trazabilidad y responsabilidad en el tratamiento de datos personales. La articulación con el área de Planeación permitió validar los ajustes y garantizar su alineación estratégica. Con esto se entiende cerrada la actividad para la vigencia 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 de sensibilización en seguridad digital" correspondiente al mes de noviembre de 2025 en el cual el objetivo general es fortalecer la seguridad de la información institucional mediante la adopción de buenas prácticas en la protección de redes y datos, el uso estratégico de medios digitales en el marco de la transformación digital y la política de Gobierno Digital, y la gestión proactiva de riesgos tecnológicos, contribuyendo al cumplimiento normativo y a la mejora continua del SGSI. En el informe se puede concluir que el curso de sensibilización en seguridad digital logró fortalecer el conocimiento del personal sobre la protección de datos, gestión de riesgos y normatividad vigente, contribuyendo al cumplimiento del SGSI. La participación fue positiva: 62 colaboradores completaron el curso y obtuvieron certificación, lo que evidencia interés en la temática. Los resultados de la encuesta reflejan un alto nivel de satisfacción (63% excelente y 12% bueno), así como una percepción de utilidad del 100% para el desempeño laboral. El uso de la plataforma Moodle demostró ser una herramienta efectiva para la capacitación, aunque se identificó la necesidad de incrementar la cultura digital para mejorar la participación general. El post-test evidenció un buen nivel de aprendizaje, con un 92% de aprobación, lo que confirma la efectividad del contenido y las actividades propuestas. Con esto se entiende cumplida la actividad para la vigencia 2025.
		4.10	Campañas de divulgación y sensibilización de la política de gobierno digital dirigidas al personal de la ESE ISABU, contratistas, servidores y otros actores de interés.	Se evidencia documento denominado "Informe de socialización de derechos de autor en entornos digitales, instructivo y formato para publicación en la página web institucional" correspondiente al 1 de septiembre a 10 de noviembre de 2025. El objetivo general del informe es fortalecer la cultura digital por medio de sensibilizaciones (capacitaciones) dirigidas a los funcionarios y contratistas del instituto de salud de Bucaramanga. En el informe se concluye que la divulgación fue implementada en el campo virtual por medio de la plataforma moodle curso de seguridad, presencial en el grupo primario de Urgencia a 30 colaboradores y digital por medio de correo electrónico. La capacitación permitió que los colaboradores comprendan la importancia de respetar los derechos de autor y las consecuencias que incurre la ESE ISABU si los colaboradores los infringen. Se logró una mejor comprensión y apropiación de la página Web institucional en la entidad. Ha mejorado el procedimiento para la publicación en la página web, cada vez más líderes adjuntan el formato diligenciado para realizar la solicitud de publicación. Con estas capacitaciones se busca seguir avanzando en las estrategias de Gobierno Digital. Se acompaña del informe el listado de asistencia y presentación. Con eso se entiende cerrado el control para la vigencia 2025.

	5.Transparencia Activa: Relacionamiento con el ciudadano.	5.1	Aplicar encuestas de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios de la ESE ISABU.	<p>Se evidencia ficha técnica de indicadores en la cual se mide la proporción de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitud de información y felicitaciones resultas en un tiempo igual o menor a 3 días, en el indicador se denota el cumplimiento al 100% hasta el mes de noviembre de 2025.</p> <p>Se adjuntó informe de medición de ejecución del procedimiento de atención al usuario de la ESE ISABU, correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025 en el cual se realiza un reporte de la ejecución del procedimiento de atención al usuario de la ESE ISABU. Se puntualiza en el informe el siguiente cumplimiento del indicador: Gestión oportuna de pqrs: 100% Satisfacción del usuario: 95.65% Actividades de capacitación: 100% Se concluye que las actividades de la oficina de atención al usuario (SIAU) y el 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.</p>
		5.2	Aplicar encuestas de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a Solicitud de Citas, Historia Clínica y Radiología e imágenes diagnosticas.	<p>Se evidencia informe de la encuesta de satisfacción a los usuarios de los trámites racionalizados solicitud de citas, historia clínica y radiología e imágenes diagnosticas. En el informe se concluye que mediante la medición de satisfacción al usuario de los tramites racionalizados Historia Clínica y Radiología e imágenes diagnósticas su impacto en el total de pqrs y la satisfacción no es mayor. Se recomienda continuar con el servicio como se ha realizado dando cumplimiento a los procesos establecidos. En cuanto a solicitud de citas se recomienda continuar con el mejoramiento de los canales virtuales de asignación. Con esto se entiende ejecutado el control en la vigencia 2025.</p>
	6.Transparencia Pasiva: Relacionamiento con el ciudadano.	6.1	Garantizar a la ciudadanía la respuesta a las solicitudes de información pública, según los tiempos establecidos por la Ley.	<p>Se adjuntó informe de medición de ejecución del procedimiento de atención al usuario de la ESE ISABU, correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025 en el cual se realiza un reporte de la ejecución del procedimiento de atención al usuario de la ESE ISABU. Se puntualiza en el informe el siguiente cumplimiento del indicador: Gestión oportuna de pqrs: 100% Satisfacción del usuario: 95.65% Actividades de capacitación: 100% Se concluye que las actividades de la oficina de atención al usuario (SIAU) y el 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.</p>
	7.Transparencia Pasiva: Criterio diferencial de accesibilidad.	7.1	Publicar información en página web y redes sociales con accesibilidad de la información a población con discapacidad y a los distintos grupos culturales de la región.	<p>Se evidencia informe de publicación página web con accesibilidad de la información a población con discapacidad y a los distintos grupos culturales de la región correspondiente al periodo desde el 1 de septiembre de al 30 de noviembre de 2025 en el cual se tiene como objetivo relacionar la información publicada en la página web institucional dirigida a población con discapacidad y a los distintos grupos culturales de la región en la ESE ISABU, abarcando el periodo del 1 de septiembre de 2025 al 30 de noviembre de 2025. En el informe se concluye que durante los meses de septiembre, octubre y noviembre no se requirió publicar información dirigida a población con discapacidad y a los distintos grupos culturales de la región en la ESE ISABU.</p>
	8.Transparencia Pasiva: Monitoreo del Acceso a la Información Pública.	8.1	Realizar medición y análisis a través de la encuesta de transparencia y acceso a la información pública de forma trimestral a la ciudadanía sobre la accesibilidad a la información publicada en la página Web.	<p>Se evidencia ficha técnica de Índice de Transparencia información página web en la cual se realiza la medición y análisis a través de la encuesta de transparencia y acceso a la información pública a la ciudadanía sobre la accesibilidad a la información publicada en la página web. En la medición se muestra que para lo transcurrido del tercer cuatrimestre de la vigencia 2025 el porcentaje alcanzado fue del 100%, superando la meta establecida de 85%.</p>

**INFORME DE SEGUIMIENTO Y
EVALUACION**

CODIGO: CIN-F-006

VERSION: 4

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

PAGINA: 32-37

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control
Interno

		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.	Se evidencia documento denominado "Informe de Gestión oficina SIAU tercer trimestre 2025, en el cual se relacionan los avances de las actividades de la oficina del SIAU, en el informe se relacionan los diferentes canales o medios de recepción de PQRS y atención al usuario, principales causas de PQRS y las actividades de mejora implementadas. 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 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. De igual manera se evidencia informe de ejecución del procedimiento de atención al usuario de la ESE ISABU, acumulado a octubre y noviembre en el cual se relaciona en el cual se evidencia un cumplimiento de 100%, superando la meta establecida la cual es del 85%.
	9.Instrumentos de Gestión de la Información.	9.1	Realizar o actualizar el Programa de Emergencias y Atención a Desastres en archivos físicos.	Se evidencia plan de prevención de emergencias y atención de desastres en archivos en el cual se establece los parámetros y acciones de prevención, salvamento y recuperación que garanticen la protección y conservación de los documentos en soporte físico y/o análogo1 del Archivo Central, el Archivo Histórico y el Archivo Central de Historias Clínicas Físicas de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU ante emergencias ocasionadas por desastres y/o siniestros que puedan poner en peligro la integridad de los documentos y del personal de archivo. Acompaña el plan el informe de socialización del plan de prevención de emergencias y atención de desastres en archivos dirigido a funcionarios y contratistas que hacen parte del equipo de gestión documental.
		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.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
		9.3	Actualizar los instrumentos de Gestión de la Información y publicar en datos abiertos y página web.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
		9.4	Socializar el Programa de Emergencias y Atención a Desastres en archivos físicos.	Se evidencia plan de prevención de emergencias y atención de desastres en archivos en el cual se establece los parámetros y acciones de prevención, salvamento y recuperación que garanticen la protección y conservación de los documentos en soporte físico y/o análogo1 del Archivo Central, el Archivo Histórico y el Archivo Central de Historias Clínicas Físicas de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU ante emergencias ocasionadas por desastres y/o siniestros que puedan poner en peligro la integridad de los documentos y del personal de archivo. Acompaña el plan el informe de socialización del plan de prevención de emergencias y atención de desastres en archivos dirigido a funcionarios y contratistas que hacen parte del equipo de gestión documental.
		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.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
PARTICIPACIÓN CIUDADANA	Y 10.Información de calidad y en	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.

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

CODIGO: CIN-F-006

VERSION: 4

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

PAGINA: 33-37

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

RENDICIÓN DE CUENTAS	lenguaje comprensible.	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.
		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.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
	11. Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	11.1	Diseñar y socializar el plan de rendición de cuentas con sus respectivos cronogramas, metas y componentes.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
		11.2	Definir capacidad operativa y disponibilidad de recursos financieros para llevar a cabo la rendición de cuentas.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
		11.3	Desarrollar acciones para promover y realizar el dialogo con los diferentes grupos de valor.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
	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.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
		12.2	Convocar a todas las partes interesadas para contar con su participación en la Audiencia Pública de Rendición de cuentas.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
		12.3	Publicar la estrategia de Rendición de cuentas en página web institucional.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
	13. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional.	13.1	Realizar seguimiento a las actividades programada en la estrategia de rendición de cuentas.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
		13.2	Realizar evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional en el proceso de rendición de cuentas.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.

		13.3	Elaborar informe de resultados, logros y dificultades de las Rendición de cuentas realizada.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
		13.4	Diseñar planes de mejoramiento de Rendición de Cuentas.	Esta actividad se cumplió de manera satisfactoria en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025.
INTEGRIDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO	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 certificación de 5 de diciembre de 2025 en el cual la jefe de la oficina asesora jurídica informa que, en cuanto al cumplimiento al plan de implementación del código de integridad, esta actividad se encuentra programad a corte de 29/12/2025, por lo tanto, no se podría revisar su cumplimiento por encontrarse dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.
		15.2	Ejecución del plan de trabajo de implementación de conflicto de interés de la vigencia 2025.	Se evidencia documento denominado Matriz de seguimiento al plan de trabajo de la gestión preventiva del conflicto de intereses (seguimiento parcial) en el cual se relaciona las actividades, la descripción, los responsables y el seguimiento correspondiente a cada trimestre. Del análisis consignado en el archivo se evidencia que algunas actividades se encuentran pendientes para ser ejecutadas en el mes de diciembre de 2025, por lo tanto, no se puede evaluar su ejecución.

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 ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA	ITEM	ACTIVIDAD	EVALUACION DE CONTROL INTERNO
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.	SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025
				La actividad fue cumplida en el segundo cuatrimestre de la vigencia, sin embargo, se anexo nuevas evidencias en las cuales se ignoró las recomendaciones realizadas por esta oficina en el segundo seguimiento. Se reitera el comentario. Anotación de la oficina de control interno: 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.

APERTURA INFORMACIÓN DATOS ABIERTOS	DE Y	2. Datos Abiertos	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.	Se evidencia documento denominado "Proceso racionalización de trámites SUIT" Historias clínicas" correspondiente a noviembre 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 "Para continuar con el proceso de capacitación en el uso del link, y la ubicación de la solicitud en la plataforma, la Dirección Técnica de Unidades Hospitalarias solicitó al Coordinador de la Oficina Atención al Usuario-SIAU de la ESE ISABU la capacitación al personal y a los usuarios en el uso e implementación del código QR y el acceso a la plataforma para solicitar las Historias clínicas. En el informe se concluye 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 institucional, la cual cuenta con los requisitos exigidos según el tipo de solicitante, es amigable con el usuario, practica 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.
			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.	Se evidencia documento denominado "verificación de estado de enlaces de datos abiertos" con corte a noviembre 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.
			2.2	Publicar conjuntos de datos abiertos sobre información estratégica en el marco de la misionalidad de la entidad	Se evidencia documento denominado "Publicación conjunto de datos abiertos" con corte a noviembre de 2025, en el cual se pone a disposición Pública la Información sin restricciones, permitiendo reutilización, impulsando el control social. 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. En el informe se concluye que La oficina de planeación promoviendo la transparencia de la gestión, pública y actualiza de manera mensual los datos abiertos en la plataforma nacional de Datos Abiertos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se realiza el presente seguimiento y cierre al cumplimiento del Programa de Transparencia y ética pública de conformidad con las recomendaciones ofrecidas por el Departamento de la Función Pública referentes a la entrega de cargo de la oficina de control interno.
- Reiteramos la recomendación presentada en el primer y segundo informe y que fue recordada en este, el tercer informe debido a que no se ha evidencia ningún avance frente a las recomendaciones del análisis del anexo técnico expedido por la secretaria de la Transparencia de la Presidencia de la Republica.
- Se recomienda lectura integral tanto de los líderes como de la oficina de planeación de los informes del programa de Transparencia y Ética pública con el fin de recopilar todas y cada una de las anotaciones realizadas por esta oficina de control interno.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 36-37
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

4. 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 auditable priorizada en el Plan Anual de Auditorías y así se continúe por el siguiente periodo de cuatro (4) años del nuevo jefe de control interno. Si no es posible lo anterior, lo importante según lo dispuesto en la normatividad vigente, es que el Programa de Transparencia y Ética Pública deberá ser auditado al menos 2 veces durante el cuatrienio de su duración.
5. 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.
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 realizaron numerosas entregas extemporáneas, que no fueron ingresadas en el drive en la hora y fecha señala, incluso, algunas áreas como atención al usuario y recursos físicos, realizaron entregas en el desarrollo del presente seguimiento, situación que afecta notablemente el desarrollo de las actividades de esta oficina de control interno.
8. 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.
9. 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.

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno