

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente partir de:	a		
Página:	Página 1 de 64		



PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021

Oficina de Control Interno y Evaluación

Medellín

Noviembre de 2020

Versión 7



Alcaldía de Medellín

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 2 de 64		

Contenido

1 TEMAS INTRODUCTORIOS	4
2 POLÍTICAS RELACIONADAS	4
DT Código Ética De Auditor Interno V2 2019.....	4
3 INTRODUCCIÓN	5
4 DESARROLLO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE EVALUACIONES	6
4.1 Realizar Entendimiento del Direccionamiento Estratégico, la Gestión Institucional y del Programa Gestión De Riesgos	6
4.1.1 Direccionamiento Estratégico	7
<input type="checkbox"/> Lineamientos Éticos	7
<input type="checkbox"/> Misión, Visión, Objetivos estratégicos	9
<input type="checkbox"/> Plan Estratégico ajustado 2018- 2020	10
<input type="checkbox"/> Estructura Financiera y Presupuestal	14
<input type="checkbox"/> Grupos de valor y partes interesadas	23
<input type="checkbox"/> Gestión de Atención al ciudadano	23
4.1.2 Gestión Organizacional	24
<input type="checkbox"/> Estructura Organizacional	24
<input type="checkbox"/> Planta de Personal	26
<input type="checkbox"/> Manual de funciones	27
<input type="checkbox"/> Normograma	27
<input type="checkbox"/> Comités	28
<input type="checkbox"/> Infraestructura Física	28
<input type="checkbox"/> Modelo de Procesos	28
<input type="checkbox"/> Sistema de Gestión y control	29
4.1.3 Administración del Riesgo	39
4.2 Determinar El Universo De Evaluaciones.....	45

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 3 de 64		

4.3	Priorización de las Unidades Auditables	46
4.4	Identificación de la segunda línea de defensa	53
4.5	Identificación de Recursos.....	56
4.6	Formulación del Cronograma del Plan General De Evaluaciones Basado En Riesgos.	61
4.7	Comunicar El Plan General De Evaluaciones.....	61
5	SEGUIMIENTO AL PLAN INSTITUCIONAL DE EVALUACIÓN	62
6	APROBACION.....	62
7	DEFINICIONES.....	63
	BIBLIOGRAFÍA.....	64
	ANEXO 1 Mapa de Aseguramiento	64
	ANEXO 2 Determinación Plan De Auditoria Vs Recursos	64
	ANEXO 3 Cronograma Plan General de Evaluaciones.....	64

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 4 de 64		

1 TEMAS INTRODUCTORIOS

Misión, Visión Ventaja competitiva, Promesa de valor, Objetivos corporativos, Competencias corporativas.

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/institucional>

Principios y valores corporativos.

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/principios-y-valores>

Organigrama institucional. Ver enlace:

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/organigrama>

Mapa de procesos. Ver enlace:

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/estructura-de-procesos>

Deberes y Derechos de los usuarios.

<http://www.metrosalud.gov.co/usuarios/derechos-y-deberes>

2 POLÍTICAS RELACIONADAS

Política de Control Interno

<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim>

Política De Sistema Integrado De Gestión

<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true&enc=L3NnaS9zZWNjaW9uZXMvc2lnc3BhL21vZF9mb3JtdWxhY2lvbi9jcm9ub2dyYW1hcy9mb3JtX3NIZ3VpbWllbnRvYWNOaXZpZGFkLnBocD9hY3RpdmlkYWVpZD01MTUw>

Política de Gestión de Riesgos

<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true&enc=L3NnaS9zZWNjaW9uZXMvc2lnc3BhL21vZF9mb3JtdWxhY2lvbi9jcm9ub2dyYW1hcy9mb3JtX3NIZ3VpbWllbnRvYWNOaXZpZGFkLnBocD9hY3RpdmlkYWVpZD01MTUw>

DT Código Ética De Auditor Interno V2 2019

El Código de Ética del auditor interno en la ESE Metrosalud, está constituido por la declaración de los principios y reglas de conducta que gobiernan a los profesionales en

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 5 de 64		

el ejercicio de la auditoría interna y tiene como propósito promover una cultura ética en su labor.

3 INTRODUCCIÓN

El Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna (MIPP), emitido por el Instituto de Auditores Internos (IIA por sus siglas en inglés), señala en la Norma 2010: “El director ejecutivo de auditoría (Jefe Oficina Control Interno y Evaluación) debe establecer un plan basado en los riesgos, a fin de determinar prioridades de la actividad de Auditoría Interna. Dichos planes deberán ser consistentes con las metas de la organización”.

Es en este contexto que la Oficina de Control Interno y Evaluación de la ESE Metrosalud en procura de adherirse a los estándares internacionales de auditoría, formula el Plan General de Evaluaciones Basado en Riesgos, el cual se convierte en una herramienta técnica y administrativa que permite determinar el conjunto de auditorías a ejecutar durante una vigencia específica, además de contener pautas para orientar la planeación de un proceso de auditoría basado en riesgos.

El presente plan recoge e implementa en forma ordenada y coherente los criterios, parámetros y exigencias contenidos en las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna, a fin de llevar a cabo una adecuada planeación de las auditorías y así lograr los objetivos deseados.

El plan desarrolla las actividades definidas en el procedimiento Planeación General de las Evaluaciones iniciando con la Realización del Entendimiento del Direccionamiento Estratégico, la Gestión Institucional y del Programa Gestión De Riesgos hasta el despliegue de este.

El plan incluye además las evaluaciones realizadas por la segunda línea de defensa de acuerdo con el mapa de aseguramiento, entre ellas las del sistema Integrado de Gestión de Calidad, la auditoría a la calidad técnica de la historia clínica y adherencia a las guías y protocolos de atención, las de los Sistemas de Gestión Ambiental, Seguridad y salud en el trabajo, las de sistemas de información, Gestión Financiera y Administrativas, las realizadas por la Revisoría Fiscal, los informes de Ley, así como las demás actividades que son responsabilidad de la Oficina de Control Interno y Evaluación según los roles asignados por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG.

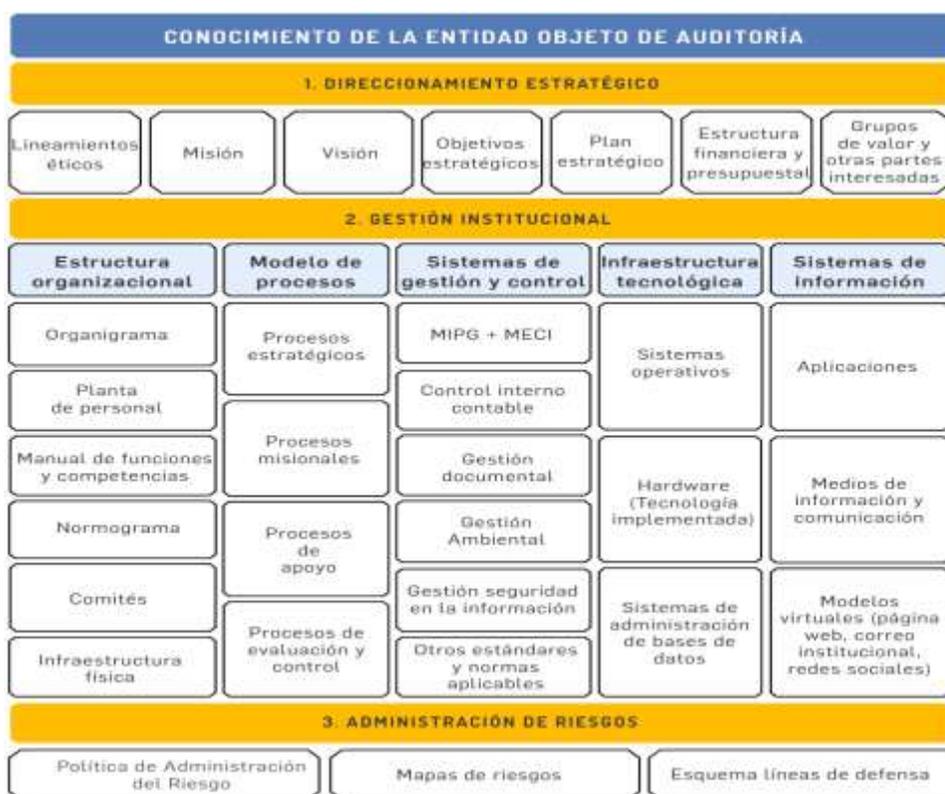
Hace parte integral de este plan el cronograma con las actividades programadas para la vigencia.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 6 de 64		

4 DESARROLLO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE EVALUACIONES

4.1 Realizar Entendimiento del Direccionamiento Estratégico, la Gestión Institucional y del Programa Gestión De Riesgos

Para la realización de esta etapa se toma la recomendación de la guía de auditoría basa en riesgos para las entidades públicas V4, del Departamento Administrativo de la Función Pública, que recomienda evaluar las características propias de la entidad en los aspectos referenciados en el siguiente gráfico



Fuente: FUNCIÓN PÚBLICA. Guía De Auditoría Basa En Riesgos Para Las Entidades Públicas V4

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 7 de 64		

4.1.1 Direccionamiento Estratégico

- **Lineamientos Éticos**

La entidad realizó un ejercicio participativo para la definición del Código de Integridad de acuerdo con los lineamientos del Departamento de la Función Pública, publicado el 15 de agosto de 2019 en Almera. No existe acto administrativo de constitución del grupo de trabajo.

El código adopta los valores de los servidores públicos, honestidad, respeto compromiso, diligencia y justicia; adicionando un valor más que es el de humanidad.

Durante el mes de marzo 2020 se realizó actividad de socialización y sensibilización del código de integridad en cada una de las sedes de la Entidad. Se deja evidencia en lista de asistencia de los participantes

No se encuentra evidencia de análisis al cumplimiento del código de integridad, plan de mejoramiento a las desviaciones.

Se encuentra plan de acción al informe de gestión ética.

Plan de acción de la política de integridad tiene formuladas acciones para la vigencia 2020, algunas se encuentran vencidas no está registrado el seguimiento a las acciones ni se han reprogramado las vencidas.

El informe de seguimiento a las actas de comités se limita a la gestión dentro del software Almera, no evidencia el análisis realizado frente a sus responsabilidades.

No se cuenta con documentación con la descripción de los mecanismos para el manejo de conflictos de interés definidos en la guía de la Función Pública.

Evaluación de la política de integridad del informe FURAG 2019

En la siguiente grafica se reporta el grado de avance en la implementación de la política de integridad según los resultados del FURAG 2019.

La ESE Metrosalud obtuvo un puntaje del 77.0 sobre 100, el cual la sitúa en un nivel aceptable, siendo la política con menor puntaje de ESE.

Comparando los resultados de la ESE en la gráfica se presenta el valor promedio obtenido por las entidades con las cuales se compara dentro del grupo par (Entidades con características similares determinadas por la Función Pública), el cual fue de 66.4, dentro del mismo grupo el valor más bajo obtenido fue del 20.1 y el más alto 95.6.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 8 de 64		

Adicional el informe de FURAG establece una serie de recomendaciones las cuales es conveniente acogerlas y convertirlas en un plan de mejora.

Calificación política de Integridad FURAG 2019



Fuente: Informe FURAG 2019

Recomendaciones del Informe del FURAG 2019 dadas por el DAFP

1. Apoyar por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias.
2. Implementar el eje de creación del valor público (de acuerdo con el nuevo plan de formación y capacitación) en sus programas de aprendizaje institucional.
3. Realizar un análisis de la apropiación del Código por parte de los servidores. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
4. Implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés que contemplen un cronograma de actividades.
5. Contar con mecanismos para facilitar al ciudadano el reporte de posibles conflictos de interés.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 9 de 64		

Entre agosto y septiembre de 2020 se evaluó la percepción de integridad en el personal de la institución de acuerdo con instrumento diseñado por la Función Pública la cual dio como resultado un nivel de apropiación del código de integridad y de los valores que lo componen en un nivel alto en la Institución.

Por niveles de cargo se identifica que los valores de compromiso en el nivel asistencial y el de diligencia en los niveles profesional, técnico, asistencial y trabajadores oficiales tienen una menor apropiación, pero se mantiene dentro de los límites altos.

El instrumento recomienda que se establezcan acciones para potencializar estos valores en los servidores públicos identificados.

Resultados consolidados de la percepción de integridad por nivel de cargo 2020

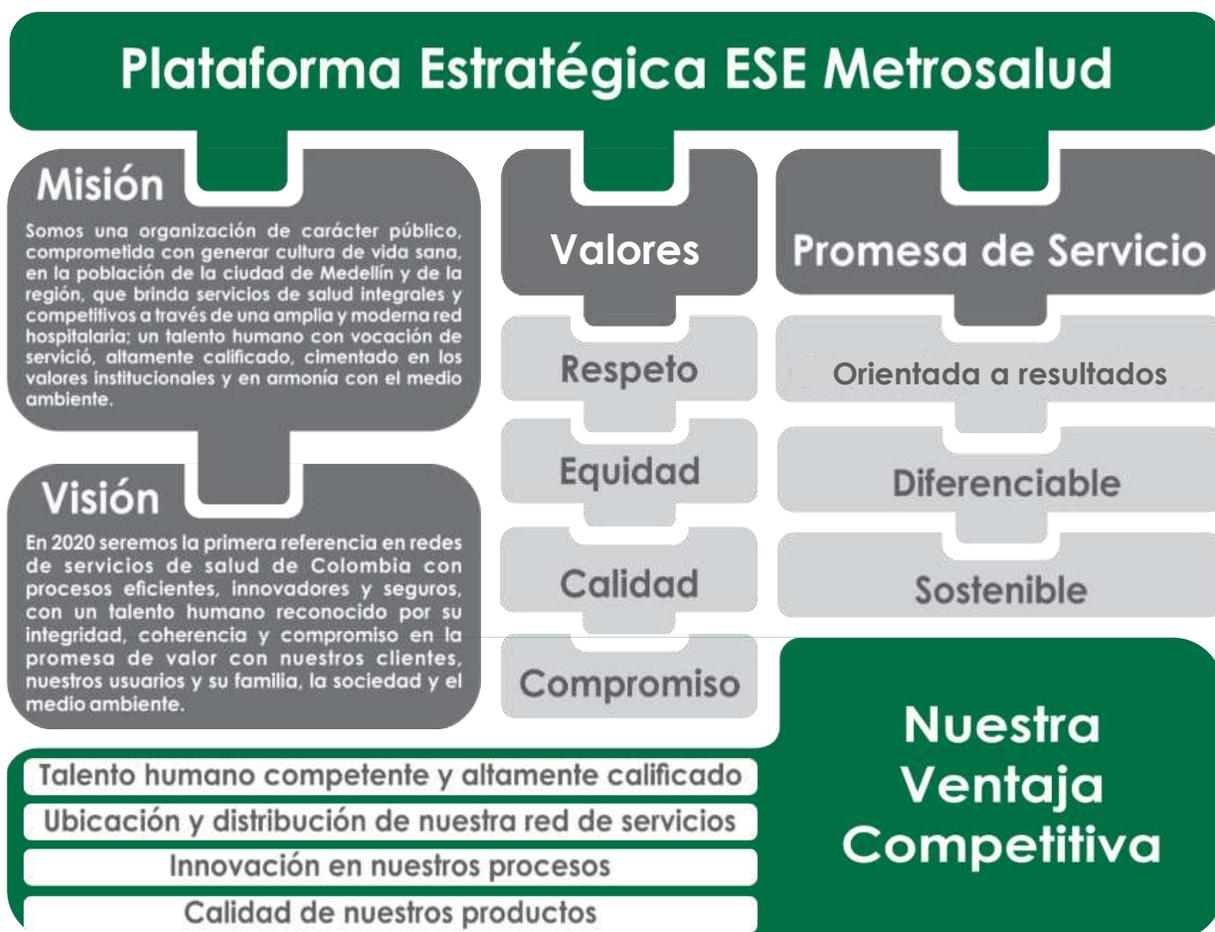
INDICADOR		INDICADORES DEL NIVEL ASISTENCIAL	INDICADORES DEL NIVEL DIRECTIVOS - ASESOR	INDICADORES DEL NIVEL PROFESIONAL	INDICADORES DEL NIVEL TECNICO	INDICADORES DEL NIVEL TRABAJADOR OFICIAL	INDICADORES GLOBAL
1	CODIGO DE INTEGRIDAD	89,9%	99,2%	92,3%	90,7%	87,9%	90,8%
2	HONESTIDAD	83,5%	91,7%	88,0%	85,4%	89,3%	85,2%
3	RESPECTO	87,8%	91,7%	90,3%	87,6%	87,9%	88,6%
4	COMPROMISO	78,7%	90,0%	83,9%	81,5%	89,3%	80,9%
5	DILIGENCIA	76,7%	82,5%	79,0%	75,1%	75,0%	77,3%
6	JUSTICIA	86,8%	97,5%	90,1%	87,3%	92,1%	88,1%
7	HUMANIDAD	87,9%	93,3%	90,0%	88,3%	90,7%	88,7%
TOTALES		84,5%	92,3%	87,7%	85,1%	87,4%	85,6%

- **Misión, Visión, Objetivos estratégicos**

Estos componentes de la plataforma estratégica se encuentran formulados desde el año 2012, actualmente se encuentran en proceso de actualización con la formulación del Plan de Desarrollo 2021-2024. De acuerdo con lineamientos de la Gerencia se propone la formulación para 8 años.

Plataforma Estratégica vigente, excepto por los valores que ya fueron cambiados.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 10 de 64		



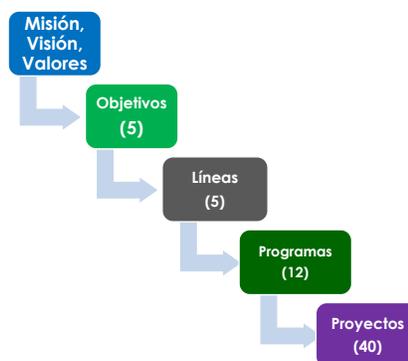
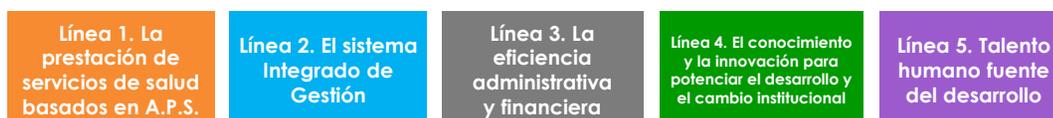
Fuente: Presentación del Plan de Desarrollo

- **Plan Estratégico ajustado 2018- 2020**

En la gráfica se observa la estructura del plan de desarrollo basado en programas y proyectos.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 11 de 64		

**Estructura Ajustada Plan de Desarrollo
período 2018 - 2020**



A continuación, se presentan los resultados de las metas del plan de acción con corte a al 4º Bimestre por línea.

	Cumplimiento de lo programado por Bimestre						Avance acumulado del Plan de Acción 2020
	B1	B2	B3	B4	B5	B6	
Línea 1: La prestación de servicios de salud basados en APS	91%	74%	90%	77%	0%	0%	57%
1.1 Programa: Gestión del cuidado de la salud	88%	69%	89%	77%	0%	0%	58,67%
1.1.1 PROYECTO: Promoción de la salud	94%	90%	90%	69%	0%	0%	58,19%
1.1.2 PROYECTO: Prevención de la enfermedad	88%	79%	96%	91%	0%	0%	73%
1.1.3 PROYECTO: Atención y recuperación de la salud	86%	37%	79%	53%	0%	0%	49%
1.1.4 PROYECTO: Fortalecimiento de acciones extramurales	77%	21%	86%	82%	0%	0%	42%
1.1.5 PROYECTO: Implementación de guías de práctica clínica	97%	95%	92%	86%	0%	0%	71%
1.2 Programa: Gestión de la red de servicios	87%	85%	91%	79%	0%	0%	49%
1.2.1 PROYECTO: Gestión de la RISS	78%	88%	91%	91%	0%	0%	73%
1.2.2 PROYECTO: Gestión de la red interna	90%	79%	91%	65%	0%	0%	75%
1.2.3 PROYECTO: Desarrollo del portafolio de servicios	# DIV/0!	# DIV/0!	# DIV/0!	n/a	0%	0%	0%
1.3 Programa: Gestión territorial para la salud	99%	50%	# DIV/0!	76%	0%	0%	65%
1.3.1 PROYECTO: Articulación sectorial e intersectorial	100%	# DIV/0!	n/a	100%	0%	0%	83%
1.3.2 PROYECTO: Gestión de la participación comunitaria	93%	50%	# DIV/0!	62%	0%	0%	46%

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 12 de 64		

Línea 2: El Sistema Integrado de Gestión	97%	92%	91%	91%	0%	0%	68%
2.1 Programa: Sistema de Gestión de la Calidad	98%	92%	90%	90%	0%	0%	66%
2.1.1 PROYECTO: Gestión de Riesgos	100%	93%	72%	85%	0%	0%	78%
2.1.2 PROYECTO: Gestión de la Seguridad Clínica	93%	87%	96%	92%	0%	0%	70%
2.1.3 PROYECTO: Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad - SOGC	67%	84%	72%	82%	0%	0%	28%
2.1.4 PROYECTO: Gestión por Procesos	100%	100%	100%	100%	0%	0%	91%
2.1.5 PROYECTO: Implementación Mejores Prácticas De Calidad MECI – MIPG – NORMAS (ISO 14001, ISO 27001, OSHAS 18001, ISO 26000, ISO 31000)	99%	90%	89%	98%	0%	0%	66%
2.2 Programa: Gestión de Gobierno Público	95%	92%	94%	94%	0%	0%	72%
2.2.1 PROYECTO: Transparencia y legalidad	97%	88%	95%	91%	0%	0%	69%
2.2.2 PROYECTO: Participación del usuario, la familia y la comunidad	92%	94%	93%	97%	0%	0%	75%

Línea 3: La Eficiencia Administrativa y Financiera	89%	74%	79%	69%	9659%	2531%	58%
3.1 Programa: Metrosalud Modelo de eficiencia y solidez	82%	72%	80%	66%	0%	0%	54%
3.1.1 PROYECTO: Gestión Financiera (Cartera, presupuesto, contabilidad)	59%	41%	51%	12%	0%	0%	13%
3.1.2 PROYECTO: Fortalecimiento del sistema de costos	100%	100%	100%	100%	0%	0%	83%
3.1.3 PROYECTO: Gestión de facturación	75%	71%	74%	79%	0%	0%	55%
3.1.4 PROYECTO: Gestión de negocios	87%	80%	94%	94%	0%	0%	67%
3.2 Programa: Gestión de bienes y servicios	94%	82%	77%	75%	0%	0%	64%
3.2.1 PROYECTO: Plan compras de bienes y servicios	98%	95%	97%	99%	0%	0%	88%
3.2.2 PROYECTO: Plan maestro de infraestructura	87%	71%	63%	14%	0%	0%	61%
3.2.3 PROYECTO: Plan maestro de tecnología biomédica	98%	78%	72%	28%	0%	0%	42%

Línea 4. El conocimiento y la innovación para potenciar el desarrollo y el cambio institucional	90%	74%	80%	83%	7%	0%	70%
4.1 Programa: Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación	90%	74%	77%	91%	0%	0%	74%
4.1.1 PROYECTO: Inteligencia de negocios	#¡DIV/0!	96%	48%	67%	0%	0%	60%
4.1.2 PROYECTO: Fortalecimiento de la gestión documental	100%	56%	82%	64%	0%	0%	79%
4.1.3 PROYECTO: Desarrollo de la infraestructura informática	100%	16%	79%	68%	0%	0%	77%
4.1.4 PROYECTO: Implementación de nuevas funcionalidades	100%	0%	72%	80%	#¡DIV/0!	0%	57%
4.1.5 PROYECTO: Comunicación organizacional para el mejoramiento	100%	100%	100%	98%	0%	0%	73%
4.1.6 PROYECTO: Desarrollo de telesalud	0%	92%	94%	#¡DIV/0!	0%	#¡DIV/0!	97%
4.2 Programa: Gestión del conocimiento	95%	75%	86%	85%	26%	0%	60%
4.2.1 PROYECTO: Desarrollo de redes del conocimiento	95%	72%	82%	78%	48%	0%	71%
4.2.2 PROYECTO: Fortalecimiento de la institución como centro de práctica	100%	90%	87%	96%	0%	0%	48%

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 13 de 64		

Línea 5. Talento humano fuente del desarrollo	87%	87%	78%	91%	0%	0%	74%
5.1 Programa: Gestión del talento humano	73%	80%	96%	96%	0%	0%	68%
5.1.1 PROYECTO: Administración del talento Humano	100%	87%	95%	95%	0%	0%	75%
5.1.2 PROYECTO: Desarrollo de las competencias del talento humano	44%	76%	96%	96%	0%	0%	61%
5.2 Programa: Gestión de las relaciones humanas y sociales	98%	97%	74%	95%	0%	0%	81%
5.2.1 PROYECTO: Desarrollo Integral y calidad de vida de los servidores	96%	95%	67%	74%	0%	0%	79%
5.2.2 PROYECTO: Fortalecimiento de la Cultura organizacional	100%	93%	89%	100%	0%	0%	85%
5.2.3 PROYECTO: Humanización de los servicios de salud	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	45%	100%	0%	0%	75%
5.2.4 PROYECTO: Gestión de las conductas y comportamientos de los servidores	100%	100%	100%	100%	0%	0%	83%
5.3 Programa: Seguridad y salud en el trabajo	94%	78%	78%	75%	0%	0%	66%
5.3.1 PROYECTO: Higiene y seguridad industrial	96%	81%	68%	91%	0%	0%	78%
5.3.2 PROYECTO: Medicina del trabajo	92%	73%	84%	52%	0%	0%	54%
% Cumplimiento del Plan de Acción	91%	79%	84%	82%	1%	0%	65%

Fuente: Plan de acción 2020 publicado en la Red.

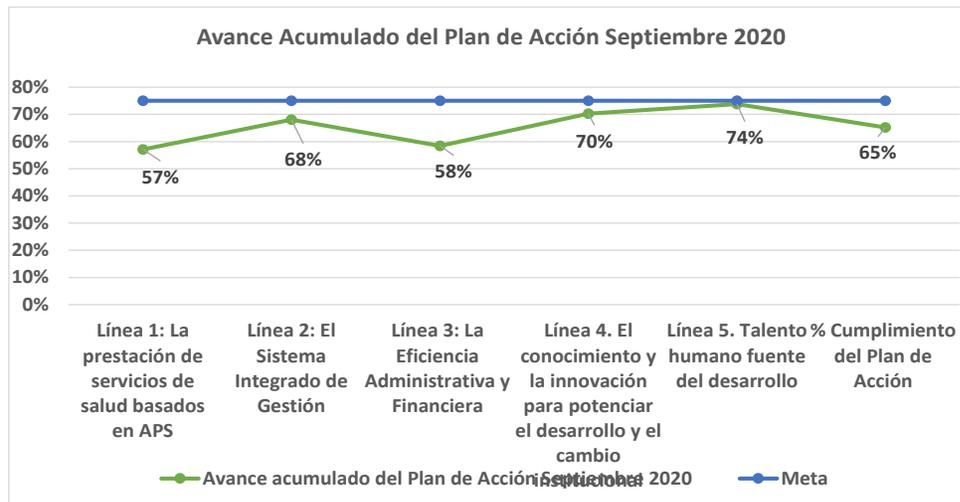
El resultado obtenido general acumulado es del 65% frente a un 75% esperado

Se encuentra en proceso de formulación del plan de desarrollo para el periodo 2021 - 2029

En la siguiente tabla se presenta el resumen de los resultados obtenidos por línea con corte el 4º bimestre del año 2020

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 14 de 64		

Avance acumulado del Plan de Acción Septiembre 2020		Meta
Línea 1: La prestación de servicios de salud basados en APS	57%	75%
Línea 2: El Sistema Integrado de Gestión	68%	75%
Línea 3: La Eficiencia Administrativa y Financiera	58%	75%
Línea 4. El conocimiento y la innovación para potenciar el desarrollo y el cambio institucional	70%	75%
Línea 5. Talento humano fuente del desarrollo	74%	75%
% Cumplimiento del Plan de Acción	65%	75%



Fuente: construcción de los autores

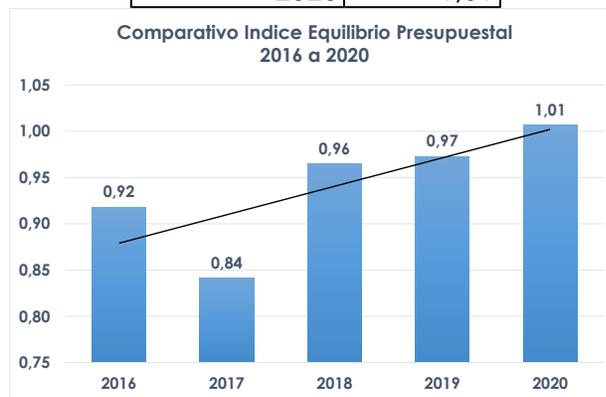
- **Estructura Financiera y Presupuestal**

Este proceso es liderado por la Subgerencia Administrativa y Financiera.

Se presenta resultado de equilibrio presupuestal comparativo 2016 a 2020 mostrando una tendencia positiva desde el año 2016, logrando el equilibrio en el primer semestre del 2020.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 15 de 64		

Indice Equilibrio Presupuestal por año 2016 -2020	
2016	0,92
2017	0,84
2018	0,96
2019	0,97
2020	1,01



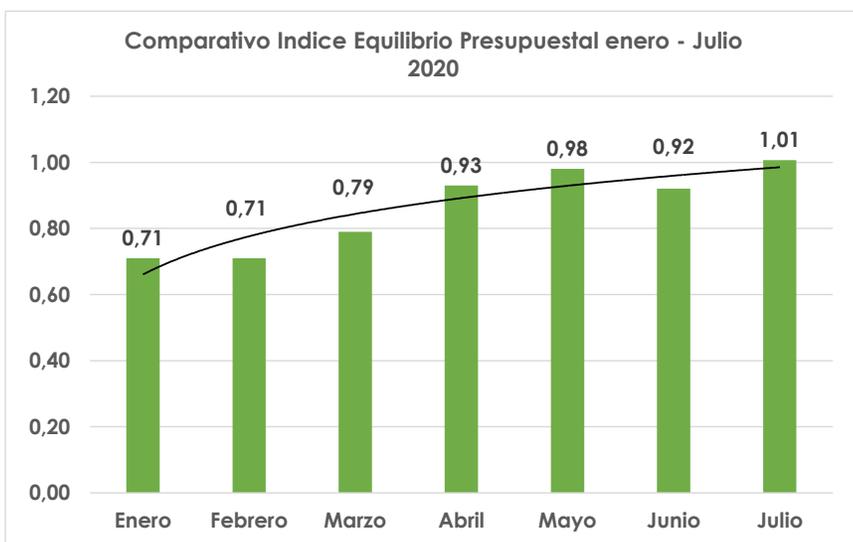
Fuente Informe financiero para Evaluación de austeridad 2020

Comparativo equilibrio presupuestal enero a julio de 2020

Inicia el periodo con un índice de equilibrio del 0,71, presentando una tendencia positiva hasta julio del 2020 con un resultado de 1,01, el promedio del periodo enero-julio es 0,86.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 16 de 64		

Equilibrio Presupuestal por mes 2020	
Enero	0,71
Febrero	0,71
Marzo	0,79
Abril	0,93
Mayo	0,98
Junio	0,92
Julio	1,01
Promedio	0,86



Fuente Informe financiero para Evaluación de austeridad 2020

Equilibrio presupuesto comparativo en millones

Fuente Informe financiero para Evaluación de austeridad 2020

Equilibrio Presupuestal en Millones de Pesos 2016- 2020		
Año	Ingresos	Gastos
2016	135.946	148.051
2017	130.570	155.227
2018	135.606	140.555
2019	164.462	169.108
2020	180.500	179.366

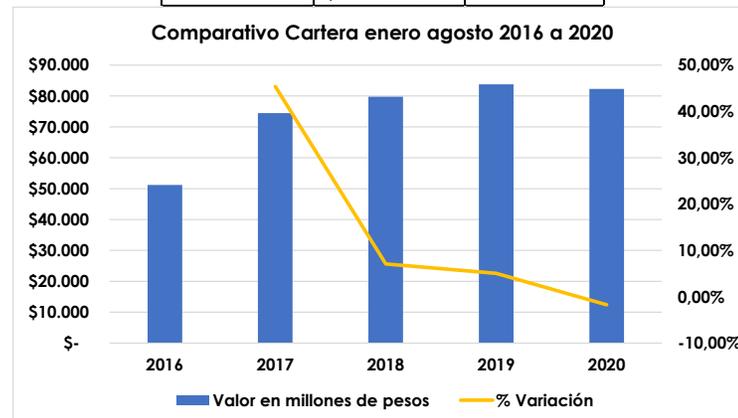


Cartera

La variación de la cartera entre el 2016 y 2020 es negativa frente al periodo anterior llegando al 2020 con una variación del -2% aunque el valor en pesos se incrementa año a año, excepto en el periodo 2019 a 2020. En el año 2017 la cartera se incrementó en un 45% a partir del 2018 presenta una tendencia de reducción porcentual hasta el periodo 2020.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 17 de 64		

Comparativo Cartera enero agosto 2016 a 2020		
Año	Valor en millones de pesos	% Variación
2016	\$ 51.225	
2017	\$ 74.467	45%
2018	\$ 79.728	7%
2019	\$ 83.760	5%
2020	\$ 82.310	-2%



Fuente Informe Análisis Situación Financiera actual Agosto 2020

Glosas

De acuerdo con los resultados presentados no se encuentra claridad en los datos suministrados en el informe Análisis Situación Financiera actual Agosto 2020 de la Subgerencia Administrativa y Financiera. Adicionalmente por alto valor de las glosas pendientes por responder se evidencia un posible riesgo de vencimiento de los términos y no ingreso de estos recursos a los estados financieros de la ESE.

En la siguiente tabla se presentan los valores glosados por UH en el cual se observa que el valor glosado no respondido por la ESE equivale al 67,5%, solo se ha aceptado el 0,1% por las Entidades aseguradora.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 18 de 64		

PUNTO DE ATENCIÓN	VALOR GLOSADO	VALOR ACEPTADO	VALOR RECHAZADO	PENDIENTE POR RESPONDER
U. H. B. AIRES	1,241,181		2,657	1,238,524
U. H. CASTILLA	140,391,417	9,400	124,370,351	16,011,666
U. H. DOCE DE OCTUBRE	71,651,980	3	16,707,449	54,944,528
U. H. MANRIQUE	589,362,813	1,834,359	72,848,441	514,680,013
U. H. SAN ANTONIO DE PRADO	29,012,090	228,126	22,422,780	6,361,184
U. H. SAN CRISTOBAL	204,397,502	118,700	80,200,761	124,078,041
U. H. SAN JAVIER	26,756,308		3,382,133	23,374,175
U. H. NUEVO OCCIDENTE	434,515,231	120,702	160,986,829	273,407,700
U. H. BELEN	736,085,225		277,454,801	458,630,424
U. H. SANTA CRUZ	118,700,015	54,400	3,054,177	115,591,438
Total general	2,352,113,762	2,365,690	761,430,379	1,588,317,693

Fuente Informe Análisis Situación Financiera actual Agosto 2020

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la gestión de las glosas en los centros de salud y en los proyectos MIAS, salud mental y servicio de APH en la referencia y contrarreferencia de los usuarios.

Según la información suministrada el valor pendiente por responder corresponde al 57,1% del valor glosado y se tiene como valor aceptado por las aseguradoras corresponde a un 0,27% del valor glosado.

En la entidad contaba con 4 auditores de cuentas, en el momento se cuenta con 3 auditores debido al retiro por jubilación de uno de ellos, los cuales están asignados para toda la entidad, lo cual puede ser un factor de riesgo para que la gestión de las glosas tenga la efectividad esperada.

Comparando la información suministrada en el informe Análisis de la situación Financiera a agosto de 2020 no coinciden las cifras en las diferentes fuentes de información suministradas.

Sumando los datos de los cuadros presentados anteriormente no coincide con los datos presentados en el siguiente cuadro.

VALOR GLOSADO	VALOR ACEPTADO	VALOR RECHAZADO	PENDIENTE POR RESPONDER
3,136,612,643	396,390	5,152,653	3,131,063,600

Fuente Informe Análisis Situación Financiera actual Agosto 2020. Cifras en pesos

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 19 de 64		

Valores glosados a los centros de salud y proyectos

PUNTO DE ATENCIÓN	VALOR GLOSADO	VALOR ACEPTADO	VALOR RECHAZADO	PENDIENTE POR RESPONDER
MIAS	263,572,653	772,200	65,252,900	197,547,553
Salud mental	36,586,415		4,868,947	31,717,468
C.S Santo Domingo	22,109,212		10,700	22,098,512
123 SALUD APH	137,165,100	554,500	130,842,900	5,767,700
CISAMF	13,414,371		8,018,086	5,396,285
C.S Manantial de Vida	3,886,618			3,886,618
C.S Villa del Socorro	3,123,293		40,630	3,082,663
C.S. Poblado	4,015,755		1,239,930	2,775,825
C.S Campo Valdes	2,714,724			2,714,724
C.S San Blas	1,961,661			1,961,661
C.S La Cruz	1,638,594			1,638,594
C.S Guayabal	1,530,558		111,062	1,419,496
C.S Altavista	1,084,033			1,084,033
C.S Llanaditas	1,026,018		71,131	954,887
C.S San Lorenzo	784,797			784,797
C.S Palmitas	873,511		191,766	681,745
C.S La Loma	642,967			642,967
C.S El Raizal	1,795,812		1,178,927	616,885
C.S Popular	592,715			592,715
C.S Carpinelo	577,382			577,382
C.S Pablo VI	579,723		47,700	532,023
C.S Santa Elena	354,763			354,763
C.S Moravia	351,224			351,224
C.S Limonar	449,029		110,162	338,867
C.S Villa Laura	343,591		49,500	294,091
C.S Santa Rosa de Lima	284,892			284,892
C.S Aranjuez	428,612		171,649	256,963
C.S Loreto	393,160		174,979	218,181
C.S Civiton	216,600			216,600
C.S Enciso	571,169		355,100	216,069
C.S Trinidad	205,888			205,888
C.S La Quiebra	186,720			186,720
C.S Robledo	179,132			179,132
C.S San Camilo	172,711		24,600	148,111
C.S Alfonso Lopez	139,360			139,360
C.S El Triunfo	107,381			107,381
C.S Belén Rincón	80,000			80,000
C.S Las Margaritas	32,880			32,880
C.S Picachito	25,080			25,080
C.S Villatina	14,100			14,100
C.S Sol de Oriente	2,824,905	5,000	2,815,805	4,100
C.S Estadio	3,372			3,372
C.S El Salvador	104,768	104,768		-
Total general	507,145,249	1,436,468	215,576,474	290,132,307

Fuente Informe Análisis Situación Financiera actual Agosto 2020

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 20 de 64		

En el siguiente cuadro se presenta el comparativo del valor total de las glosas frente al total facturado a las entidades responsables de pago y la proporción de lo aceptado y lo pendiente por responder que equivale al 66% de lo glosado.

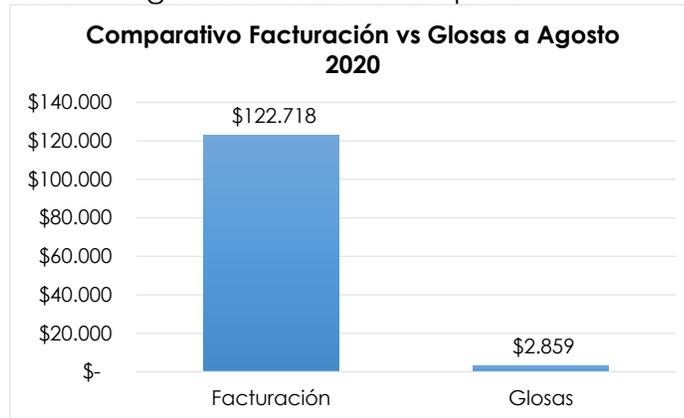
Facturación	\$	122.718	%
Glosas	\$	2.859	2%
Aceptado	\$	3	0,12%
Rechazado	\$	976	34%
Pendiente por responder	\$	1.878	66%

Fuente: construido por el diagnóstico para el plan de evaluaciones 2021 Cifras en millones de pesos.



Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:	a		
Página:	Página 21 de 64		

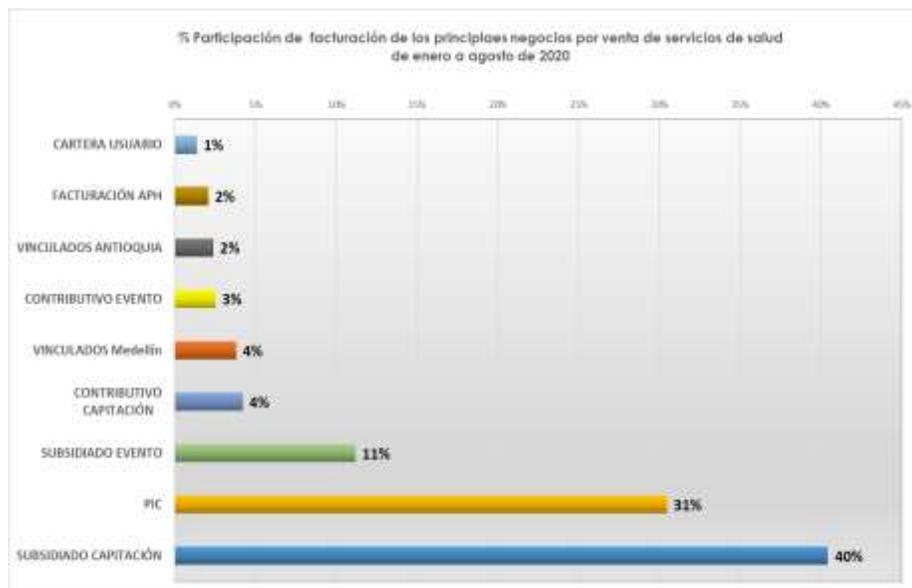
Comparativo Facturación Vs glosas en millones de pesos



Facturación

La facturación total de venta de servicios presenta una tendencia positiva comparando el mismo periodo enero a junio en los años 2017 a 2020.

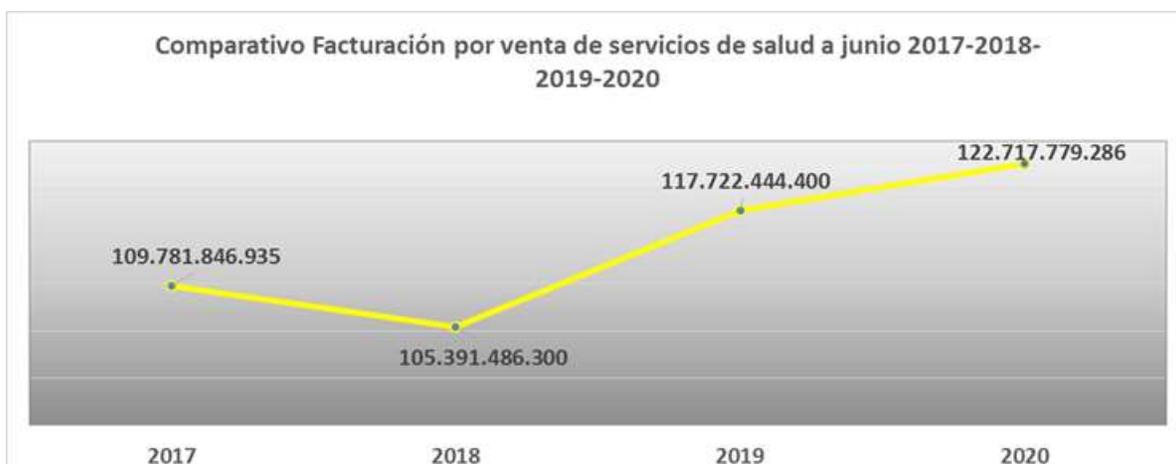
Se identifica como riesgo la disminución de la facturación por cápita en el régimen subsidiado la cual representa el 40% de la facturación total.



Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 22 de 64		

COMPARATIVO FACTURACIÓN VENTA DE SERVICIOS DE SALUD A JUNIO 2017-2018-2019-2020 POR NEGOCIO				
LÍNEA DE NEGOCIO	2017	2018	2019	2020
101 VINCULADOS Medellín	7.013.560.878	7.013.560.881	7.013.560.884	6.072.539.912
102 PIC	21.607.410.462	14.599.877.016	27.479.694.601	32.971.004.932
103 SUBSIDIADO EVENTO	17.419.187.108	19.174.750.295	16.915.475.323	14.941.296.877
103 SUBSIDIADO CAPITACION	50.208.748.240	51.769.538.096	49.407.588.666	49.469.039.556
104 SOAT	1.787.599.014	994.620.005	625.453.253	588.223.841
105 FOSYGA	233.833.815	300.104.121	300.952.211	226.225.176
106 CONTRIBUTIVO EVENTO	1.312.283.165	1.422.066.688	3.853.382.935	3.651.581.024
106 CONTRIBUTIVO CAPITACION	4.984.021.280	5.052.821.508	4.649.727.744	5.710.309.536
107 IPS PUBLICAS	984.530	1.260.380	2.038.868	4.527.994
109 RIESGOS PROFESIONALES	11.327.754	24.423.690	27.584.200	27.386.764
110 ASEGURADORAS DE VIDA	12.176.554	21.922.351	50.421.810	26.315.330
113 VINCULADOS ANTIOQUIA	872.834.435	984.340.963	2.051.855.474	3.248.737.473
115 RÉGIMEN ESPECIAL	44.291.792	31.281.579	24.576.423	27.185.564
116 VINCULADOS MUNICIPIOS	82.708.368	65.790.345	55.435.399	95.807.494
117 IPS PRIVADAS	-	135.300	4.700	5.622.855
118 PREPAGADA	298.900	-	-	-
119 VINCULADOS DEPARTAMENTOS	50.560.296	38.068.897	24.035.663	45.750.982
120 OTRAS VENTAS (ONGs)	-	-	-	55.677.800
121 FACTURACION MIAS	-	-	485.643.020	745.093.814
200 APH	2.123.518.683	2.215.388.444	2.655.313.848	2.921.445.249
999 CARTERA USUARIO	2.016.501.661	1.681.535.741	2.099.699.379	1.884.007.113
TOTAL VENTA SERVICIOS SALUD	109.781.846.935	105.391.486.300	117.722.444.400	122.717.779.286

Fuente Informe Análisis Situación Financiera actual Agosto 2020 Cifras en pesos.



Fuente Informe Análisis Situación Financiera actual Agosto 2020

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 23 de 64		

- **Grupos de valor y partes interesadas**

La Entidad ha realizado un ejercicio de caracterización de los usuarios de salud, pero no se han incluido otros grupos de interés como lo recomienda la “Guía de caracterización de ciudadanos, usuarios e interesados” adoptada por la secretaria de transparencia de la presidencia de la Republica de la emitida por el Departamento Nacional de Planeación, “GUÍA DE CARACTERIZACIÓN DE CIUDADANOS, USUARIOS Y GRUPOS DE INTERÉS” con el fin revisar la pertinencia de la oferta, canales, mecanismos de información y comunicación empleados por la entidad. La caracterización no ha sido actualizada en el primer semestre de 2020.

Se cuenta con una asignación de la población de acuerdo con la localización en el territorio la cual permite la distribución en las diferentes UH y CS de acuerdo con el sitio de residencia con el fin de garantizar la accesibilidad a los servicios y mejor control del gasto.

- **Gestión de Atención al ciudadano**

El componente atención al ciudadano no cuenta con una estructura física y administrativa de acuerdo con lo recomendado por la guía Estrategias para la Construcción Plan Anticorrupción V2 de la Función Pública. 2018, en “Mecanismos Para Mejorar La Atención Al Ciudadano” y los lineamientos del MIPG.

En la estructura organizacional no se identifica el área de atención al ciudadano, que según las recomendaciones de la guía estrategias para la implementación de plan anticorrupción y atención al ciudadano recomienda “Institucionalizar una dependencia que lidere la mejora del servicio al ciudadano al interior de la entidad y que dependa de la Alta Dirección”.

En la transición al nuevo modelo de gestión y su mapa de procesos, las actividades de atención al ciudadano no quedaron vinculadas a ningún proceso lo cual se ve reflejado en la estructura documental alojada en el software Almera. Recientemente la profesional responsable fue asignada a otra dependencia (Salud Publica) y no es claro como seguirá funcionando la oficina de participación social, tampoco es claro a cuál proceso están vinculadas las actividades de atención al usuario. Ver mapa de procesos.

En la ESE no se ha realizado la adecuación física de los espacios para la atención al usuario en las UH de acuerdo con los lineamientos normativos, no se ha realizado la

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 24 de 64		

aplicación del diagnóstico de los espacios físicos que evidencien las falencias de accesibilidad tomando como referencia la norma NTC 6047.

A futuro se debe implementar instrumentos y herramientas para garantizar la accesibilidad a la página web de la entidad implementando la norma NTC 5854 y Convertic), cualificar a los servidores en su uso de lenguaje de señas colombiana, para garantizar la accesibilidad de las personas sordas a los servicios de la entidad.

El área de atención al ciudadano a nivel central cuenta con una profesional universitaria y una auxiliar administrativa que a la vez es la operadora del conmutador.

En las UH se cuenta con el recurso de trabajadoras sociales, excepto San Cristóbal que la comparte con Nuevo Occidente, pero su disponibilidad es mayormente con el apoyo social a los servicios de hospitalización y urgencias. Ellas hacen la radicación de las expresiones y presentan informes a los comités técnicos de cada UPSS.

No se encuentra evidencia del cálculo de personal necesario para la implementación del componente de atención al ciudadano.

La implementación de los lineamientos del MIPG frente al componente de atención al ciudadano va más allá de la gestión de las expresiones y la medición de la satisfacción del usuario, incluye además los componentes de participación comunitaria, servicio al ciudadano, participa en la gestión de trámites y rendición de cuentas.

Como se referenció en la estructura administrativa la documentación de atención al ciudadano se encuentra en la estructura documental de la intranet referenciada por el tipo de documento, en el software Almera no se encuentra completa y no es claro a qué proceso está vinculada.

4.1.2 Gestión Organizacional

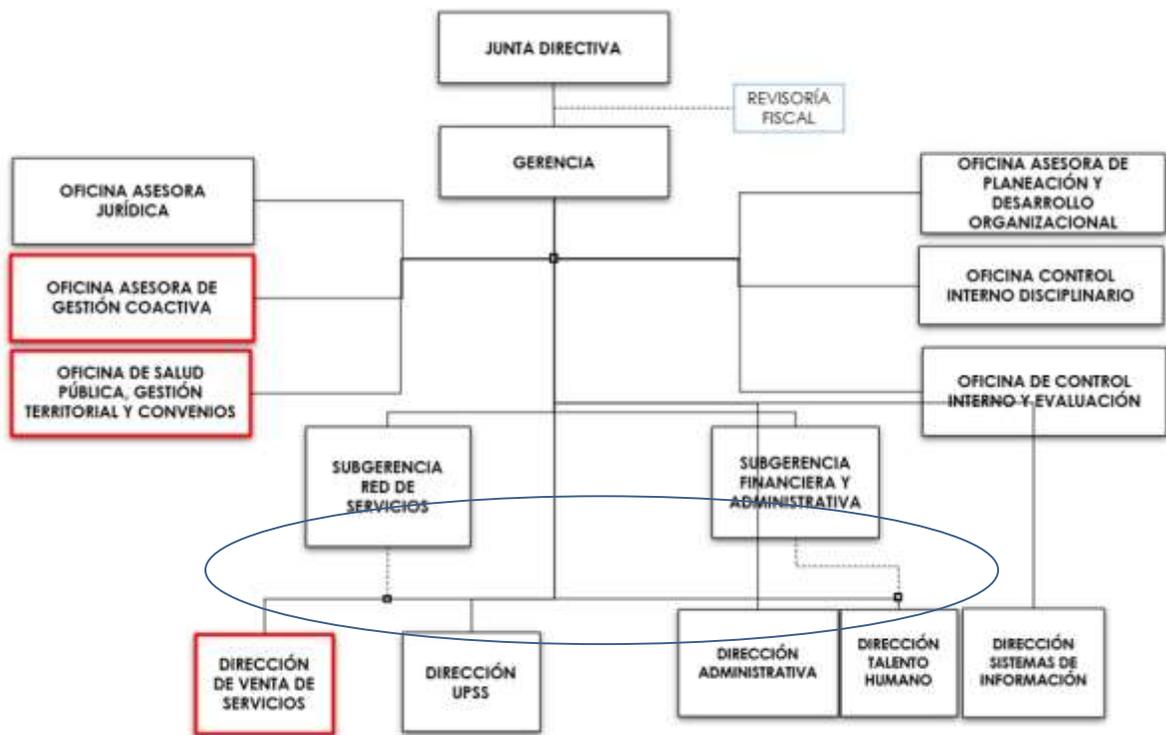
En este aparte se revisan los diferentes componentes de la gestión organizacional con el fin de identificar situaciones que se constituyan en factor de riesgo para la ESE y puedan ser susceptibles de auditoría.

- **Estructura Organizacional**

La estructura organizacional es la representación gráfica de cómo está constituida la Entidad en cuanto a las áreas o dependencias.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 25 de 64		

En la página web de la ESE se encuentra publicado como organigrama de la Entidad, pero cumple más como estructura organizacional, el organigrama representa los cargos y el nivel de subordinación de las personas en la organización.



Fuente: <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/organigrama>

La estructura del "organigrama" representa una estructura jerárquica con una dependencia directa de la Gerencia de todos los niveles directivos lo cual representa una concentración del poder de decisión en la gerencia.

Según las líneas de conexión las subgerencias no tienen autoridad frente a sus subordinados, lo cual debe aclararse por la oficina de planeación.

No son visibles las "áreas" de atención al ciudadano y comunicaciones los cuales son componentes importantes del MIPG.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 26 de 64		

Las áreas de salud pública gestión territorial y convenios y de venta de servicios requieren revisión frente a la subordinación y las responsabilidades frente a la Gerencia y la Subgerencia de red de servicios dado que la venta de servicios es una responsabilidad del nivel Gerencial.

Las subgerencias administrativa y financiera y de Red de Servicios no tienen relación directa y jerárquica con las unidades administrativas de cada área.

- **Planta de Personal**

Distribución de los empleos de la planta de personal según nivel a 31 de agosto de 2020
Total, de servidores públicos 2167

A= Carrera administrativa 1230

B= Trabajadores oficiales 137

C= Interinos Provisionales 17

D= Libre Nombramiento 20

H= Periodo Fijo 2

E=Periodo de prueba 24

F= Provisionales 314

Según el informe Análisis Situación Financiera actual Agosto 2020, generado por la Subgerencia Administrativa y Financiera la planta de cargos aprobados y provistos es según se muestra la siguiente tabla:

El total de la planta aprobada para la vigencia 2020 es de 2.252 funcionarios entre empleados y trabajadores oficiales, de los cuales a la fecha se tienen provistos 2.171 cargos y en vacancia 81 cargos.

De acuerdo con la información suministrada por la oficina de salarios y el informe del plan de acción Bimestre 4 los datos de los diferentes tipos de vinculación y cargos no son coincidentes.

Se tiene planta temporal con vacantes que no se explican desde el objeto de las plantas temporales.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 27 de 64		

Tabla: Planta de cargos

DETALLE	No. FUNCIONARIOS
Personal que Ingreso a partir del 01/09/2002, Prima de Servicios, P. Navidad, P.Vacaciones, Bonifica por Recreac, Cesantías, Int Cesantias, Bonif por Servicios.	1613
Personal que Ingreso antes del 01/09/2002 y Despues del 31/12/1993, Prima de Vida Cara y Aguinaldo, P. Navidad, P.Vacaciones, Bonifica por Recreac, Cesantías, Int Cesantias, Bonif por Servicios.	246
Personal que Ingreso antes del 31/12/1994, Prima de Vida Cara, Aguinaldo y Cesantías Retroactivas, P. Navidad, P.Vacaciones, Bonifica por Recreac, Bonif por Servicios.	312
Vacantes	81
TOTAL FUNCIONARIOS	2252

Fuente Informe Análisis Situación Financiera actual Agosto 2020

Es importante que la información independiente de la fuente sea coherente y confiable para la toma de decisiones, se identifica como un aspecto a ser revisado y aclarado por la Dirección de Talento Humano, como segunda línea en el modelo de acuerdo con el MIPG.

- **Manual de funciones**

El documento publicado en la intranet es del año 2016

En el año 2018 se emite Guía para establecer o modificar el manual de funciones y de competencias laborales - Versión 2 - Abril 2018, de acuerdo con los lineamientos del decreto 1083 de 2015, según estos lineamientos el manual no ha sido actualizado ni referencia las competencias definidas para los empleos según este mismo decreto.

- **Normograma**

El normograma publicado en la página web de la ESE se encuentra actualizado hasta el 2015 en cuanto a leyes, hasta el 2016 con relación a Decretos, y los acuerdos de la Junta directiva están publicados hasta el 2020.

No se identifica la vigencia de las normas publicadas.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 28 de 64		

Este es un aspecto que debe evaluarse y definirse el responsable directo de su actualización debido a que la página web es un medio de consulta para partes interesadas internas y externas.

- **Comités**

Se cuenta con los comités obligatorios de ley, se tienen las resoluciones de conformación.

En el software de Almera no se tiene referencia de los informes de la evaluación a la gestión de los comités ni se ha incluido en el plan anual de evaluaciones.

Las resoluciones no están publicadas en la página web en el aparte de normograma.

Este aspecto se audita por la oficina de planeación, se incluye en el plan general de evaluaciones.

- **Infraestructura Física**

La infraestructura física no cumple completamente con los estándares del SUH en un como lo exige la norma.

Los recursos económicos son limitados para subsanar todas las necesidades existentes.

Actualmente se encuentran en actualización de la autoevaluación anual capacitando al personal responsable de hacerla.

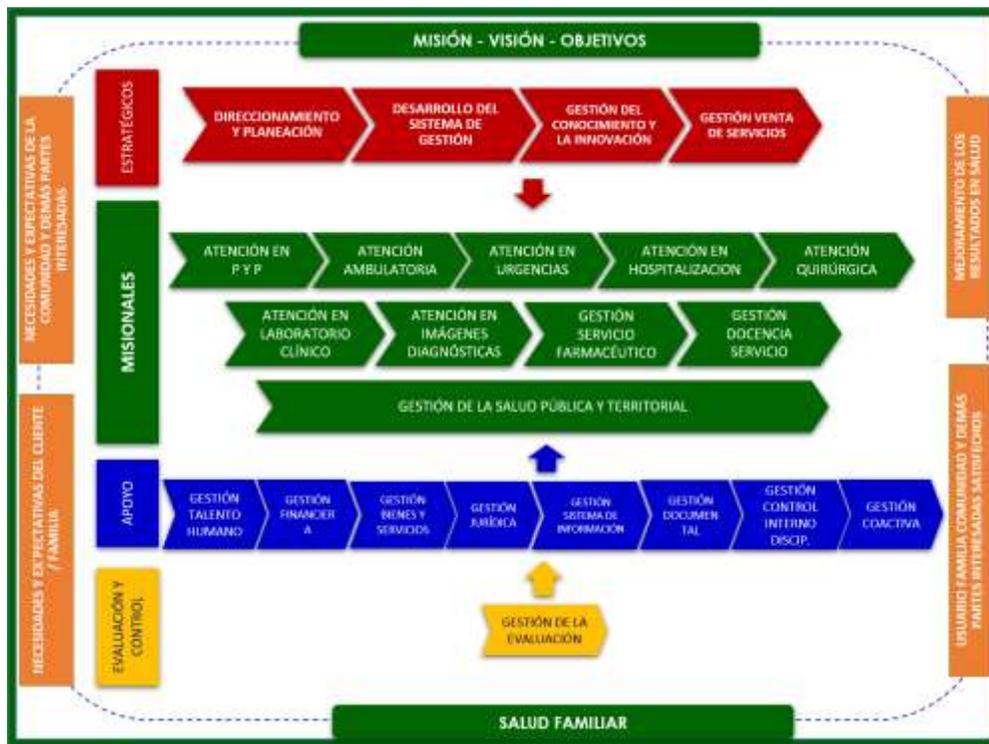
De acuerdo con la evaluación del FURAG 2019 se recomienda verificar que el plan anual de auditoría contempla auditorías de gestión conforme a la norma técnica NTC 6047 de infraestructura. Consideramos se debe incluir en la verificación de habilitación.

- **Modelo de Procesos**

El mapa de procesos tiene un enfoque mixto funcional /proceso no ajustado a los lineamientos sugeridos por la "Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) - Versión 1 - Julio de 2020", de la función Pública lo cual hace el sistema más complejo, tanto el mapa de procesos como la estructura organizacional deben estar alineadas con el fin favorecer la interacción de las unidades administrativas.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 29 de 64		

Se identifica como un factor evaluable debido a que no hay registro de haber sido evaluado.



Fuente: <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/estructura-de-procesos>

- **Sistema de Gestión y control**

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión**

El Sistema Integrado de Gestión Organizacional de la ESE (SIGO), se representa en el siguiente esquema donde se muestra la participación de los componentes de gestión.

De acuerdo con lo evaluado en las auditorías internas, el esquema no se ha interiorizado lo suficiente en el personal operativo, el cual desconoce muchos de los conceptos que son necesario incorporar en el día a día de la gestión operativa de base.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 30 de 64		

No se tiene referencia clara en los informes del plan de acción los avances en cada uno de estos sistemas y como se integran con los otros.

Se considera ser objeto de evaluación de estos aspectos por la segunda línea de acuerdo con el esquema del MIPG.



Fuente: Presentación del plan de desarrollo institucional 2018-2020.

En evaluación del FURAG el índice de desempeño institucional el resultado de la implementación del MIPG con corte a 31 de diciembre de 2019 fue del 82.4%.

El promedio del grupo par con el cual se compara la ESE fue de 66,7 con valores mínimos de 31,3 y máximo de 88, localizando a Metrosalud dentro del quintil 5 del ranking del grupo par.

De cada una de las políticas DEL MIPG el informe del FURAG dejó unas recomendaciones para ser acogidas dentro del plan de mejora de los procesos responsables.

Se solicitó a las unidades responsables los avances al plan de mejora a las recomendaciones dejadas en el informe del FURAG 2019 para ser evaluados en el mes de noviembre.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 31 de 64		



Fuente: Informe FURAG 2019 ESE Metrosalud.

Se evidencia como debilidad la articulación de los diferentes sistemas, cada uno funciona independiente, no se han incorporado sus elementos en el día a día de la organización desde el personal de base.

- MECI

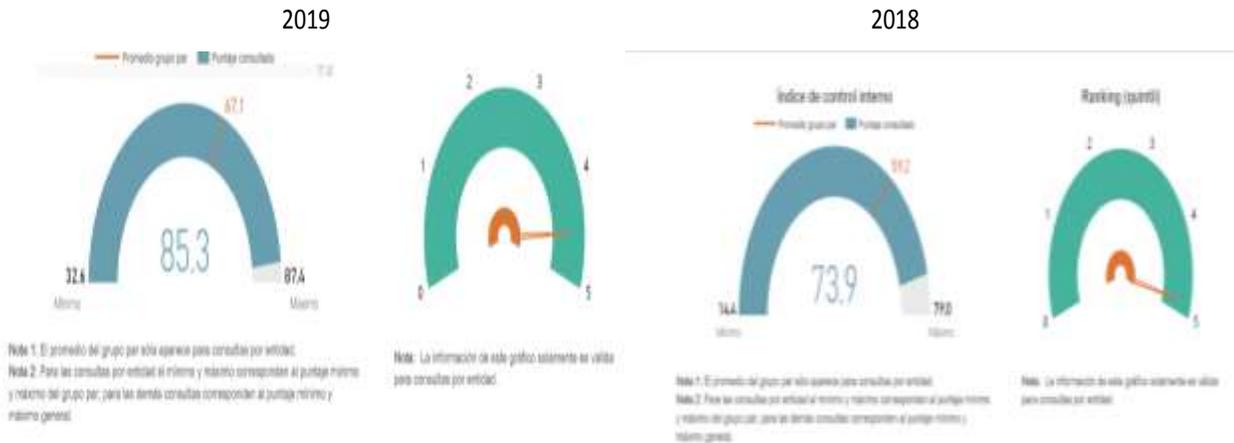
De acuerdo con la evaluación del FURAG el índice de desempeño para el 2019 tuvo una calificación del 85,3% mejorando en un 11,4% frente al 2018.

De acuerdo con la evaluación independiente del sistema de control interno, según el formulario diseñado por la Función pública para la vigencia 2020, el estado del sistema de control interno cumple con un 61% en sus 5 componentes. Está pendiente la incorporación en el plan de mejora las recomendaciones dejadas en ambos informes.

La oficina de Control Interno en sus funciones como primera línea debe liderar la implementación de estas mejoras

Resultado comparativo evaluación MECI 2018-2019

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 32 de 64		



Fuente: Informe FURAG 2019 ESE Metrosalud.

Como meta del plan nacional de desarrollo estas calificaciones deben mejorarse en un 10% en los 4 años de la vigencia del gobierno nacional.

- Control Interno Contable

Este informe de ley se presenta a la Contaduría General de la Nación en febrero de cada año. Para la evaluación de la vigencia 2019 el resultado obtenido cataloga el sistema control interno contable como eficiente con una calificación de 4.32 sobre 5.0.

A la fecha de la revisión no se ha formulado plan de mejora por los responsables del proceso contable.

Resultado de la Evaluación del Control Interno contable 2019

OFICINA DE CONTROL INTERNO		
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE		
VIGENCIA EVALUADA: 2018		
CATEGORÍA	CALIFICACIÓN TOTAL	INTERPRETACIÓN
CONTROL INTERNO CONTABLE	4.32	"EFICIENTE"

Fuente: Informe evaluación oficina control interno y evaluación.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 33 de 64		

- Gestión documental

En los informes del plan de acción se presenta el grado de avance de los productos

En el informe del bimestre 3 no se referencia el inventario de los archivos de la UH que en el bimestre 2 no tenía avance.

En la carpeta compartida no se encuentra informe del bimestre 4

Informe Bimestre 3

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de la ejecución del plan institucional de Archivo PINAR	32%	25,6%	80%	
Herramienta de SEVENET parametrizada según necesidades actuales y alcance funcional de los módulos.	1	1	100%	
Plan de capacitación a Usuarios en funcionalidades de la herramienta y aplicación de los instrumentos archivísticos.	20%	15%	75,2%	

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y Plan de Tratamiento de Riesgos formulados y publicados	90%	73%	81%	
Proporción de la implementación en las sedes con solución de SDWAN	50%	38%	76%	

Bimestre 2

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Archivo de UH con Inventario de historias clínicas depurado con custodia externa.	4	0	0	
Proporción de la ejecución del plan institucional de Archivo PINAR	16%	9,2%	57%	

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 34 de 64		

El inventario de los archivos de historias clínicas en las UH se programaron 4 como pilotos a la fecha no se ha publicado informe del avance del proyecto.

- **Gestión ambiental**

A la fecha no se ha realizado auditoria por parte de la oficina de control interno y evaluación.

Se cuenta con evaluaciones externas por los Entes de vigilancia y control. Inspección de manejo de residuos y control del agua potable, por la Secretaria de salud de Medellín.

Auditoria de manejo técnico y del contrato del gestor de Residuos por la Revisoría Fiscal una vez al año.

No se tuvo acceso a más información pues la persona responsable se encuentra en vacaciones.

Se cuenta con un instrumento de autoevaluación de los requisitos del sistema de gestión ambiental bajo la norma NTC ISO 14001, dos veces al año

Auditorías internas del manejo de residuos, realizada por el personal de mantenimiento y representante del gestor de residuos, se realizan a todas las sedes se cuenta con un cronograma.

Se reportan los informes y avances en la carpeta del plan de acción/carpeta dirección administrativa/ Gestión Ambiental y se guardan los soportes en la carpeta

Se cuenta con indicadores de gestión los cuales se miden de acuerdo con lo definido en las fichas técnicas: 1. proporción de residuos por tipo y sede, 2. Adherencia al manejo de residuos de acuerdo con instrumento aplicado, 3. Reducción de consumo de agua, energía, gas, 4. Cumplimiento del control de plagas

La publicación de los indicadores se hace en Almera, pero solo son visibles para los responsables del proceso.

Con corte al bimestre 4 se presentan los siguientes resultados

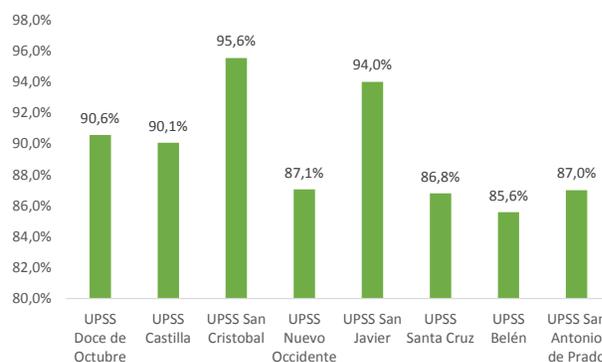
Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Acumulado 2020	Acumulado 2019
Proporción Plan de Mejora								30%	45%	45%	N.A.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 35 de 64		

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Acumulado 2020	Acumulado 2019
Proporción de ejecución del plan de residuos hospitalarios en auditorías internas	3,8%	15,4%	19,2%	19,2%	19,2%	19,2%	50%	58%		58%	100%

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Acumulado 2020	Acumulado 2019
Proporción de Adherencia al manejo de residuos hospitalarios	87%	86,9%	87,1%	87,1%	87,1%	87,1%	88,7%	89,4%		89,4%	83%

Adherencia a la gestión de residuos por sede.



Promedio de cumplimiento B4: 94,1%

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Acumulado 2020	Acumulado 2019
Proporción de ejecución del plan de manejo de sustancias químicas	7,9%	15,8%	15,8%	31,6%	23,75%	47,5%	31,7%	63,3%		63,3%	N.A.

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Acumulado 2020	Acumulado 2019
Cobertura de capacitación del plan de sustancias químicas					83,3%			88%		87%	N.A.

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Acumulado 2020	Acumulado 2019
Proporción de ejecución del plan de manejo control de vectores y roedores (aplicación de lista de chequeo en cada punto de atención)		10%			33,33%	50%		66,67%		66,67%	N.A.

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Acumulado 2020	Acumulado 2019
Proporción de ejecución del plan de uso eficiente de los recursos (agua, energía, gas natural, vertimientos)		16,70%		33,33%		50%		66,67%		66,67%	N.A.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 36 de 64		

El cumplimiento de este indicador en el B4 fue del 100%

La evaluación de este sistema debe evaluarse en la verificación del cumplimiento de los diferentes planes y cronogramas a la segunda línea.

Se recomienda incluir en el plan general de evaluaciones las autoevaluaciones internas y las verificaciones por evaluador externo independiente (Secretaría de Salud de Medellín).

También se realiza auditoría por la responsable del sistema al proveedor de gestión de residuos una vez al año.

- **Gestión Seguridad de la Información**

Se cuenta con documentación de la política y planes de contingencia para la seguridad informática y protección de datos.

Plan de tratamiento de riesgos de privacidad y seguridad de la información

Bimestre 3 de 2020

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y Plan de Tratamiento de Riesgos formulados y publicados	90%	73%	81%	
Proporción de la implementación en las sedes con solución de SDWAN	50%	38%	76%	

Como recomendación de la Evaluación del FURAG 2019

Se debe realizar evaluaciones por la segunda línea al plan anual de auditoría contempla auditorías al modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPI).

Evaluar las auditorías de accesibilidad web, conforme a la norma técnica NTC 5854 por la segunda línea de defensa.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 37 de 64		

- Otros Estándares y Normas Aplicables

El sistema integrado de gestión organizacional incluye varios sistemas de gestión como el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud con sus 4 componentes, adicional otros sistemas basados en normas internacionales como se ve en la gráfica.

A la fecha la oficina de control interno ha participado con la realización de auditorías al sistema de seguridad y salud en el trabajo. Los demás se evalúan por la segunda línea de defensa.

El SIGO referencia la integración de los diferentes sistemas como se aprecia en la imagen

En los informes del plan de gestión se referencian las acciones implementadas en forma consolidada.



Fuente: Presentación del plan de desarrollo institucional 2018-2020.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 38 de 64		

- **Infraestructura Tecnológica**

- **Sistemas Operativos, hardware y sistemas de administración de datos**

De acuerdo con el informe del plan de acción 2020 se encuentra como problema el siguiente: "Falta de dotación de elementos de apoyo logístico para la gestión de información derivada de la atención a nuestros usuarios en los servicios ambulatorios, hospitalarios de urgencias y extramurales".

Software para la administración del sistema integrado de gestión organizacional desde el punto de vista documental.

Bimestre 3

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
solicitudes automatizadas o rediseñadas en el ERP (Demanda y normativa)	45%	30,6%	68%	
Software desarrollado e implementado para el control de impresión de Historia Clínica	1	80%	80%	

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Seguimiento al plan de trabajo para la implementación del modelo de atención de telesalud	100%	87,5%	88%	
Seguimiento de sesiones de atención a usuarios registrada en la historia clínica.	9	9*	100%	

Proyecto Inteligencia de Negocios

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
solicitudes automatizadas o rediseñadas en el ERP (Demanda y normativa)	45%	30,6%	68%	
Software desarrollado e implementado para el control de impresión de Historia Clínica	1	80%	80%	

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 39 de 64		

Bimestre 2

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de la implementación del proyecto de solución integrada de telefonía IP	1	0	0	
Proporción de la implementación en las sedes con solución de SDWAN	100%	4%	16%	

• **Sistemas de Información**

Se cuenta con una estructura del sistema de gestión de la información adecuada para las actividades que se realizan en la ESE

En la evaluación independiente del MECI el componente de información y comunicación obtuvo una calificación del 64%.

A la fecha no se ha realizado auditoría por parte de la oficina de control interno porque no se cuenta con el personal con las competencias necesarias.

Manual de protección de datos personales

Modelo sistema de información (procesos del sistema de información)

No se encuentra evidencia de la implementación de la política de gobierno digital

Se cuenta con medios de comunicación virtual a través del correo electrónico, página web, redes sociales, pantallas informativas en salas de espera de las UH, boletines informativos internos y externos, entre otros.

No se tiene medición y evaluación de la efectividad de la comunicación.

Aplicación para mensajes de texto a los usuarios recordando la cita de salud.

Uso de plataformas para comunicación vía Streaming –Cisco Webvex Meeting.

4.1.3 **Administración del Riesgo**

• **Política Gestión del Riesgo**

De acuerdo con los lineamientos del informe de evaluación independiente al MECI

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 40 de 64		

“Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio”.

La política de la ESE solo hace referencia a los funcionarios de la Entidad, no menciona sedes, áreas tercerizadas u otras áreas que afectan el servicio.

- **Mapas de riesgos**

De acuerdo con los lineamientos del informe de evaluación independiente al MECI

“La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2ª línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo”

Se encuentra evidencia de seguimiento y evaluación de los riesgos identificados en los informes de gestión de riesgos de la evaluación del plan de acción durante el primer trimestre del año 2020 en cada uno de los procesos del sistema.

La evaluación del grado de materialización de los riesgos y en caso de mitigación del nivel residual de los riesgos producto de las acciones no se evidencia.

No todos los planes de acción a los riesgos tienen cumplimiento de las acciones, último seguimiento registrado fue en marzo de 2020

Los líderes de proceso como 1ª línea de defensa no evidencian gestión de los riesgos y los controles.

La actualización de los mapas de riesgos, en el modelo de gestión de riesgos, establece que ésta se debe hacer cada 2 años, lo cual puede afectar la detección de riesgos nuevos y la mitigación de los riesgos existentes.

En los informes bimestrales del plan de acción de las diferentes dependencias no se encuentra evidencia de revisión de los mapas de riesgo.

No se evidencia que se lleven a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver la materialización de riesgo detectadas.

La política de gestión de riesgos no establece periodicidad para el seguimiento por la alta dirección a los riesgos de corrupción, en general establece las responsabilidades del seguimiento y evaluación de los riesgos.

La supervisión realizada por la Gerencia no presenta evidencias para la vigencia 2020

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 41 de 64		

En el programa Gestión de Riesgos están definidos los roles y responsabilidades del personal frente a la gestión de riesgos por cada línea de defensa de acuerdo con los lineamientos del MIPG.

Socialización genérica de estas responsabilidades en el despliegue del PAAC

"El programa gestión de riesgos establece que la Gerencia supervisará periódicamente los riesgos y sus resultados proponiendo acciones correctivas.

No se encuentra evidencia de seguimiento a controles por la segunda línea de defensa.

El seguimiento a controles en la entidad no está documentado.

En las auditorías internas de la oficina de Control Interno se evalúa la gestión de riesgos en la unidad auditable y la eficacia y efectividad de los controles, adicional se pueden identificar nuevos riesgos y controles a la unidad auditable.

Los informes de auditoría se envían a la Gerencia y al Comité Coordinador de Control Interno para su análisis y toma de acciones.

La oficina de control interno verifica la formulación, implementación y efectividad de los planes de mejoramiento.

La metodología de formulación del plan de acción incluye el análisis de los entornos interno y externo y la gestión de riesgos como factores para la formulación del direccionamiento estratégico representado en una gráfica donde la gestión de riesgos realimenta el análisis de los entornos, aunque en el contenido de la metodología no es explícito como se incorporan los riesgos identificados en el plan de acción.

En el aparte de ajuste del plan de acción no se referencian los riesgos como factor, solamente el cumplimiento de las metas de cada programa y proyecto.

No se encuentra Política de Planeación Institucional de acuerdo con los lineamientos del MIPG

La política de gestión de riesgos establece el alcance que cubre todas las actividades que realiza la Entidad, pero no se refiere explícitamente a las actividades tercerizadas.

El proceso GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA Y TERRITORIAL a la fecha del informe no ha identificado sus riesgos. En los informes del plan de acción de lo corrido del año 2020 no se hace referencia a los riesgos de estos contratos.

Los informes del Plan de Acción de la Sugerencia de Red durante el primer semestre 2020 no hacen referencia a la gestión de riesgos dentro de la línea 2.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 42 de 64		

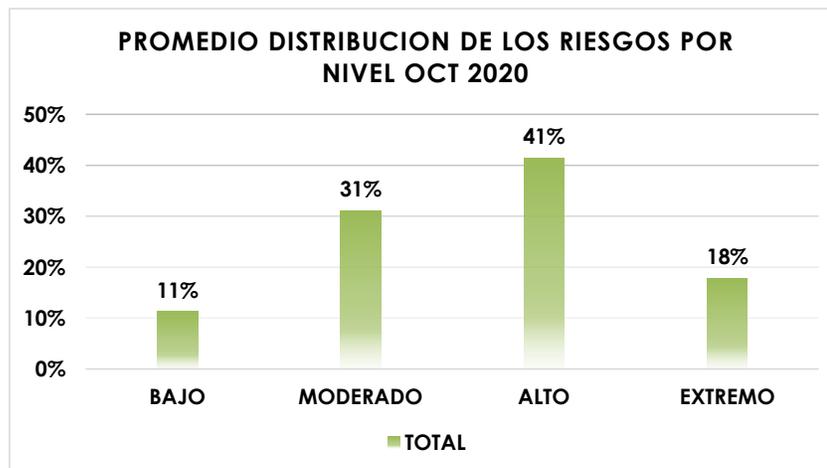
El procedimiento SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN establece en su actividad 12 "Presentar al Comité institucional de gestión y evaluación del desempeño los resultados de cada componente y elemento frente a los estándares y su respectivo plan de mejora". A la fecha no se ha implementado el comité.

El jefe de la Oficina de Control Interno presenta los resultados de las auditorías al comité coordinador de control interno.

De acuerdo con los lineamientos del informe de evaluación independiente la entidad debe analizar el impacto sobre el sistema de control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales. La revisión de estos requerimientos debe hacer parte de la documentación, implementación y verificación de la dimensión de control interno de acuerdo con los lineamientos del MIPG. Esta se implementará en la próxima autoevaluación periódica.

De acuerdo con la información registrada en el módulo de riesgos en el software Almera la distribución de los riesgos es la siguiente:

Distribución por nivel de riesgo residual por proceso



Fuente: construcción del equipo de control interno y evaluación

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 43 de 64		

Estado de los Riesgos por Nivel

	PROCESO	ESTADO DE LOS RIESGOS				TOTAL RIESGOS
		BAJO	MODERADO	ALTO	EXTREMO	
1	Direccionamiento Y Planeación	0%	0%	0%	100%	2
2	Desarrollo Del Sistema Integrado De Gestión	0%	0%	67%	33%	3
3	Gestión Del Conocimiento Y La Innovación	0%	100%	0%	0%	2
4	Gestión Venta De Servicios	0%	0%	25%	75%	4
5	Atención En P Y P	0%	25%	50%	25%	4
6	Atención Ambulatoria	25%	75%	0%	0%	4
7	Atención En Urgencias	0%	0%	100%	0%	3
8	Atención Por Hospitalización	0%	33%	67%	0%	3
9	Atención Quirúrgica	0%	50%	25%	25%	4
10	Atención Por Laboratorio	25%	75%	0%	0%	4
11	Atención En Imágenes Diagnósticas	33%	0%	67%	0%	3
13	Gestión Servicio Farmacéutico	0%	0%	100%	0%	3
14	Gestión Docencia Servicio	25%	50%	25%	0%	4
15	Gestión Del Talento Humano	22%	33%	33%	11%	9
16	Gestión Financiera	0%	25%	75%	0%	4
17	Gestión De Bienes Y	40%	20%	20%	20%	5
18	Gestión Jurídica	67%	0%	33%	0%	3
19	Gestión Del Sistema De Información	0%	0%	100%	0%	3
20	Gestión Documental	0%	50%	50%	0%	2
21	Gestión Control Interno	0%	67%	33%	33%	3
22	Gestión De La Evaluación	0%	50%	0%	50%	2
TOTAL		11%	31%	41%	18%	74

Fuente: Datos plan de acción a los riesgos en Almera

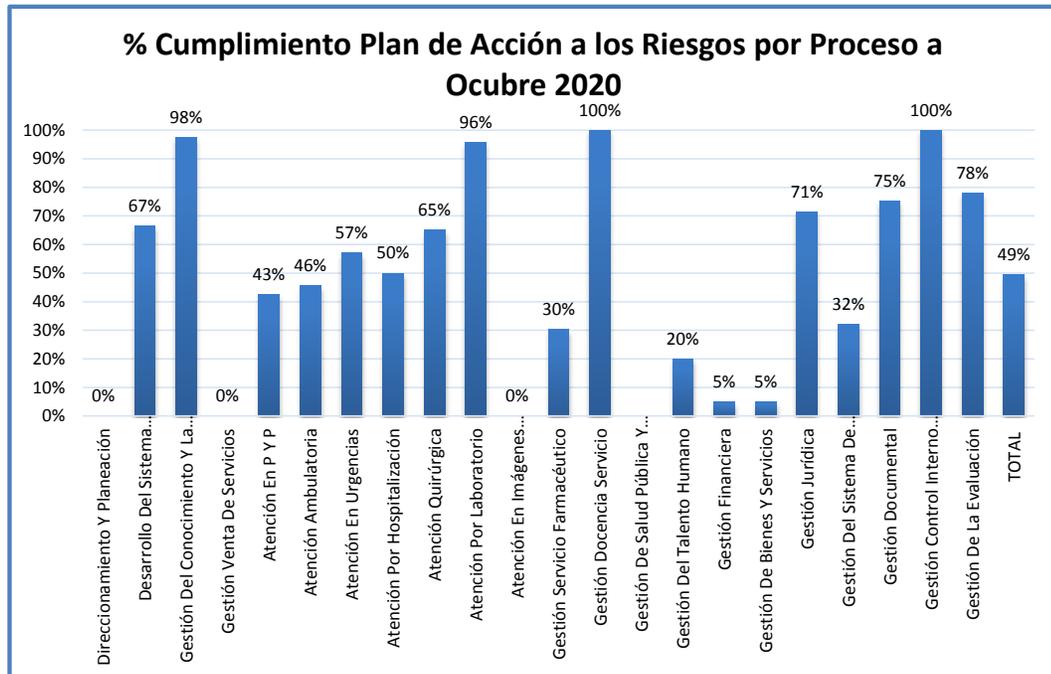
Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 44 de 64		

Cumplimiento de los planes de acción a los riesgos por proceso a octubre 2020

PROCESO	% CUMPLIMIENTO
Direccionamiento Y Planeación	0,0%
Desarrollo Del Sistema Integrado De Gestión	66,6%
Gestión Del Conocimiento Y La Innovación	97,5%
Gestión Venta De Servicios	0,0%
Atención En P Y P	42,5%
Atención Ambulatoria	45,7%
Atención En Urgencias	57,1%
Atención Por Hospitalización	50,0%
Atención Quirúrgica	65,0%
Atención Por Laboratorio	95,8%
Atención En Imágenes Diagnósticas	0,0%
Gestión Servicio Farmacéutico	30,3%
Gestión Docencia Servicio	100,0%
Gestión De Salud Pública Y Territorial	
Gestión Del Talento Humano	20,0%
Gestión Financiera	5,0%
Gestión De Bienes Y Servicios	5,0%
Gestión Jurídica	71,4%
Gestión Del Sistema De Información	32,0%
Gestión Documental	75,0%
Gestión Control Interno Disciplinario	100,0%
Gestión De La Evaluación	78,0%
TOTAL	49,4%

* El proceso de gestión de la salud pública y territorial por su reciente creación no ha formulado mapa de riesgos.

Código:	PV01 PL 36	 PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021
Versión:	07	
Vigente a partir de:		
Página:	Página 45 de 64	



Fuente: construcción del equipo de control interno

- **Esquema Líneas de Defensa**

Se tiene documentada las responsabilidades de las líneas de defensa para la gestión de riesgos. Con capacitación reciente por la Función Pública se adaptará el instrumento para la construcción del mapa de aseguramiento.

4.2 Determinar El Universo De Evaluaciones

Para la determinación del universo de unidades auditables se tomó como referencia los siguientes aspectos:

1. Las unidades auditables identificadas por el equipo directivo, para el plan de evaluaciones de la vigencia 2021, solo se recibió solicitud de la Subgerente Administrativa y financiera

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 46 de 64		

2. Identificación de aspectos críticos o factores de éxito producto de la revisión del Direccionamiento Estratégico, la Gestión Institucional y del Programa Gestión De Riesgos, la cual se registró en la parte inicial de este documento.
3. Aspectos o factores clave identificados por el equipo auditor tomando como insumo los hallazgos de las auditorías internas e informes de ley a cargo de la oficina de control interno de las vigencias 2019 y 2020, así como por el conocimiento que se tiene de la organización.
4. Se solicitó a los directivos de la entidad, como segunda línea de defensa, el listado de las autoevaluaciones o evaluaciones que tienen programadas para la vigencia 2021, recibiendo los cronogramas de la Subgerencia de Red de Servicios, la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional y la Oficina de Gestión Ambiental. De las demás direcciones no se han recibido las programaciones.

Cada aspecto o unidad auditable se asoció al proceso al que pertenece y a los riesgos identificados a cada uno de ellos relacionados con el aspecto auditable.

4.3 Priorización de las Unidades Auditables

Para la priorización de las unidades auditables se utiliza el instrumento "matriz de priorización de unidades auditables" la cual califican 8 criterios los cuales son:

1. **Nivel de riesgo inherente** de cada proceso con un peso ponderado del 25%, la calificación considera los siguientes criterios y se califica de 1 a 5:
 - 1 No hay riesgos asociados
 - 2 Los riesgos están en zona baja
 3. Tiene 1 o más riesgos en zona moderada.
 4. Tiene 1 o más riesgos en zona alta.
 5. Tiene 1 o más riesgos en zona catastrófica

Para la calificación de este criterio se tomaron los datos de los mapas de riesgos de los procesos publicados en el software Almera.

El resultado es producto de la multiplicación de la calificación del nivel de riesgo por el peso porcentual (25%)

2. **Expectativas de la Alta Dirección** con un peso ponderado del 8% la calificación considera los siguientes criterios y calificación de 1 a 5:

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 47 de 64		

1. No solicitado o solicitado por 1 Gerente o Directivo. En su defecto, temas de seguimiento por la alta dirección tratados en Comité Directivo con menor repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 0 a 3 repeticiones en diferentes comités)
2. Solicitado por 2 Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con penúltimo valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 4 a 7 repeticiones en diferentes comités)
- 3: Solicitado por 3 Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con ante penúltimo valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 8 a 11 repeticiones en diferentes comités)
4. Solicitado por 4 Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con el segundo mayor valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 12 a 15 repeticiones en diferentes comités).
5. Solicitado por 5 o más Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con el mayor valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (16 o más repeticiones en diferentes comités)

Este criterio se calificó con 1 para todas las unidades auditables porque solo se tuvo solicitud de la Subgerencia Administrativa y Financiera.

3. **Cumplimiento Planes de Mejoramiento** de la contraloría o Control interno peso ponderado del 20%, la calificación considera los siguientes criterios y calificación de 1 a 5:
 1. No tiene plan o todos los hallazgos están cerrados
 2. Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance igual o mayor al 90%
 3. Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance entre el 75% y el 89%
 4. Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance entre el 50% y el 74%
 5. Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance igual o inferior al 49%

Para la calificación de este criterio se tomó la información de los planes de mejora formulados a las auditorías internas de los procesos y el seguimiento al plan de los hallazgos de la auditoría de la contraloría de la vigencia 2019.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 48 de 64		

4. **Periodo de tiempo transcurrido entre auditorías**, con un peso porcentual del 4%, considera los siguientes criterios y calificación de 1 a 5:

1: 1 año o menos

2: >1 año y <=2 años

3: 3 años

4: 4 años

5: 5 años o más

Para la calificación de este criterio se tuvo en cuenta los planes de evaluaciones de las vigencias anteriores y el conocimiento del equipo auditor.

5. **Concepto del Equipo Auditor** con un peso porcentual del 4%, considera los siguientes criterios y calificación de 1 a 5:

1. La Unidad Auditable haya sido identificada por 1 auditor

2. La Unidad Auditable haya sido identificada por 2 auditores

3. La Unidad Auditable haya sido identificada por 3 auditores

4. La Unidad Auditable haya sido identificada por 4 auditores

5. La Unidad Auditable haya sido identificada por todo el equipo de la oficina

Para la calificación de este criterio se estableció para cada unidad auditable la identificación de los auditores como factor crítico y/o alto riesgo para la entidad.

6. **Resultados de los Indicadores de los procesos** con un peso porcentual del 8%, considera los siguientes criterios y calificación de 1 a 5:

1. No se requiere medir

2. Los resultados de todos los Indicadores se encuentran en estado deseable ($\geq 90\%$)

3. Tiene indicadores en estado deseable y al menos uno en estado aceptable ($\geq 70\%$ y $< 90\%$)

4. Tiene un solo indicador en estado crítico ($< 70\%$)

5. Tiene dos o más indicadores en estado crítico ($< 70\%$), No tiene indicador asociado, pero sí se requiere medir y Cuenta con indicador, pero no se ha realizado la medición.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 49 de 64		

Para la calificación de este criterio se tomaron los resultados de los indicadores de los proyectos del plan de acción con corte al 4º bimestre, asociando los procesos con el proyecto y línea del plan de acción.

7. **Recurrencia de Hallazgos** con un peso porcentual del 16%, considera los siguientes criterios y calificación de 1 a 5:

1. No tiene hallazgos recurrentes
2. Tiene 1 hallazgo recurrente
3. Tiene 2 hallazgos recurrentes
4. Tiene 3 hallazgos recurrentes
5. Tiene 4 o más hallazgos recurrentes.

Para la calificación de este criterio se tuvo en cuenta los hallazgos de las auditorias de las vigencias 2018, 2019 y 2020.

8. **Impacto en los objetivos estratégicos** (15%), considera los siguientes criterios y calificación de 1 a 5:

1. No tiene objetivo asociado
2. Impacta 1 objetivo
3. Impacta 2 objetivos
4. Impacta 3 objetivos
5. Impacta 4 o más objetivos

Para la calificación de este criterio se hizo asociación de cada unidad auditable a las diferentes líneas estratégicas del plan de acción.

El instrumento genera una calificación final producto de la calificación individual de cada criterio por unidad auditable por el valor de ponderación, dando una calificación entre 1.0 y 5.0.

Luego se organizan las unidades auditables de acuerdo con la calificación obtenida de mayor a menor.

A continuación, se presenta el listado de unidades auditables priorizadas:

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 50 de 64		

Proceso	Unidades Auditables	Riesgo Asociado	Valor promedio ponderado
direccionamiento y planeación	direccionamiento y planeación	Direccionamiento estrategico que no responde a las necesidades identificadas	3,80
		Planes programas y proyectos que no cumplen los objetivos y metas	
Desarrollo del sistema de Gestión	Modelo de operación por procesos	Apropiacion deficiente cultura de mejoramiento	2,98
		Estructura documental desactualizada o con dualidades	
	Desarrollo del sistema de Gestión	Incumplimiento normativo	3,35
Gestión Venta de Servicios	Proyectos del pic	No tiene riesgo asociado	2,47
	Evaluacion proceso de facturación y contratacion con EPS	Vender servicios a entidades que no tienen capacidad de pago	3,39
	Contratación prestacion servicios (terceria)	Condiciones operativas y financieras desfavorables en la contratacion de venta de servicios de salud	3,58
	Supervision de Contratos	No tiene riesgo asociado	2,98
	Modelo prestacion de servicios de salud	No tiene riesgo asociado	2,52
	Liquidacion de convenios interadministrativo	No tiene riesgo asociado	2,84

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 51 de 64		

Atención en Urgencias	Proceso Referencia y Contrarreferencia y traslados	Falla continuidad del proceso de atención	3,29
Atención en Hospitalización	Atención materno perinatal	Error en el abordaje clínico integral del paciente en la atención hospitalaria	3,10
		Eventos adversos en la hospitalización	
	Gestión de camas	No tiene riesgo asociado	2,58
	Modelo de atención de enfermería	No tiene riesgo asociado	3,06
Gestión Servicio Farmacéutico	Dispensación de medicamentos	Falla continuidad del proceso de atención	3,33
		Presentación de problemas relacionados con el uso de medicamentos	
		No se gestionan adecuadamente las afectaciones de inventario acorde con la demanda insatisfechas, nuevos servicios y otras novedades que se presentan en los servicios de atención	
Gestión del Talento Humano	Liquidación de bonos pensionales	No tiene riesgo asociado	3,39
	Planta de Cargos	No tiene riesgo asociado	2,82
	Generación cuadro de turnos (asignación)	No tiene riesgo asociado	3,26
	Administración de personal	No gestión adecuada de la	3,38

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 52 de 64		

Gestión Financiera	Cobro de cuotas partes pensionales	Falta liquidez Desequilibrio presupuestal	3,43	
	Evaluar el manual de política financiera bajo el nuevo	Información contable y administrativa que no cumple	2,81	
	Facturación (Admisión y facturación de servicios todo el ciclo)	Error en la facturación inoportunidad o no	3,30	
	Glosas	No tiene riesgo asociado	2,43	
	Cartera	Falta deliquidez	3,43	
	Arqueo de cajas	No tiene riesgo asociado	2,43	
	Anulación de recibos de caja	No tiene riesgo asociado	2,35	
	Auditoría de Cuentas	Error en la facturación	3,14	
	Gestión Bienes y Servicios	Evaluación de Inventarios de la propiedad planta y equipo	Perdida de bienes muebles	3,01
Compras (por avance y caja menor)		No tiene riesgo asociado	3,43	
Supervisión de Contratos		Deficiencia en la supervisión de contratos	3,11	
Inventarios de suministros		Perdida de bienes muebles	3,13	
Mantenimiento Hospitalario (infraestructura, equipos)		No contar con los equipos biomédicos necesarios con especificaciones técnicas adecuadas para la prestación de los servicios	Deficiencia en la infraestructura física para prestar servicios de salud de manera segura	3,58
Seguridad hospitalaria en los servicios de urgencias	Deficiencia en la infraestructura física para prestar servicios de salud	3,10		

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 53 de 64		

Gestión Jurídica	Cumplimiento de terminos procesales	Conceptualización jurídica insuficiente	3,18
		toma de decisiones	
		Demora en cumplimiento de fallos judiciales	
		Inoportunidad frente a los terminos procesales	
Gestión Sistema de Información	Gobierno digital	No contar con información de calidad	3,18
	Seguridad de la información	Falla continuidad del sistema de información	3,18
No contar con la información institucional para la toma de decisiones			
Gestión Documental	Manejo de archivo clinico	Compromiso de la integridad, confidencialidad de los documentos y o perdida de la información	3,09
Gestión de la Evaluación	Verificar Auditorias de segunda linea	Los resultados de la auditoría no actuan como elementos que aporten al mejoramiento de los procesos	3,78
		Cobertura insuficiente del universo auditable	

4.4 Identificación de la segunda línea de defensa

Siguiendo los lineamientos de las normas internacionales y el esquema del modelo integrado de planeación y gestión, MIPG se documenta el mapa de aseguramiento, el cual es un instrumento que permite identificar el nivel de aseguramiento de los aspectos o factores críticos de la organización por cada una de las líneas de defensa.

Para el desarrollo de este instrumento se toman todos los riesgos identificados y sus controles y se califican los criterios que trae el instrumento, de acuerdo con ello automáticamente determina la línea de defensa responsable de su aseguramiento, si deben ser asegurados por la primera, segunda o tercera línea como se aprecia en la siguiente imagen.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 54 de 64		

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA																
No.	ASPECTO CLAVE DE ÉXITO (Programa, Proyecto, Proceso, Sistema, entre otros)	Riesgo asociado al aspecto clave de éxito	Responsable	Area Funcional	Criterios para la identificación de la segunda línea de defensa			Clasificación	FUNCIONES DE ASEGURAMIENTO	CRITERIOS EVALUADORES DE LA FUNCIÓN DE ASEGURAMIENTO					NIVEL DE CONFIANZA	OBSERVACIÓN
					¿Pertenece a la Media o Alta Gerencia?	¿Responde ante la Alta Dirección?	¿Realiza actividades de seguimiento?			Objetivo y Alcance de la función de aseguramiento (20%)	Metodología (30%)	Responsable (30%)	Comunicación de resultados (20%)	Total		
1	direccionamiento y planeación	Direccionamiento estratégico que no responde a las necesidades identificadas	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Planeación y Desarrollo Organizacional	x	x	x	Segunda Línea de Defensa	Formulación participativa del plan de desarrollo	5	4	5	4	4,5	Alto Aseguramiento	La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces confiar en los resultados del aseguramiento de la 2ª línea y basado en sus informes, auditará la efectividad de dicha función, evitando evaluar los controles de la 1ª línea.

De esta evaluación se determinan los aspectos que tienen un alto nivel de confianza para que sean evaluados por la segunda línea de defensa, esto permite ampliar el número de auditorías en la organización y que la oficina de control interno cubra aspectos con bajo aseguramiento. Ver anexo 1 mapa de aseguramiento.

Los aspectos o unidades auditables que se asignan a la primera línea de defensa y fueron priorizados en la matriz de priorización se incluyen en el plan general de evaluaciones así como los aspectos de la segunda línea de defensa con moderado o bajo nivel de aseguramiento, para el presente plan se exceptúa el riesgo "Acuerdo de pago no corresponda con los valores adeudados" del proceso de gestión coactiva, el cual por análisis del equipo de la oficina de control interno por ser un proceso nuevo se da la posibilidad que los responsables de gestionarlo fortalezcan los procedimientos y controles.

De acuerdo con los resultados obtenidos se obtiene un listado definitivo de unidades auditables. Ver tabla a continuación

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 55 de 64		

Proceso	Unidades Auditables	Valor promedio ponderado
Direccionamiento y Planeación	Direccionamiento y Planeación	3,80
Gestión de la Evaluación	Verificar Auditorias de segunda línea	3,78
Gestión Venta de Servicios	Contratación prestación servicios (tercería)	3,58
Gestión Bienes y Servicios	Mantenimiento Hospitalario (infraestructura, equipos)	3,58
Gestión Financiera	Cobro de cuotas partes pensionales	3,43
Gestión Financiera	Cartera	3,43
Gestión Bienes y Servicios	Compras (por avance y caja	3,43
Gestión Venta de Servicios	Evaluación proceso de facturación y contratación con EPS	3,39
Gestión del Talento Humano	Liquidación de bonos pensionales	3,39
Gestión del Talento Humano	Administración de personal (nomina, liquidación de seguridad social)	3,38
Desarrollo del sistema de Gestión	Desarrollo del sistema de Gestión	3,35
Gestión Servicio Farmaceutico	Dispensación de medicamentos	3,33
Gestión Financiera	Facturación (Admisión y facturación de servicios todo el ciclo)	3,30
Atención en Urgencias	Proceso Referencia y Contrarreferencia y traslados	3,29

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 56 de 64		

Gestión Sistema de Información	Seguridad de la información	3,18
Gestión Financiera	Auditoria de Cuentas	3,14
Gestión Bienes y Servicios	Inventarios de suministros	3,13
Gestión Bienes y Servicios	Supervision de Contratos	3,11
Atención en Hospitalización	Atención materno perinatal	3,10
Gestión Bienes y Servicios	Seguridad hospitalaria en los servicios de urgencias	3,10
Gestión Documental	Manejo de archivo clinico	3,09
Atención en Hospitalización	Modelo de atencion de enfermeria	3,06
Gestión Bienes y Servicios	Evaluacion de Inventarios de la	3,01
Desarrollo del sistema de Gestión	Modelo de operación por procesos	2,98
Gestión Venta de Servicios	Supervision de Contratos	2,98
Gestión Venta de Servicios	Liquidacion de convenios interadministrativo	2,84
Gestión del Talento Humano	Planta de Cargos	2,82
Gestión Financiera	Evaluar el manual de politica financiera bajo el nuevo marco Normativo dictado por la Contaduría General de la Nacion	2,81
Atención en Hospitalización	Gestion de camas	2,58
Gestión Venta de Servicios	Modelo prestacion de servicios de salud	2,52

4.5 Identificación de Recursos

En este aparte se identifica el tiempo laboral del equipo de la oficina para la vigencia 2021 el cual se distribuye entre las diferentes actividades y novedades del personal con el fin de identificar la capacidad instalada para responder a las obligaciones identificadas, para ello se utiliza instrumento proporcionado dentro de la caja de herramientas de la Función Pública para la planeación de las auditorias. Este cálculo

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 57 de 64		

solo incluye el equipo de control interno, idealmente sería adecuado se utilizará por las otras áreas que actúan como evaluadores internos (segunda línea):

DETERMINACION PLAN DE AUDITORIA vs RECURSOS				
Fecha de Elaboración: 29 octubre 2020				
Cantidad días hábiles x año		Cantidad auditores (recurso)	Total días hábiles auditor	
245		4	980	
Novedades Talento Humano y actividades		Consumo individual días hábiles x auditor	Consumo total días hábiles	
TOTAL DIAS HABILES CONSUMIDOS EN NOVEDADES			409	
TOTAL DIAS HABILES DISPONIBLES EQUIPO DE AUDITORES			571	
Auditorías a realizar según Plan Anual de Auditorías Basado en Riesgos	Valor de Priorizacion	Cantidad Auditores	Estimado días hábiles auditoría	Total días hábiles auditoría
Tiempo estimado plan anual auditorías				561
DIFERENCIA (TIEMPO ADECUADO / TIEMPO INSUFICIENTE)				10
Observaciones Generales:				

Del cálculo realizado quedan pendientes 10 días que se tendrán presentes para alguna contingencia.

Dentro del cálculo de horas de novedades se incluyen:

- Vacaciones
- Licencias
- Incapacidades
- Permisos
- Capacitaciones
- Elaboración de Informes de Ley
- Labores administrativas
- Atención peticiones extraordinarias alta dirección o Integrantes Comité Coordinación Control Interno

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 58 de 64		

- Atención entes externos de control
- Otras actividades institucionales
- Autoevaluación del Proceso
- Tiempo para consultorías internas (roles Liderazgo Estratégico, Enfoque hacia la prevención y relaciones con entes externos de control).

El tiempo destinado a las auditorias permite la realización de 24 auditorías durante la vigencia 2021, incrementando en un 71,4% lo realizado en la vigencia 2020. Ver anexo 2 Determinación Plan De Auditoria Vs Recursos

Auditorias a realizar según Plan Anual de Auditorías Basado en Riesgos	Valor de Priorización
Direccionamiento y planeación	3,80
Desarrollo del sistema de Gestión	3,35
Evaluación proceso de facturación y contratación con EPS	3,39
Facturación (Admisión y facturación de servicios todo el ciclo)	3,30
Cartera	3,43
Auditoria de Cuentas incluye gestión de glosas	3,14
Proceso Referencia y Contrarreferencia y traslados	3,29
Atención materno perinatal incluye seguimiento auditoria anterior de hospitalización y urgencias (incluye modelo atención de enfermería)	3,10

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente partir de:	a		
Página:	Página 59 de 64		

Dispensacion de medicamentos incluye seguimiento auditoria anterior	3,33
Liquidación de bonos pensionales	3,39

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:	a		
Página:	Página 60 de 64		

Cobro de cuotas partes pensionales	3,33
Generacion cuadro de turnos (asignación de acuerdo al regimen retroactivo)	3,26
Evaluacion de Inventarios de la propiedad planta y equipo Incluye seguimiento a auditoria anterior	3,18
Compras (por avance y caja menor)	3,18
Contratación prestacion servicios (terceria) incluye seguimiento auditoria anterior venta de servicios	3,43
Supervision de Contratos	3,14
Inventarios de suministros	3,13
Seguridad hospitalaria en los servicios de urgencias	3,10
Cumplimiento de terminos procesales	3,18
Modelo de Mejoramiento (planes de mejoramiento)	Asignado por mapa de aseguramiento
Seguridad de la información	3,06
Manejo de archivo clínico	3,09
Liquidacion de convenios interadministrativo	2,84

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 61 de 64		

Mantenimiento Hospitalario (infraestructura, equipos)	3,58
Talento Humano (Planta de Cargos, suficiencia de personal y personal en formación)	2,82
Arqueo de cajas incluye anulacion de recibos de caja	2,43
Gestion de camas	2,58
Seguimientos a auditorias anteriores (dos seguimientos al año)	

4.6 Formulación del Cronograma del Plan General De Evaluaciones Basado En Riesgos.

Una vez definida la propuesta de unidades auditables se construye el cronograma del plan general de evaluaciones el cual incluye las evaluaciones realizadas por la segunda y tercera línea de defensa.

Para ello se tiene presente la distribución de tiempos durante el año de manera que no se sobrecargue a las diferentes áreas o sedes con auditorias simultaneas. Ver anexo 3. Cronograma General de Evaluaciones.

4.7 Comunicar El Plan General De Evaluaciones

Las actividades de comunicación del plan general de evaluaciones incluyen:

1. Envío del documento del plan general de evaluaciones al Comité Coordinador de Control Interno para su revisión y aprobación
2. Presentación del cronograma de auditorías en la última reunión del año del Comité Coordinador de Control Interno para su revisión y aprobación.
3. Envío del cronograma aprobado a todos los directivos para su divulgación al personal a su cargo e incorporarlo en las agendas de cada sede.
4. Publicación del plan general de evaluaciones en el software Almera y pagina Web de la Entidad.
5. Despliegue institucional para dar a conocer el plan general de evaluaciones a todo el personal.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 62 de 64		

5 SEGUIMIENTO AL PLAN INSTITUCIONAL DE EVALUACIÓN

El seguimiento a la ejecución del plan de Evaluaciones 2021 se realiza por el Jefe y el Equipo de Profesionales Especializados de la Oficina de Control Interno y Evaluación al cumplimiento del cronograma formulado, a los informes de evaluación presentados por los auditores, a la satisfacción con la auditoría y el desempeño de los auditores por parte de los auditados y a la medición de los indicadores del proceso, de acuerdo con los lineamientos dados por el Programa de Aseguramiento de la Calidad de la Auditoría en sus actividades de supervisión y seguimiento continuo

Trimestralmente se presentan los resultados de la evaluación al Comité Coordinador de Control Interno y al Comité de Gerencia Ampliado en la evaluación del Plan de Acción.

En caso de requerirse ajustes o modificaciones al plan se presentan en reunión del Comité Coordinador de Control Interno para su revisión y aprobación.

Estos seguimientos y evaluaciones son insumo para la realización de la Autoevaluación Anual.

Se definen los siguientes indicadores para efectos del seguimiento:

- Porcentaje de cumplimiento del Plan General de Evaluaciones global y discriminado por la unidad administrativa responsable de las actividades.
- Proporción de cobertura del universo auditable.
- Proporción de satisfacción de los auditados y la alta dirección con el proceso de auditoría y el desempeño de los auditores.

6 APROBACION

El presente plan fue aprobado en la reunión del Comité Coordinador de Control Interno del 10 de diciembre de 2020, acta N° 5.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 63 de 64		

7 DEFINICIONES

Auditoría Interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización.

Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistémico y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

Control: Cualquier medida que tome la dirección, el Consejo y otras partes, para gestionar los riesgos y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y metas establecidas. La Dirección planifica, organiza y dirige la realización de las acciones suficientes para proporcionar una seguridad razonable de que se alcancen los objetivos o metas.

Control interno es un proceso llevado a cabo por el consejo de administración (junta Directiva, comité de auditoría, comité institucional de coordinación de control interno), la Dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de aseguramiento razonable para la consecución de los objetivos relativos a las operaciones, a la información y el cumplimiento.

Cumplimiento Adhesión a las políticas, planes y procedimientos, leyes regulaciones, contratos y otros requerimientos.

Gestión de riesgos: Un proceso para identificar, evaluar, manejar y controlar acontecimientos o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable respecto del alcance de los objetivos de la organización.

Código:	PV01 PL 36	PLAN GENERAL DE EVALUACIONES 2021	
Versión:	07		
Vigente a partir de:			
Página:	Página 64 de 64		

BIBLIOGRAFÍA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 87 (29 de noviembre, 1993). Bogotá D.C., 1993. No. 41.120.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA Ley 1474 (12 de julio, 2011). Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 48.128.

Decreto 943 (21 de mayo, 2014). Diario Oficial. Bogotá D.C., 2014.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas Versión 4. Julio De 2020.

INSTITUTO DE AUDITORES INTERNOS DE COLOMBIA. Marco internacional para la práctica profesional de la auditoría interna. Bogotá, D.C., 2017.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces – Bogotá DC, Diciembre de 2018.

ALCALDÍA DE BOGOTÁ. Guía para Elaborar el Mapa de Aseguramiento en las Entidades del Distrito. BOGOTÁ D. C. Diciembre de 2019.

ANEXO 1 Mapa de Aseguramiento

ANEXO 2 Determinación Plan De Auditoria Vs Recursos

ANEXO 3 Cronograma Plan General de Evaluaciones