



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

*Evolucionamos pensando
en Usted*



**INFORME DE SEGUIMIENTO AL
MAPA DE RIESGOS DE
CORRUPCIÓN**

31 DE DICIEMBRE DEL 2024



**INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN DEL
HOSPITAL DEL SARARE ESE,
2024**

YENNY CAROLINA SUAREZ

Asesora control interno
Hospital del Sarare E.S.E

GERALDINE REAL LOZANO

Profesional Univ. Apoyo control interno
Hospital del Sarare E.S.E

**HOSPITAL DEL SARARE
SARAVENA
DICIEMBRE 2024**



Contenido

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO	4
ALCANCE:	4
FUNDAMENTOS LEGALES	5
METODOLOGÍA APLICADA.....	5
1. SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN EL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CUIDADANO – PACC.....	6
2. SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR RIESGO DE CORRUPCIÓN.....	7
2.1 Riesgo de No aplicación del Manual de Contratación	7
2.2 Riesgo de No Implementación del Plan de Defensa Jurídica	8
2.3 Riesgo de No Aplicación del Manual de Propiedad Planta y Equipo	10
2.4 Riesgo de No cuenta con un sistema de gestión documental para el manejo de documentos electrónicos	11
2.5 Riesgo de Información incompleta o inexactitud en la digitación de datos de la historia laboral y registros de nómina.....	12
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	13



INTRODUCCIÓN

Atendiendo uno de los propósitos del sistema de Control Interno, el cual está orientado a lograr la eficiencia, eficacia y transparencia en el ejercicio de las funciones de la entidad, la Oficina de Control Interno dando cumplimiento a la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 124 de 2016 y Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5; presenta Informe de seguimiento al MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN durante el periodo comprendido entre agosto y diciembre del año 2024.

El informe presenta el seguimiento de evaluación, análisis y monitoreo a las actividades relacionadas al mapa de riesgo de corrupción definidos por el Hospital del Sarare E.S.E aportando un enfoque sistemático y disciplinario para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión del riesgo y control de la entidad.

OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento a la gestión del mapa de riesgos de corrupción del Hospital del Sarare E.S.E a través de controles, análisis y monitoreo, como primer componente del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano y la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de controles en Entidades Públicas del DAFP.

ALCANCE:

Verificar los controles para mitigar o reducir los riesgos a corte a 31 de diciembre del 2024, los cuales están documentados en el Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional de la vigencia 2024.



FUNDAMENTOS LEGALES.

- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1474 de 2011, Artículos 73 y 74 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 124 de 2016, Artículo 2.1.4.6 “mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo”.
- Decreto 1081 de 2015, Artículo 2.1.4.1.; “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República”.
- Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, diciembre de 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital. Versión 4, octubre 2018, emitida por la Secretaria de Transparencia - Presidencia de la República; Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

METODOLOGÍA APLICADA

De acuerdo al mapa de riesgo de corrupción institucional de la vigencia 2024 publicado en la página web, La oficina de Control Interno relaciona toda la información y verifica las actividades plasmadas para el tercer cuatrimestre del 2024, en la intranet de la carpeta compartida lideres <\\192.168.1.4\lideres-sig>. se realiza seguimiento de la información para establecer los controles y así mitigar los riesgos que puedan incurrir en la entidad.



1. SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN EL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO – PACC

- ❖ En el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano en el componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción- Mapa de Riesgos de Corrupción realiza seguimiento a cada una de las actividades el cual se encuentra en un 100% de cumplimiento de esta a corte a 31 de diciembre de la presente vigencia, no obstante, se recuerda que esta actividad fue cumplida en el anterior seguimiento.

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2024								
COMPONENTE 1 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								
Fecha de seguimiento: 31 DE DICIEMBRE DE 2024								
RIESGOS DE CORRUPCIÓN						FECHA DE SEGUIMIENTO:		OBSERVACIONES
N.	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META + PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	% AVANCE	
1	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Socializar la política de Gestión de Riesgos	Correos electrónicos, comunicaciones Internet, publicaciones en medios electrónicos y de comunicación	Planeación	Abril-Agosto	https://hospitaldelsarare.gov.co/t2-politicas.html	100%	
		Incluir en la actualización de contenidos de la inducción información de la política de administración de riesgos.	Documento/ video con el contenido de la política de administración de riesgos	Planeación	Abril-Agosto	https://www.facebook.com/HospisSarareEse/video/11197805278005243 https://www.instagram.com/healthC_sarareEWH/?igsh=cwZmNjg5NDMybDE0	100%	
2	MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	Validar, actualizar y/o identificar nuevos riesgos de corrupción conforme a la metodología definida	Mapa de riesgos corrupción del Hospital del Sarare 2024.	Planeación	Enero	https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/planesac/C33E3n/planesac/C33E3n-5.html	100%	
3	CONSULTA Y DIVULGACIÓN	Realizar publicación de mapa de riesgos de corrupción en la página Web de la Entidad	Mapa de riesgos de Corrupción publicado	Sistemas	Enero	https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/planesac/C33E3n/planesac/C33E3n-5.html	100%	
6	MONITOREO Y REVISIÓN	Realizar revisión cuatrimestralmente por proceso los riesgos de corrupción, aplicando ajustes de ser necesario	Seguimiento al mapa de Riesgos de corrupción	Planeación	Cuatrimestralmente	Se realiza monitoreo en el mapa de riesgo de corrupción el cual se encuentra en W192.168.14/Ideres-sig12.PLANEACION/2024/PLAN ANTICORRUPCION	100%	
7	SEGUIMIENTO	Realizar seguimiento al Mapa de Corrupción en los plazos establecidos por ley	Informe de Seguimiento	Oficina Control Interno	Cuatrimestralmente	https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision-notificacion-y-vigilancia/control-interno/informes.html	100%	
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 1							100%	

Fuente Evaluación Plan Anticorrupción a Corte 31 de diciembre de 2024



- ❖ Así mismo se evidencia la publicación del seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Cuidada en la página web de la institución a corte a 31 de diciembre del 2024.

<https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision,-notificacion-y-vigilancia/control-interno/evaluaciones.html>

2. SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR RIESGO DE CORRUPCIÓN

2.1 Riesgo de No aplicación del Manual de Contratación

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. No aplicación del manual de contratación. 2. No publicación oportuna en el SECOP. 3. No consulta de oferentes en listas restrictivas.	Posibilidad de favorecimiento a terceros en procesos Contractuales y/o Jurídicos o contratar con personas naturales o jurídicas, o formas asociativas que se encuentren vinculadas a listas restrictivas por lavado de activos y financiación del terrorismo o que tengan reportes negativos por entes de control del Estado Colombiano.	El equipo de contratación realiza la verificación de requisitos, aplicando el formato de lista de verificación de requisitos, de cada proceso Contractual, previo a la suscripción de Cada Contrato.	1 Realizar una auditoría interna al subproceso Contratación en el cual ser verifiquen los requisitos de cada proceso en todas sus etapas; precontractual, contractual, post contractual.
		El equipo de Contratación realiza la publicación del proceso contractual en la página web y el SECOP, de acuerdo a lo establecido en el manual de contratación.	2 Realizar la publicación de documentos de los proceso de contratación en la Página web institucional y SECOP II acorde a los lineamientos del Manual de contratación de la Entidad aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva No 23 del 27/12/2024 POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA Y ACTUALIZA EL MANUAL DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E
		El equipo de Contratación realiza solicitud al oficial de Cumplimiento, la consulta de los antecedentes de los oferentes en las listas restrictivas; dicha consulta es anexada a	3 Realizar auditoria interna del Programa PTEE y Sistema de administración de riesgos en la cual se realiza seguimiento a la verificación realizada por parte del Oficial de cumplimiento SARLAFT en lo referente a Antecedentes de Administración de Riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo (SARLAFT).



		cada expediente del contrato	
--	--	------------------------------	--

Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. Para el mes de julio de la presente vigencia se realizó auditoria N° 3 al proceso de Gestión jurídica por el cual se verificaron 23 expedientes contractuales, por el cual se encuentra publicada en la página web de la institución <https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision,-notificacion-y-vigilancia/control-interno/auditorias.html>
2. Se realiza seguimiento a la página web institucional <https://hospitaldelsarare.gov.co/contratacion/actual.html> y plataforma se SECOP II <https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE> y también por medio de la plataforma SIA Observa de la Contraloría General del Nación. Se evidenció mediante acuerdo de Junta Directiva No 23 del 2024 Actualización y modificación del manual de contratación.
3. Se realiza auditoria No 07 en el mes de noviembre del Programa del Sistema de Administración y Gestión del Riesgo y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial el cual se encuentra publicada la página web de la institución, informe publicado en la página web institucional <https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision,-notificacion-y-vigilancia/control-interno/auditorias.html>

2.2 Riesgo de No Implementación del Plan de Defensa Jurídica

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. Debilidad en el seguimiento a los procesos de defensa jurídica frente a demandas que cursan en contra de la entidad.	Posibilidad de pérdidas Económicas por Fallo de Demandas en contra de la Entidad, por mala praxis en los servicios de Salud.	La oficina Jurídica realiza la contratación de un abogado externo, que apoya los procesos judiciales que cursan en contra de la entidad.	1 Abogado externo realiza presentación de informes periódicos ante el comité de conciliación, del estado y avance de los procesos judiciales que cursan en contra de la entidad.
2. No se tiene una			



adecuada protección de Seguros por responsabilidad extracontractual. restrictivas. Civil		Realizar reunión Periódica con el comité de Conciliación para revisar el Estado de los Procesos Judiciales que cursan en contra de la entidad.	2 Realizar análisis y revisión del informe semestral del Comité de Conciliación.
		El Hospital del Sarare ESE adopta medidas para amparar cubrir sus riesgos de responsabilidad civil extracontractual de la Institución.	3 Definir y contratar las pólizas de seguro de Responsabilidad civil clínicas y hospitales, póliza de manejo global sector oficial e en el marco de la Política de Defensa Jurídica acorde a los riesgos jurídicos de los procesos de demandas en contra de la entidad.

Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. De acuerdo al informe del segundo semestre del Comité de Conciliación se evidencian doce (24) actas suscritas.
2. Se verifica el informe de Conciliación a corte a 31 de diciembre de la presente vigencia donde soportan el funcionamiento, reglamento, la conformación del comité, las sesiones ordinarias y extraordinarias, las solicitudes de conciliación extrajudiciales, judiciales y el pacto de cumplimiento, así mismo, como el seguimiento de la política del daño antijurídico, el estado procesal de la defensa jurídica de CRC y la tasa de éxito procesal.

En página web institucional la ESE realiza publicación reporte SIHO relación demandas en contra de la entidad. <https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision,-notificacion-y-vigilancia/juridica/defensa-judicial.html> e informe semestral del Comité de Conciliación.

3. Desde la Subgerencia de Talento Humano remite información de las pólizas de manejo Oficial y Póliza RC clínicas, y una vez agotado el proceso de contratación, bajo la modalidad de Mínima cuantía, se suscribe el acta de inicio y se emite la Póliza Manejo Oficial 460-64-994000000890 y Póliza Rc clínicas 460-88-994000000050, la cual tiene una cobertura y vigencia, desde el **05/09/2024 y hasta el 05/09/2025**, cumpliendo y dando continuidad a la vigencia de las pólizas. Con amparos de: daño emergente por



el servicio médico, Responsabilidad civil institucional, transporte en ambulancia, uso de equipos diagnóstico o terapéuticos, suministro de medicamentos y gastos de defensa.

2.3 Riesgo de No Aplicación del Manual de Propiedad Planta y Equipo

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. Cambio de activos entre dependencias sin previo informe. 2. No ingresos de activos 3. Falta de inventarios actualizados de activos e insumos.	Posibilidad de pérdida de bienes y activos de la institución y/ o faltantes en el inventario	Documentar el procedimiento de asignación de activos por servicio área o dependencia.	1 Documento aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño -Inventarios
		Realizar monitoreo y seguimiento a los inventarios y estado de depreciación.	2 Comité de Gestión y Desempeño -Inventarios sesiona trimestralmente realizando seguimiento al inventario.
		Realizar el comité de Inventarios y bajas donde se cuente con el 100% de conceptos de bajas acorde al Manual de propiedad planta y equipo.	3 Realizar bajas de activos y de insumos de acuerdo a los establecido en el manual de propiedad planta y equipo.

Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. Se aprueba Procedimiento de Asignación de Activos mediante acta N° 8 del Comité de Gestión y Desempeño del día 13/11/2024.
2. A corte a 31 de diciembre se **encuentran (4) sesiones ordinarias** del comité de gestión y desempeño- inventarios el cual se realiza seguimiento de las actas de reunión en cual se encuentran en la IP4 \\192.168.1.4\comites institucionales\20 COMITE DE INVENTARIOS\VIGENCIA 2024.
3. Mediante acto administrativo se ordena dar de baja los inventarios y los bienes obsoletos, depreciados y en desuso por compensación de la entidad, el cual establece para el tercer trimestre Resolución N° 233 del 25 de septiembre, y del cuarto trimestre la Resolución N° 343-A del 09 de diciembre de 2024.



2.4 Riesgo de No cuenta con un sistema de gestión documental para el manejo de documentos electrónicos

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. No se cuenta con sistema de gestión de documentos electrónicos 2. No se cuenta con el inventario de información documental electrónica 3. Variación en los accesos autorizados de información.	Posibilidad de pérdida de información digital	Entrega de inventario documental trimestralmente FUID donde se incluya información electrónica.	1 Acta de verificación de manera trimestral de la adecuada custodia y manejo de la información electrónica
		El profesional designado para sistema de información institucional implementa medidas para configurar reglas de seguridad, con el fin de generar conexión segura a nivel perimetral, esto relacionado con la habilitación de dinámica web.	2 Adquirir dominios tanto para pacientes como para hcwebsarare.gov.co, para garantizar la seguridad perimetral del Fortinet.
		El profesional designado para cada sistema de información institucional implementa y/o parametriza los componentes de seguridad con el fin de prevenir accesos no autorizados a nivel de sistema de información y base de datos.	3 Se realiza a través del Monitoreo de la seguridad perimetral del FORTINET y seguimiento al reporte de Directorio Activo.

Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. En diciembre del 2024 líderes de proceso y referentes realizaron entrega a Gestión documental del FUID incluyendo en esta transferencia de información electrónica 31/12/2024.
2. Se adquirió a través de cointernet los dominios tanto para pacientes como para hcwebsarare.gov.co, se compró un certificado SSL, cuya función es asignar el protocolo https (conexión segura), se vincula con una IP pública detrás de la seguridad



perimetral del fortinet. La licencia adquirida tiene vigencia de dos años, hasta 06/05/2026.

3. A través del monitoreo de la seguridad perimetral del FORTINET se puede visualizar el reporte más no descargarlos, así mismo, todo equipo de cómputo nuevo que ingresa a la institución se realiza la instalación del FORTINET. 31/12/2024

2.5 Riesgo de Información incompleta o inexactitud en la digitación de datos de la historia laboral y registros de nómina.

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. No se cuenta con información documentada del procedimiento liquidación de nómina. 2. No se cuenta con software para Administración del Talento humano.	Posibilidad de pérdida económica y reputacional debido a la ausencia de controles y verificación de la información, durante el trámite de solicitud de recursos y pago electrónico de las obligaciones adquiridas por la Función Pública.	El profesional designado para la liquidación de nómina realiza la verificación de la información previo al registro de la información en sistema.	1 Profesional designación para liquidación de nómina consolida registro de control de novedades reportadas con la Subgerencia del talento humano, y verifica la información previo al registro en el sistema.
		El profesional encargado de nómina, mensualmente valida que el cálculo de la seguridad social del sistema de información sea el mismo que el cálculo manual con base al archivo de control consolidado.	2 Profesional designado para la liquidación de nómina realiza el cálculo de los valores de la seguridad social en el archivo de control, los confirma y verifica con liquidación generada en Dinámica gerencial módulo nómina.
		El profesional asignado valida que la información este completa y correctamente transcrita en los datos de la Certificación Electrónica de Tiempos Laborados.	3 Técnico de apoyo de Talento humano verifica las solicitudes de CETIL, valida inexactitudes y se emiten respuestas a las peticiones recepcionadas.

Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. Se tiene un registro de control para las novedades en la nómina, y validación previa del cuadro de control de liquidación de manera mensual esta se encuentra en la IP4 \\192.168.1.4\talentohumano\CARPETA NOVEDADES



2. Realiza verificación de la seguridad social en archivo de control manual de nómina con el módulo de nómina de Dinámica Gerencial para poder realizar la liquidación del mes correspondiente.
3. La Subgerencia de talento humano remite información de cuantas solicitudes CETIL se Ha recibo a corte 31 de diciembre del 2024, la cual del mes de agosto a diciembre no se han solicitado Cetiles por parte del Ministerio de Hacienda.

Se destaca que no se ha presentado durante el periodo evaluado la materialización de los riesgos en el mapa analizado, por lo cual se evidencia la efectividad de los controles planeados, en donde no se hace necesario aplicar controles correctivos para minimizar el riesgo y seguir realizando seguimiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La ESE Hospital del Sarare realizó la respectiva actualización de la política de Administración de riesgos a través de la Resolución No 205 del 29/08/2024, y viene realizando acciones para la divulgación de esta, por lo cual se recomienda continuar con la implementación de ella de acuerdo a los roles y funciones asignadas a las tres líneas de defensa, de los comités institucionales, así como las actividades con las que contribuye cada funcionario o parte interesada de la entidad.
- Con base al informe presentado ante la Junta Directiva de la auditoria interna del Programa de Transparencia y ética empresarial y riesgos, realizar mesas de trabajo trimestral para seguimiento al plan de mejora.
- Se evidenció formulación, publicación, divulgación del mapa de riesgo de corrupción, así como las actividades de monitoreo, seguimiento y revisión. Se recomienda fortalecer la comunicación entre el subproceso de Planeación y subprocesos responsables de la ejecución de actividades del plan.
- La ESE realizó actualización del comité Institucional de Coordinación de control interno a través de la Resolución No 204 del 28/08/2024.
- La ESE realizó la actualización del Manual de Contratación a través del Acuerdo de Junta Directiva No 23 del 2024, por lo cual se considera necesario que se realice



actividad de formación y capacitación a los Supervisores de contratos y garantizar la publicación de dicho Manual en la web institucional.

- Se recomienda continuar con la publicación de la página web de la institución y SECOP II de la contratación de la ESE HOPITAL DEL SARARE. En relación a estas acciones se evidenciaron procesos de capacitación SECOP II al equipo de trabajo de Contratación lo cual favorece el plan de defensa jurídica.

De igual forma para la construcción del plan de defensa jurídica 2025 incluir actividades del plan de mejora auditoria interna del proceso.

- De igual forma la entidad viene realizando seguimiento a los procesos que cursan en contra de la entidad a través de la Oficina Jurídica y a través del comité de conciliación, se ha creado un repositorio de casos estableciendo criterios de prioridad.

Se recomienda continuar construyendo la herramienta del repositorio incluyendo valores actualizados de pretensiones acorde al salario mínimo vigente, así como realizar la transferencia de la información electrónica a Gestión documental.

- Se recomienda generar un control en el proceso de Gestión estratégica del Talento humano para definir alertas tempranas para riesgos de vencimiento de pólizas, incluyendo allí las pólizas de Responsabilidad civil adquiridas por el personal asistencial.

- La Entidad ha realizado la gestión para la adquisición pólizas con los amparos daño emergente por el servicio médico, Responsabilidad civil institucional, transporte en ambulancia, uso de equipos diagnóstico o terapéuticos, suministro de medicamentos y gastos de defensa.

- Es fundamental documentar la actividad del proceso de Talento humano cargue de información y reportes CETIL y UGPP, de igual forma realizar seguimiento periódico de la gestión desarrollada o reportes e informes generados.

- La entidad realizó la actualización de los planes institucionales y se aprobaron a través de la Resolución No 30 del 30 de enero del 2024 los siguientes planes se aprueban con vigencia de cuatrenio 2024 al 2027: Sistema integrado de conservación, programa de gestión documental PGD, Plan institucional de archivo PINAR, Plan de conservación documental, Plan de preservación digital y plan Estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones PETI.



En el marco del Plan de preservación digital a largo plazo se incluyeron dos actividades que aportó a control de riesgos: elaboración e implementación de los documentos electrónicos de archivo, la cual proyecta a la implementación al año 2025 y la actividad de copiar o convertir datos desde tecnología a otra, conservando las características esenciales de los datos, actividad coordinada con Sistemas.

- La ESE en la presente vigencia inició la implementación del FUID documentos electrónicos.
- Desde gestión de las TICS se adelantaron actividades para fortalecer la seguridad de la información, se adquirieron dominios para garantizar la seguridad de información perimetral.
- Para la vigencia 2025 es necesario fortalecer capacitación de la asignación y actualización del inventario de activos, así como realizar actividades de seguimiento.
- Se recomienda por un lado documentar el procedimiento de novedades nómina, y fortalecer la oportunidad de presentación de estas.

Sin otro particular,

Firmado en Original

YENNY CAROLINA SUAREZ

Asesora Control Interno

Firmado en Original

GERALDINE REAL LOZANO

Profesional de Apoyo Control Interno