INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO

TERCER CUATRIMESTRE 2021

No. 004

Fecha: Enero 2022

Contenido

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA 3
ALCANCE..... 3
INFORME DETALLADO.....**Error! Bookmark not defined.**

INTRODUCCION

Dando cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, se presenta a continuación, el informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno de Ecoopsos EPS S.A.S, correspondiente al tercer cuatrimestre 2021.

Continuando con la operación del modelo COSO, la OCI durante el tercer cuatrimestre del año 2021, cumplió con el desarrollo de actividades de monitoreo y seguimiento planeadas, contribuyendo así al mejoramiento institucional.

A continuación se describirán las acciones realizadas frente a sus componentes (Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación, Monitoreo y supervisión), consideradas y ejecutadas en el Plan General de Auditorias de Control Interno en el periodo de septiembre a diciembre 2021.

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Determinar e informar el estado del sistema del Sistema de Control Interno durante el tercer cuatrimestre 2021, a partir de la evaluación de las actividades adelantadas en el marco de los componentes del modelo COSO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las acciones implementadas en cada componente del modelo COSO durante el segundo cuatrimestre 2021.
- Evaluar y proporcionar información del comportamiento del Sistema de Control Interno durante el tercer cuatrimestre 2021.

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En el marco del Plan General de Auditorias aprobadas por la alta Dirección y aplicadas al tercer cuatrimestre de año 2021, la oficina de control interno en cumplimiento de las funciones de seguimiento, presenta a continuación el informe pormenorizado de manera detallada, para así contribuir a la mitigación y mejora de cada uno de los procesos evaluados, con el propósito de anticipar, detallar, evaluar y controlar los riesgos asociados a cada área de la institución, dando las pautas necesarias para la toma de decisiones orientadas al cumplimiento de los objetivos corporativos.

A continuación se presenta el resultado de cada componente evaluado:

1ER COMPONENTE - AMBBIENTE DE CONTROL				
LINEAMIENTO EVALUADO	**RESULTADO**	**PRESENTE**	**FUNCIONANDO**	**%**
La Entidad demuestra el compromiso con la integridad en los principios y valores básicos que rigen la Entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés.	La entidad tiene documentado un código de conducta y buen gobierno donde se establecen los principios y valores básicos de la organización, adicional cuenta con una plataforma estratégica que contempla desde su identidad estratégica, su futuro preferido, objetivos estratégicos y los principios y valores corporativos con una filosofía de mantener comportamientos y actuaciones enmarcados en la integridad y la ética, temas que son abordados desde la inducción y reinducción a los colaboradores que ingresan a la entidad.	3	3	100
Expedición de un Código de conducta y buen gobierno que incluya: Valores y pautas explícitas de comportamiento, parámetros concretos para el manejo de conflictos de interés, incluyendo las instancias competentes para hacer seguimiento al cumplimiento del código y las consecuencias de su inobservancia. El Código de conducta y buen gobierno, debe orientar la actuación de todos los funcionarios, quienes deben comprometerse explícitamente con su cumplimiento.	Dentro del código de conducta y buen gobierno se establecen los parámetros normativos que hacen alusión a los mecanismos de resolución de conflictos, no obstante dentro de este no se detalla expresamente como se regularan las operaciones entre los vinculados económicos, siendo necesario e importante fortalecer los mecanismos de sensibilización y afianzamiento de los contenidos de los valores institucionales y evaluar el impacto de estas para generar cultura organizacional y la participación de los colaboradores y agentes externos en los relacionado a las buenas prácticas.	3	2	80

La Entidad debe contar con una estructura organizacional que permita soportar el alcance del SCI y que defina claramente los niveles de autoridad y responsabilidad, esta debe estar armonizada con el tamaño y naturaleza de las actividades de la Entidad, soportando el alcance del SCI.	La entidad cuenta con un organigrama estructurado, donde son visibles las posiciones jerárquicas que ejercen supervisión y monitoreo, así mismo esta cuenta con una política de control interno donde se definen los roles y responsabilidades que se encuentran enmarcados en los lineamientos establecidos en la circular externa 007. Política que fue ajustadapor la OCI y presentada a los miembros del Comité de Contraloría en el mes de octubre.	3	3	100
La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno.	La Entidad anualmente aprueba el Plan Anual de Auditoría, presentado y ejecutado por la Oficina de Control Interno, en el mes de diciembre presentó a la Alta Dirección el resultado del cumplimiento de las actividades programadas durante el 2021	3	3	100
La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional.	La Oficina de Control Interno hace envío a la Alta Dirección, del resultado de las actividades ejecutadas del Plan Anual de Auditorías, reportando los informes realizados en el último cuatrimestre, como: Auditoría de Cuentas por Pagar a Prestadores de Servicios de Salud, Informe de seguimiento de oportunidad en la entrega de resultados de pruebas para diagnostico de covid- 19 y compensación económica, Auditoría de cobro de valores UPC, Revisión Estándares Mínimos SG-SST año 2021,	3	3	100
TOTAL 1ER COMPONENTE - AMBBIENTE DE CONTROL				**96%**
2DO. COMPONENTE – GESTION Y EVALUACION DE RIESGO.				
Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: a) Estratégicos; b) Operativos; c) Legales y Presupuestales; d) De Información Financiera y no Financiera.	La entidad cuenta con un Manual de gestión de riesgos, donde se describe el modelo de líneas de defensa encaminadas a la gestión operativa, gestión de riesgos de cumplimiento y auditoría interna, así mismo dentro del enfoque metodológico, los riesgos se agruparon en tipología de riesgos de corrupción y por medio de sus subsistemas de administración, contemplados en la circular 004 de 2018, no obstante no se evidencia la consolidación de estos en un plan de gestión corporativo donde se contemplen y unifique el marco estratégico, táctico y operativo.	3	2	80
Identificar y evaluar con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable, y objetivo de los eventos ocurridos. Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos.	La entidad cuenta con matrices de riesgos estructuradas donde se definen los controles conforme al tipo, naturaleza y frecuencia para cada uno de los riesgos y causas asociadas, priorizando dentro de estas matrices documentadas los subsistemas establecidos en la circular externa 004 de 2018, estas matrices se encuentran soportadas por mapas de calor del riesgo inherente y riesgo residual, valorados conforme a la metodología de valoración descrita en la Resolución 4559 de 2018 para la valoración de riesgo y para la valoración de controles basándose en la metodología de DAFP, sin embargo es indispensable mantener actualizada la matriz por parte de todos los procesos responsables en cada uno de los subsistemas o tipología.	3	2	80

La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.	La Entidad realizó Comité de Gobierno Organizacional el 29 de octubre de 2021 en la cual se trataron temas de revisión de políticas de remuneración y matriz ITA adicional se realizó el Comité de Riesgos donde se presentó el resultado de los presupuestos máximos, sinembargo no se evidencia.	3	2	80
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.	Se evidnecia documentada la política de administración de Riesgos donde se establecen los roles y responsabilidades y se establece que todos los nuevos colaboradores deben recibir en la inducción y capacitación, anualmente es evaluada con la finalidad de implementar acciones para mitigar el impacto o evitar la materialización de los riesgos.	3	3	100
Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.	No se evidencia materialización de riesgos tanto en la tipología de corrupción como en los 9 subsistemas de administración (Riesgo actuarial, Riesgo de crédito, Riesgo de fallas de mercado, Riesgo en salud, Riesgo de liquidez, Riesgo de mercado de capitales, Riesgo operacional, Riesgo reputacional y Sarlaft (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismocomo, con base en el monitoreo realizado por la II línea de defensa.	3	3	100
Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.	Dentro de la política para la gestión del riesgo es estructurada con base en las fases de PHA, Planificar, Hacer Verificar y Actuar. Cada uno de estos 4 conceptos corresponde a una fase o etapa del ciclo, donde para cada uno de define el que se ejecutara, como, las especificaciones generales y el responsable de la ejecución, así mismo dentro de las matrices que soportan el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo se definen los responsables de ejercer control a cada uno de los riesgos y causas asociadas, identificados para los subsistemas priorizados	3	3	100
La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.	Dentro del manual que soporta el sistema de gestión de riesgo se documenta los aspectos relevantes para tener en cuenta para la evaluación de la efectividad de los controles diseñados para prevenir, corregir o detectar riesgos que están susceptibles a materialización categorizándolos en escala de valoración de probabilidad en impacto, esto para los riesgos financieros y de salud que tienen priorizados. Sin embargo la Entidad debe sustentar el resultado de la evaluación de las metodologías de valoración, de la efectividad de los controles.	3	2	80
Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.	Este lineamento, pese a que se encuentra definido y argumentado en la política de gestión del riesgo, no existe evidencia que soporte el monitoreo ejecutado sobre estos factores que pueden repercutir negativamente en los intereses económicos de la entidad y por ende en la prestación del servicio a los usuarios afiliados.	3	2	80
La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.	Con base en el resultado de las auditorías internas reportado por la OCI tercera línea de defensa, definidas en el plan de auditoría, en las cuales reporta las fallas de controles evidenciadas producto de estas verificaciones, la Alta Dirección define acciones de mejora.	3	3	100
TOTAL 2DO. COMPONENTE – GESTION Y EVALUACION DE RIESGO.				**89%**
3ER. COMPONENTE – ACTIVIDADES DE CONTROL				

Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación.	Dentro de las matrices de riesgos estructuradas por la entidad para cada uno de los subsistemas priorizados, se evidencia la descripción del control diseñado y los responsables de la aplicación de control, no obstante, no se evidencia las evaluaciones ejecutadas para determinar la adecuada segregación de funciones de quien lo aplica con el fin de corroborar que este se ajusta al perfil y rol definido para ello.	3	2	80
La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías	La infraestructura crítica de ECOOPSOS se encuentra alojada mediante servicio de Collocation en un Datacenter Externo, que cuenta con las condiciones físicas, técnicas y ambientales aptas para el correcto funcionamiento y resguardo de los servidores, equipos de red y comunicaciones de la Institución, protegiendo la integridad de la infraestructura. Se cuenta con una estructura de trabajo que permite la división de los esquemas de soporte operacional, de desarrollo y proyectos, mejorando así los tiempos de respuesta ante los requerimientos y teniendo un monitoreo 7x24 de los sistemas, siendo una ventaja competitiva en oportunidad de respuesta.	3	3	100
Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control	La entidad por medio del proceso de planeación realiza actualización de procedimientos, políticas, instructiva, manual, en el mes de octubre se realizó ajustes al Modelo de Control interno y Política de Control Interno a través del comité de Contraloría y otras que se encuentran revisión para actualización.	3	2	80
El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo.	Se verifica matrices de riesgos priorizados conforme a parámetros establecidos en circular externa 004 de 2018, los controles diseñados por la entidad son segmentados conforme a los riesgos y causas asociadas y documentadas en la matriz de cada subsistema, dentro de esta por cada control diseñado, es definido por tipo de control, naturaleza del control , y frecuencia del control. La valoración del control es definida mediante la implementación de metodología para valoración de controles establecida por : Departamento Administrativo de la función pública – DAFP.	3	3	100
Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.	Conforme a la política diseñada de administración de riesgos Ecoopsos EPS se utiliza la metodología propuesta en la Resolución 4559 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, referente al modelo de Supervisión Basada en Riesgos, el cual tiene el propósito de identificar los niveles de riesgo en la institución y define los lineamientos e instrumentos para la supervisión. Adicionalmente, la CE 004 de 2018, la cual imparte instrucciones para el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos, sin embargo es preciso documentar el monitoreo efectuado a los controles, con el fin que el resultado se evalúe efectivamente y con oportunidad.	3	2	80
TOTAL 3ER. COMPONENTE – ACTIVIDADES DE CONTROL				**88%**
4TO. COMPONENTE – INFORMACION Y COMUNICACIÓN				

La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos.	ECOOPSOS EPS S.A.S. tiene habilitado canales de comunicación dispuestos para su reporte tales como: la plataforma corporativa (Sarlaft), línea ética, comunicación directa con el jefe inmediato y/o Director del área respectiva, comunicación con la oficina de Control Interno ya sea presencial o al correo controlinternocoopsos.com.co, comunicación con el oficial de cumplimiento, entre otras, amparadas en los principios de confidencialidad y/o anonimato.	3	3	100
La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes.	La entidad cuenta con una política de seguridad y privacidad de la información no obstante dentro de esta no se define la gestión de riesgo efectuada para identificar y cuantificar los riesgos asociados a la información que es captada por la entidad bajo los diferentes canales y sistemas de información. La pagina web institucional www.ecoopsos.com.co, presenta cargue y actualización de contenidos informativos y noticiosos; en su botón de transparencia y acceso a la información pública dando cumplimiento a la Ley de Transparencia.	3	3	100
Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entiende su papel en su consecución.	Se verificaron las actividades que en materia de capital social se encuentran documentadas por la entidad, donde se describen las gestiones en materia de atracción y evaluación de talento humano, percepción de los trabajadores de la organización. Si bien es cierto existe documentación que soporta los mecanismos y actividades que se realizan en materia de comunicación interna con la alta dirección, el seguimiento de resultados no cuenta con evidencias que soporten que realmente son ejecutadas.	3	2	80
La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos.	La entidad ha dispuesto los espacios institucionales de Comité Primario en cada una de las áreas que permite la retroalimentación de los riesgos de negocio además de los asuntos propios de la operación de cada dependencia. En particular con respecto a los riesgos relacionados con el fraude, se han dispuestos canales anónimos de denuncias, que de llegar a ser necesario operaran a través de nuestra página web, comunicación privada a la Oficina de Control Interno o al Oficial de Cumplimiento.	3	3	100
TOTAL 4TO. COMPONENTE – INFORMACION Y COMUNICACIÓN				**95%**
5TO COMPONENTE- MONITOREO				
Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).	Los informes preliminares de las auditorías practicadas a los procesos son socializados a los Directores de los procesos junto con el personal asignado que atendió la auditoría comunicando los hallazgos y deficiencias de controles, de no existir objeciones se emite el informe final y se solicita la formulación de los planes de mejoramiento, se aprueban las acciones formuladas y se monitorea el cumplimiento de las mismas para dar el estado de las mismas.	3	3	100
Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	Se realiza seguimiento y monitoreo continuo al cumplimiento de las acciones formuladas en los planes de mejoramiento tanto de las auditorías internas practicadas por la OCI como por las practicadas por los entes externos de acuerdo con el Manual de Mejora Continuo.	3	3	100

Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes.	Una vez se emite el informe final con el resultado de las auditorías practicadas por la OCI, se reporta el resultado al Representante Legal para toma de decisiones.	3	3	100
Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea)	La OCI como III línea de defensa realiza seguimiento continúo a las acciones formuladas en los planes de mejoramiento de las auditorías internas realizadas por la OCI, sin embargo para el siguiente año se tiene contemplado realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento de las auditorías realizadas por los enttes externos y en general a todos los planes de mejoramiento formulados.	3	2	80
Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad?	La Oficina de Control Interno, en el marco del Plan Anual de Auditoría y en cumplimiento con lo establecido en la Ley 1474 de 2011, realiza semestralmente seguimiento a la atención a las PQRSD allegadas a la entidad.	3	3	100
TOTAL 5TO COMPONENTE- MONITOREO				**96%**
TOTAL COMPONENTES MODELO COSO				**93%**

CONCLUSIONES

El estado del Sistema de Control Interno de ECOOPSOS S.A.S, arrojó a TERCER CUATRIMESTRE DE 2021 una evaluación de "ESTADO DE CONTROL INTERNO PRESENTE Y FUNCIONANDO", con resultados generales de 93%.

RECOMENCIONES

Fortalecer el seguimiento y control del reporte por parte de la I (primera) línea de defensa "Autocontrol" de los planes de mejoramiento y seguimiento a Riesgos, para que, de forma articulada con el monitoreo efectuado por la II línea de defensa "Planeación" y la III tercera línea de defensa "Control Interno" , se coordinen acciones de impacto con resultados sostenibles en el tiempo.

Continuar con la filosofía de trabajo en equipo que los caracteriza, el respeto y la buena comunicación interna, en el marco de la transparencia y ética.

Cordialmente,

Sonia Nayibe Niño Leal

Coordinadora de Control Interno