

Hospital San Juan de Dios

28 JUL 2021

ITUANGO - ANTIOQUIA



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ITUANGO, ANTIOQUIA NIT. 890.980.840-3	
N° De Radicación:	122
Fecha:	Hora:
Serie documental:	
Asunto:	
Dependencia destinataria:	
TRASLADO A:	
Código dependencia	Firma atendido

Ituango, julio 27 de 2021

Handwritten signature and date: 29/07/21

Doctor
DIEGO ALEJANDRO CALLE AGUDELO
Gerente
E.S.E. Hospital San Juan de Dios

Asunto: Informe pormenorizado sobre evaluación al sistema de control interno año, primer semestre año 2021.

Dando cumplimiento a los lineamientos definidos en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, hago entrega del informe de evaluación independiente del Sistema de Control Interno correspondiente al período de 1° de enero al 30 de junio de 2021.

La estructura del informe que se presenta a continuación corresponde con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, de acuerdo con la normatividad mencionada.

En el informe se presentan los resultados de la evaluación del estado general del Sistema de Control Interno en la institución, registrando las debilidades y fortalezas identificadas con base en la aplicación de los criterios establecidos en los instrumentos diseñados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, incluido en la séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Dichos componentes son:

- Ambiente de control
- Evaluación del riesgo
- Actividades de control
- Información y comunicación
- Actividades de Monitoreo.

A continuación, se presentan los resultados del informe pormenorizado de control interno:



**RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN MECI
PRIMER SEMESTRE DE 2021**

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	SI	56%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>Para el código de integridad no se han realizado suficientes actividades de interiorización por parte de los colaboradores y tampoco se ha evaluado la aplicación de las directrices de comportamiento.</p> <p>No se han establecido y socializado los mecanismos para la resolución de conflictos de interés en la entidad.</p> <p>Aun no se ha establecido una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o incumplimientos al código de integridad.</p> <p>Si bien la entidad tiene definida una política de administración de riesgos, esta no se encuentra actualizada a la última versión de la guía publicada por El Departamento Administrativo de la función pública.</p> <p>En aplicación de la política se cuenta con mapas de riesgos para los procesos, pero no están actualizados ni se definen los controles de acuerdo con la última versión de la Guía del DAFP.</p> <p>Oportunidad de mejora en la evaluación de funcionarios en provisionalidad y en la evaluación de impacto del Plan institucional de</p>



			<p>capacitaciones, pues se orienta principalmente a comprobar la eficacia de dicho plan.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>La ESE tiene conformados y operativos el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, a través de los cuales puede ejercer la supervisión del sistema de control interno y el Modelo integrado de planeación y gestión. En el primer semestre de 2021 se realizaron dos (2) reuniones del comité de gestión y desempeño y una (1) del comité de coordinación de control interno.</p> <p>Se ha realizado capacitación a los líderes de procesos sobre las diferentes líneas de defensa y la responsabilidad de cada funcionario dentro de ellas.</p> <p>Durante el periodo evaluado se realizó la evaluación final del Plan de acción del año anterior y está en proceso el seguimiento al Plan de gestión y plan de acción 2021. Para ello se verifican la ejecución de los proyectos y de logro de metas a través de indicadores.</p> <p>La entidad ha venido mejorando los procedimientos de supervisión de contratos para evaluar el cumplimiento de los productos establecidos.</p> <p>Fue presentado y aprobado el programa de auditoría interna a partir del cual se implementan actividades de auditoría interna, incluyendo los planes y procesos prioritarios, así como los asuntos establecidos por norma para su evaluación por control interno.</p>
--	--	--	--

			<p>Se cuenta con planeación estratégica y operativa, se realiza seguimiento y evaluación y se analizan resultados en el comité de gerencia y coordinador de control interno.</p>
Evaluación de riesgos	SI	57%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>La ESE cuenta con una política de administración de riesgos, pero no está actualizada según la última versión de la guía.</p> <p>No se revisan y actualizan los mapas de riesgos a partir de la materialización de riesgos.</p> <p>Se tiene oportunidad de mejora en la gestión de riesgos, requiriendo ajustes en el diseño y ejecución de los controles y el respectivo seguimiento por parte de los responsables de los procesos.</p> <p>El último monitoreo del contexto interno y externo se realizó en el año 2020 en proceso de formulación del plan de desarrollo 2021- 2024, pero está pendiente de aplicar en la gestión de riesgos.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>La entidad a partir de su plataforma estratégica formula su plan de desarrollo, en el cual hace alineación de su misión y visión con sus objetivos estratégicos, metas, indicadores y proyectos. La articulación de los objetivos estratégicos con los operativos se da mediante los planes de acción anual.</p>



			<p>En general los objetivos definidos en los procesos y en los planes, cumplen con las variables técnicas que los hacen específicos, medibles, alcanzables, relevantes y delimitados en el caso de los planes. Se reforzó esta condición en la capacitación sobre gestión de procesos, previa a la revisión del modelo de operación.</p> <p>Se realizó nueva capacitación a los líderes de proceso sobre la metodología de administración del riesgo con base en la última versión, definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>Se actualizó para la entidad el mapa de riesgos de corrupción que incluye actividades para el año 2020 y 2021 y se realizó el primer seguimiento cuatrimestral.</p> <p>En general la entidad cuenta con el recurso humano suficiente para segregar las funciones en los principales procesos susceptibles de error o de acciones fraudulentas, entre ellos, los relacionados con recaudos, pagos, presupuesto, contabilidad, contratación, entre otras.</p>
Actividades de control	SI	50%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>No se tiene identificadas y documentadas las situaciones en las que no es posible segregar las funciones por situaciones como falta de recurso humano o presupuesto, para definir controles alternativos.</p> <p>No se cuenta con un procedimiento documentado para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología.</p>

Aun no se ha revisado el diseño de controles para los riesgos por parte de la primera y segunda línea de defensa. Además, se requiere implementar el seguimiento de acuerdo con la frecuencia en los planes de manejo, dejando registros de su ejecución.

FORTALEZAS:

Se está articulando el desarrollo del sistema de Garantía de la Calidad en Salud y Seguridad y Salud en el Trabajo, con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Esta condición se reforzó desde la capacitación en la gestión por procesos.

Se aplica segregación de funciones a partir de la estructura organizacional y Manual de Funciones y Competencias donde se definen los niveles jerárquicos de acuerdo con las características institucionales.

Se tienen definidos roles para el acceso a sistemas, de acuerdo con las funciones y se avanzó con la formulación de los planes para seguridad y confidencialidad de la información y el Plan de tecnologías de la información.

Se tienen definidos procesos, procedimientos, guías y manuales que se van actualizando de acuerdo con las necesidades institucionales, como base de las actividades de control.



<p>Información y comunicación</p>	<p>SI</p>	<p>52%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <p>Aunque se tiene avance en la formulación, aun no se implementa el plan para la seguridad y confidencialidad de la información en el marco del modelo integrado de planeación y gestión MIPG.</p> <p>Aun se presenta oportunidad de mejora en la implementación de las políticas relacionadas con la seguridad de la información y las políticas para la protección de datos personales.</p> <p>No se cuenta con instrumento para evaluar la efectividad de los canales de comunicación.</p> <p>No se tienen caracterizados los grupos de valor con todas las variables que establece la Guía del DNP.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se ha avanzado en la actualización de la página web con publicación de información que se requiere para dar cumplimiento a la ley de transparencia y acceso a la información.</p> <p>Se cuenta con un software institucional que permite captura, procesamiento y generación de información en los diferentes procesos, tanto en el área administrativa como asistencial. El sistema de información permite la generación de datos necesarios para cumplir con los reportes a los diferentes organismos de control y otras partes interesadas.</p>
-----------------------------------	-----------	------------	---



			<p>Desde la Oficina de Información y Atención al Usuario se cuenta con procedimiento donde se pueden realizar denuncias de manera anónima dentro del proceso de gestión de PQRS.</p> <p>Se tiene para la vigencia 2021 un Plan de comunicaciones a través del cual se desarrollan estrategias de comunicación a nivel interno y externo en los diferentes canales (página web, cartelera, Oficina de Información y Atención al Usuario, reuniones presenciales, redes sociales...), que permiten la interacción con los usuarios y la comunidad.</p> <p>En proceso la implementación del plan de comunicaciones 2021, con canales y estrategias de comunicación en uso de los canales a nivel interno y externo.</p> <p>Se tiene implementado el proceso de correspondencia con una líder encargada para el desarrollo de éste, por fortalecer algunos aspectos del flujo, seguimiento a la disposición de la documentación en los archivos de gestión.</p>
Monitoreo	SI	73%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>Aunque se tienen avances en la aplicación se requiere fortalecer la operatividad del esquema de líneas de defensa del MECI, principalmente en la planeación y seguimiento a la gestión de riesgos por parte de los líderes de procesos (primera línea de defensa).</p> <p>FORTALEZAS:</p>



Se desarrollaron actividades de evaluación y auditoría interna durante el primer semestre con base en las frecuencias definidas en el programa de auditoría interna para la vigencia 2021. Los resultados son presentados a la Dirección para la toma de decisiones.

Desde la segunda línea de defensa se realizaron seguimientos a la seguridad del paciente (comité de seguridad del paciente), supervisión de los contratos, líder de seguridad y salud en el trabajo y líder de calidad se realizan monitoreos a los procesos y planes de mejoramiento.

Con base en los resultados de las auditorías externas (Contraloría, EAPB), se documentaron los respectivos planes de mejoramiento, a los cuales se viene realizando seguimiento.

Se implementó la realización de seguimientos a inventarios de farmacia y activos fijos, así como arqueos a las cajas de recaudo como puntos de control al manejo de bienes dentro de los procesos.



Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>De acuerdo con la evaluación realizado al Sistema de Control Interno en el primer semestre del año 2021 en los diferentes componentes que hacen parte de la dimensión No. 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se obtuvo un resultado promedio general del 58% que ubica la entidad en un nivel donde el sistema se encuentra "presente y funcionando", pero requiere mejoras frente a su diseño y funcionamiento para hacerlo más efectivo.</p> <p>El componente con mayor avance continúa siendo el de Actividades de monitoreo con un 73%, resultado apalancado en la continuidad del control interno como evaluador independiente, manteniendo la operatividad del comité Coordinador de control interno donde se hace seguimiento y analizan resultados para la toma de decisiones respecto al sistema de gestión. Los resultados en los otros componentes fueron: Ambiente de control 56%, Evaluación del riesgo 57%, Actividades de control 50%, Información y comunicación 52%.</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>En general el sistema de control interno ha contribuido al logro de los objetivos, tanto a nivel institucional como por procesos y planes de acción, reconociendo que se presentan oportunidades de mejora necesarias de intervenir para mejorar el nivel de efectividad deseado.</p>
<p>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>En la Institución se tienen identificadas las diferentes líneas de defensa y desde la Alta Dirección se han establecido y se mantienen operativos espacios como el Comité Coordinador de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, los cuales lideran la implementación, monitoreo y toma de decisiones para el mejoramiento de los componentes que hacen parte del Sistema de Control Interno. Se logro avance en la capacitación a los líderes de proceso sobre las diferentes líneas de defensa y su responsabilidad dentro de éstas.</p>



RECOMENDACIONES:

- Implementar actividades para interiorización del código de integridad por parte de los colaboradores y evaluar la aplicación de las directrices de comportamiento.
- Establecer y socializar los mecanismos para la resolución de conflictos de interés en la entidad.
- Establecer una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o incumplimientos al código de integridad.
- Actualizar la política de administración de riesgos, según la última versión de la guía publicada por el Departamento Administrativo de la función pública e implementar la documentación de los mapas de riesgos de cada proceso.
- Realizar seguimiento a la gestión de riesgos y sus controles por parte de los responsables de los procesos, según la frecuencia establecida, presentando información de resultados a la dirección de la entidad.
- Implementar la evaluación de funcionarios en provisionalidad y la evaluación de impacto del Plan institucional de capacitaciones, pues se orienta principalmente a comprobar la eficacia de dicho plan.
- Identificar y documentar específicamente las situaciones en las que no es posible segregar las funciones por situaciones como falta de recurso humano o presupuesto, para definir controles alternativos.
- Documentar y socializar procedimiento para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología.
- Complementar y hacer seguimiento al plan para el manejo de la seguridad y confidencialidad de la información y a las políticas de protección de datos personales, según Modelo integrado de planeación y gestión.
- Complementar la caracterización de los grupos de valor con todas las variables que establece la Guía del DNP.
- Formular y evaluar el plan de comunicaciones para identificar la efectividad los canales de comunicación y tomar medidas según los resultados.



- Fortalecer la operatividad de la página web y continuar con la publicación de información en ésta de acuerdo con lo exigido en la ley de transparencia y acceso a la información.
- Fortalecer la operatividad del esquema de líneas de defensa del MECI, principalmente en la planeación y seguimiento a la gestión de riesgos por parte de los líderes de procesos (primera línea de defensa).

Atentamente,

MARTIN ALVAREZ MONTOYA
Asesor de Control Interno
A.C. Auditoría y Consultoría SAS.