



Ituango, enero 31 de 2022

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, segundo 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 1º de julio al 31 de diciembre 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
SEGUNDO SEMESTRE DE 2021

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	Si	60%	<p>DEBILIDADES:</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>Oportunidad de mejora en la evaluación de funcionarios en provisionalidad y en la evaluación de impacto del Plan institucional de capacitaciones, pues se orienta principalmente a comprobar la eficacia de dicho plan.</p> <p>Aunque se cuenta con indicadores los cuales se miden, se requiere fortalecer con la revisión y análisis de la información, con el fin de identificar posibles oportunidades de mejora desde espacios institucionales como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se cuenta con participación de la Alta Dirección.</p>



			<p>FORTALEZAS:</p> <p>Se realizaron actividades de interiorización del código de integridad por parte de los colaboradores en la jornada de reinducción que se realizó en el mes de octubre.</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.</p> <p>El Comité de Convivencia Laboral se encuentra conformado como espacio para la comunicación y solución de conflictos entre los funcionarios.</p> <p>Se cuenta con comités institucionales los cuales sirven como espacios de comunicación entre los funcionarios y la Alta Dirección.</p> <p>Para la vigencia 2021 se tienen documentados los planes que se exigen desde el Decreto 612 de 2018 para el proceso de talento humano.</p> <p>Por parte de la Alta Dirección se realiza revisión de la información financiera, dentro de espacios como el Comité de Sostenibilidad Contable y el Comité de Glosas que se tienen conformados en la entidad.</p> <p>Se logro avances en la actualización de los mapas de riesgos con base en el instrumento definido para la aplicación de la nueva metodología diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con</p>
--	--	--	--



			<p>participación de los líderes de proceso, es una actividad que requiere continuidad en los procesos que se encuentran pendientes.</p> <p>Se conto con el acompañamiento permanente por parte de gerencia para la realización de acciones de autocontrol de los líderes de cada servicio que permitieron el cumplimiento de las metas institucionales.</p> <p>La entidad además de contar con Código de ética, ha venido fortaleciendo los valores del Código de Integridad, afianzando permanentemente los valores de Honestidad, Justicia, Respeto, Compromiso, y diligencia, invitando a su interiorización a través de su divulgación permanente.</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 seguimiento al plan de acción 2021 en el mes de septiembre. Para ello se verifican la ejecución de los proyectos y de logro de metas a través de los indicadores establecidos dentro del plan.</p> <p>La entidad mejoro 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 implementaron actividades de auditoría interna, incluyendo los planes y procesos prioritarios, así como los asuntos establecidos por norma para su evaluación por control interno.</p>
--	--	--	--

Evaluación de riesgos	Si	60%	<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>Aunque se revisaron y actualizaron algunos mapas de riesgos de la entidad, aún faltan algunos para completar la actividad 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>FORTALEZAS:</p> <p>La entidad a partir de su plataforma estratégica formulo el plan de desarrollo, en el cual se alinee 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,</p>



			<p>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 implementó el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2021, al cual se le realizaron los seguimientos cuatrimestrales exigidos por la norma.</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 los seguimientos pertinentes.</p> <p>A través del comité de seguridad del paciente se realiza de manera permanente el seguimiento a los riesgos de carácter asistencial y técnico administrativos que generen posibles eventos adversos en los procesos de atención. Este comité de seguridad del paciente realiza reporte regular de seguimiento a los riesgos a nivel interno en el comité técnico y de calidad y a nivel externo a través de la Resolución 256 de 2016 en los portales de los entes de control en salud.</p> <p>Se elaboró Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano dentro del cual se incluyeron los riesgos de corrupción, la Oficina de Control Interno, realizó seguimiento, elaboración, y envió a la subdirección administrativa y Gerencia la evaluación del mismo, conforme a los soportes y evidencias de los periodos establecidos por norma.</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 relacionas con recaudos, pagos, presupuesto, contabilidad, contratación, entre otras.</p> <p>Se cuenta con seguimiento a los diferentes planes estratégicos de la entidad donde se identifican fallas en los procesos, se comparte información con la Gerencia y la Subdirección Administración.</p>
<p>Actividades de control</p>	<p>Si</p>	<p>56%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <p>No se identificaron ni documentaron 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>Aunque se verifican criterios de cumplimiento del objeto contractual de proveedores a través de la supervisión a los contratos, no se cuenta con un procedimiento documentado para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología.</p> <p>No se revisó el diseño de controles para los riesgos por parte de la primera y segunda línea de defensa. Además, se requiere mayor frecuencia en el seguimiento a los planes de manejo de estos, dejando registros de su ejecución.</p> <p>Se requiere la continuidad en la documentación y/o actualización de los riesgos a nivel de procesos e institucional y así mismo mejorar la</p>



			<p>frecuencia en el seguimiento por parte de los líderes de los procesos a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual y el seguimiento a los controles para manejo del riesgo en los procesos.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se realizó actualización de mapas de riesgos de procesos donde se establecieron los controles.</p> <p>Se vienen realizando actividades de auditoría interna de acuerdo a los requeridos por la normatividad.</p> <p>Se fortaleció la implementación de otros sistemas de gestión articulados al MIPG como el de gestión documental y seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Para fortalecer el desarrollo organizacional, se desarrolló en la entidad los Sistemas de Gestión relacionados con el de Garantía de la Calidad en Salud y Seguridad y Salud en el Trabajo, buscando articularse al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>Se aplicó 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.</p> <p>Se cuenta con los recursos humanos necesarios para segregar las actividades de control.</p> <p>Se tienen definidos roles para el acceso a sistemas, de acuerdo con las funciones.</p>
--	--	--	--



			<p>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> <p>Desde la Alta Dirección se realizó revisión de los resultados de auditorías internas, seguimientos, análisis de indicadores de procesos y definidos en la planeación institucional como actividad de control.</p> <p>Se encuentra formulado para la vigencia 2021 el plan estratégico de tecnologías de la información.</p> <p>Se cuenta con plan de mantenimiento institucional para la vigencia 2021, el cual se implementó.</p> <p>Se formulo para la vigencia 2021 el Plan Anual de Adquisiciones.</p> <p>Se cuenta con auditorias al proceso de contratación, se comparte con la Gerencia y Subdirección Administrativa los hallazgos del proceso.</p> <p>Se han realizado auditorías a la aplicación de políticas de seguridad y uso de la plataforma tecnológica.</p>
--	--	--	--

<p>Información y comunicación</p>	<p>Si</p>	<p>55%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <p>Aunque se cuenta con un programa de gestión documental desde la alta dirección como primera línea de defensa, se ha identificado la necesidad de fortalecer el programa, además de la implementación de las políticas de gobierno digital y seguridad digital.</p> <p>Aunque desde la alta dirección se han definido políticas relacionadas con la información, se requiere fortalecer la aplicación las políticas relacionadas con la seguridad de la información y protección de datos personales.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se fortaleció la página web con publicación de alguna 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>Se implementaron diferentes estrategias de comunicación (página web, carteleras, Oficina de Información y Atención al Usuario, actividades de rendición de cuentas, Asociación de Usuarios), que permitieron la</p>
-----------------------------------	-----------	------------	--



			<p>interacción con los usuarios y la disposición de información de interés para la comunidad.</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>A nivel interno en la Institución se establecieron canales y estrategias de comunicación que permitieron identificar oportunidades para el mejoramiento continuo (comités institucionales, carteleras, correos electrónicos y grupos de redes sociales, entre otros).</p> <p>Se cuenta con personal capacitado en la implementación del programa de APS que, y permiten recopilar información actualizada sobre el estado de salud de los pobladores, permitiendo realizar seguimientos y contar con un perfil epidemiológico actualizado que nos garantiza fijar los objetivos misionales.</p> <p>Se implemento el proceso de correspondencia con una líder encargada para el desarrollo de éste, por fortalecer algunos aspectos del flujo y seguimiento.</p> <p>Para la información a usuarios internos y externos de la ESE se promueve la información pública abierta como eje rector de este componente del sistema; especialmente mediante el uso de medios electrónicos como el correo electrónico institucional, grupos internos de WhatsApp y físicos como las carteleras institucionales.</p>
--	--	--	--



			<p>A través de la oficina de atención al usuario del Hospital se realizó el proceso de recepción de PQRSD, una vez se contó con la información, esta se analizó por todas las dependencias involucradas, con el fin de determinar el número de solicitudes, competencia para realizar los respectivos traslados internos, dependencia con más solicitudes entre otros.</p> <p>Se cuenta con diferentes comités institucionales los cuales permiten la comunicación entre la Alta Dirección y los funcionarios de la entidad.</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>Si</p>	<p>75%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <p>Se requiere fortalecer la operatividad del esquema de líneas de defensa del MECI y el empoderamiento de éste por parte de los líderes de proceso de acuerdo a la responsabilidad en la diferente línea de defensa.</p> <p>Se debe fortalecer el análisis en función del impacto en el sistema de control interno.</p> <p>En la entidad se realizan reportes de deficiencias en el control interno, pero falta sistematicidad y cobertura desde todos los procesos.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se desarrollaron actividades de auditoria interna durante el semestre con base en las definidas en el programa de auditoria interna para la vigencia 2021, los resultados son presentados a la Gerencia y al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p>



			<p>Desde la segunda línea de defensa se realizaron seguimientos a la seguridad del paciente, supervisión de los contratos y otros monitoreos a los procesos y planes de mejoramiento.</p> <p>Con base en los resultados de las auditoria externas (Contraloría, EAPB), se documentaron los respectivos planes de mejoramiento, a los cuales se les realizo seguimiento.</p> <p>Se implemento la realización de seguimientos a inventarios y arqueos a las cajas de recaudo como puntos de control dentro de los procesos.</p> <p>Se efectuó monitoreo y seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, evaluando el porcentaje de avance al cumplimiento de las actividades propuestas en cada componente. Así mismo, realizó seguimiento al cumplimiento de las políticas de austeridad en el gasto público, elaborando el respectivo informe con las recomendaciones pertinentes.</p> <p>Se cuenta con informe de auditorías de contratos.</p> <p>Se realiza la evaluación semestral de la oficina de atención al usuario, presentando informe a Gerencia, Subdirección Administrativa y a la Auxiliar Administrativa del SIAU.</p>
--	--	--	--



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>	Si	<p>De acuerdo con la evaluación realizado al Sistema de Control Interno en el segundo 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 del 61% que ubica la entidad en un nivel donde el sistema se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño ya que opera de manera efectiva.</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	Si	<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>El Hospital optimiza el desarrollo del modelo de talento humano como proceso trazador para los demás componentes del sistema, de manera periódica fortalece las estrategias que</p>



	<p>vinculen y den mayor participación a la ciudadanía en los diferentes procesos de planeación y gestión institucional.</p> <p>Se continua con la implementación y ajustes para dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, relacionado con la integración y articulación del Modelo Integrado de Gestión y Planeación- MIPG, a partir del resultado del autodiagnóstico realizado por las diferentes dependencias, como herramienta dispuesta por el DAFP.</p> <p>El Hospital a través de su equipo directivo continúa fortaleciendo el uso de las tecnologías de la información en la práctica diaria, volviendo los procesos más eficientes y optimizando el uso de los recursos físicos y humanos con que cuenta la entidad.</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.</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.
- Realizar evaluación 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).
- Continuar con la realización de actividades enfocadas al sistema de gestión documental e implementar las políticas relacionadas con gobierno digital y seguridad digital.
- Formular el mapa de riesgos de corrupción para la próxima vigencia y realizar la publicación en la página web de la entidad.
- Fortalecer la revisión y análisis de los indicadores establecidos para los procesos, el fin de identificar posibles oportunidades de mejora desde espacios institucionales como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se cuenta con participación de la Alta Dirección.
- Fortalecer actividades relacionadas con el retiro de personal.
- Socializar la planeación institucional (plan operativo anual de la próxima vigencia) y las políticas de la entidad, tanto al cliente interno como externo a través de diferentes canales de comunicación.
- Continuar con la realización de auditorías internas de acuerdo a lo definido en el plan de auditoría interna.
- Fortalecer el seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de los funcionarios que ostentan el rol de segunda línea de defensa.

Atentamente,

Adriana Pérez
ADRIANA MARÍA PÉREZ ZULETA
Asesora de Control Interno
A.C. Auditoría y Consultoría S.A.S.

Eliana Jaramillo M.
ELIANA JARAMILLO MARTINEZ
Profesional de apoyo
A.C. Auditoría y Consultoría S.A.S.