



Ituango, julio 26 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, primer semestre año 2022.

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 enero al 30 de junio de 2022.

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 2022

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	69%	<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>Se requiere dar continuidad a la actualización de procesos y mapas de riesgos, con base en las nuevas guías metodológicas definidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la gestión por procesos y para la administración del riesgo, articulada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, lo cual implica la asignación de tiempo los líderes de proceso para la realización de actividades adicionales a las corresponden a su cargo.</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 continuar fortaleciendo la revisión y análisis de la información, con el fin</p>



			<p>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>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 2022 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 contó 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 actualizo el Manual de contratación para evaluar el cumplimiento de los productos establecidos, igualmente, se realizo documentación del manual de supervisión que permite definir directrices para la labor de supervisión realizada por los líderes de proceso asignados.</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 requiere actualización según la última versión definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>Aunque se revisaron y actualizaron algunos mapas de riesgos de la entidad, aún faltan algunos para completar la actividad con la participación de los lideres de procesos, para lo cual se requiere de disponibilidad de tiempo adicional para la realización de estas actividades.</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>Durante el primer trimestre del año se realizó seguimiento a la planeación institucional correspondiente a la vigencia 2021, evaluando el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.</p> <p>La entidad a partir del plan de desarrollo y la articulación de los objetivos estratégicos con los operativos formulo el plan de acción anual para la vigencia 2022.</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.</p> <p>Se actualizo para la entidad el mapa de riesgos de corrupción que incluye actividades para el año 2022 y se realizó el seguimiento pertinente.</p> <p>A través del comité de seguridad del paciente 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 con base en los riesgos de corrupción identificados, se realizó seguimiento, elaboro, y envió a la subdirección administrativa y Gerencia la evaluación de éste,</p>
--	--	--	--

			<p>conforme a los soportes y evidencias de los periodos establecidos por norma.</p>
<p>Actividades de control</p>	<p>Si</p>	<p>60%</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 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.</p>



			<p>FORTALEZAS:</p> <p>Se vienen realizando actividades de auditoría interna de acuerdo a los requeridos por la normatividad.</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 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 2022 el plan estratégico de tecnologías de la información.</p>
--	--	--	--



			<p>Se cuenta con plan de mantenimiento institucional para la vigencia 2022.</p> <p>Se tiene formulado para la vigencia 2022 el Plan Anual de Adquisiciones.</p> <p>Se cuenta con auditorías al proceso de contratación, se elabora el respectivo informe el cual es conocido por la Alta Dirección para la implementación de las acciones de mejora pertinentes.</p>
<p>Información y comunicación</p>	<p>Si</p>	<p>59%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <p>No se ha realizado evaluación del plan de comunicaciones para identificar la efectividad los canales de comunicación.</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>Aunque se cuenta con página web la publicación de alguna información que se requiere para dar cumplimiento a la ley de transparencia y acceso a la información no está registrada.</p> <p>FORTALEZAS:</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</p>



			<p>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 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>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 PQRS, 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</p>
--	--	--	--



			<p>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>En la entidad se realizan reportes de deficiencias en el control interno, se requiere fortalece la sistematicidad y cobertura desde todos los procesos.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se formulo para la vigencia 2022 el programa de auditorías internas, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</p> <p>Se viene implementando el programa de auditorías para la vigencia, logrando la realización de arqueos a cajas, seguimiento a inventarios, auditoria de austeridad en el gasto, auditoria a contratos, auditoria a rendición de informes y seguimiento a la planeación institucional, registrando los resultados a través de informes los cuales son entregados a la Alta Dirección para su revisión e implementación de las acciones de mejor pertinentes.</p>



			<p>Desde la segunda línea de defensa se realizó supervisión de los contratos y a través de algunos se realizan otros monitoreos a los procesos y planes de mejoramiento.</p> <p>Con base en los resultados de las auditorías externas (Contraloría, EAPB), se documentaron los respectivos planes de mejoramiento, a los cuales se les realizo seguimiento.</p> <p>Se implementó la realización de arqueos a las cajas de recaudo como puntos de control dentro de los procesos.</p> <p>Se efectuó en el primer semestre 2022 el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2021 y el primer cuatrimestre de la vigencia 2022, elaborando el respectivo informe de resultados que se entrega a la Alta Dirección para la publicación en la página web de la entidad de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.</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>	<p>Si</p>	<p>De acuerdo con la evaluación realizado al Sistema de Control Interno en el primer semestre del año 2022 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 64% 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>El componente con mayor avance corresponde a actividades de monitoreo con un 75%, resultado apalancado en la continuidad del control interno como evaluador independiente, manteniendo la operatividad de comités como el Coordinador de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se hace seguimiento y analizan resultados para la toma de decisiones mejorando el desarrollo de los procesos. Los componentes de ambiente de control obtienen un resultado del 69%, seguido de actividades de control con un resultado del 60%, información y comunicación del 59% y evaluación del riesgo con un resultado del 56%.</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, 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 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 continua 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 y continuar con la implementación en la documentación de los mapas de riesgos de cada proceso por parte de los líderes de procesos.
- 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.
- 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.
- Continuar con la realización de actividades enfocadas al sistema de gestión documental e implementar las políticas relacionadas con gobierno digital y seguridad digital.
- Continuar con la realización del seguimiento al mapa de riesgos de corrupción correspondiente a la vigencia.
- 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 vigencia 2022) 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,

Eliana Jaramillo M.

ELIANA JARAMILLO MARTÍNEZ
Funcionaria de A.C. Auditoría y Consultoría S.A.S.
Asesora de Control Interno