Ituango, julio 14 de 2023

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 2023.

OBJETIVO: presentar los avances en la implementación del modelo estándar de control interno MECI en el marco del modelo integrado de planeación y gestión MIPG, identificando posibles oportunidades de mejora para su fortalecimiento en procura del cumplimiento de los objetivos institucionales.

ALCANCE: Dar cumplimiento a los lineamientos definidos en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, sobre la evaluación independiente del Sistema de Control Interno. La evaluación corresponde al primer semestre del año 2023.

METODOLOGÍA: El informe se realizó con base en el instrumento publicado por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la evaluación de los cinco componentes del Modelo estándar de control interno - MECI en el marco del modelo integrado de planeación y gestión - MIPG.

RESULTADOS:
El informe presenta el estado general del Sistema de Control Interno de la institución, registrando las debilidades y fortalezas identificadas con base en la aplicación de los criterios de evaluación establecidos en el instrumento diseñado 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). Los criterios se agrupan en los siguientes componentes:

- 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 2023

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	Si	74%	DEBILIDADES: Aun no se ha establecido una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o incumplimientos al código de integridad. 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. En aplicación de la política se cuenta con mapas de riesgos para los procesos, pero no todos los procesos están actualizados de acuerdo con la última versión de la Guía del DAFP. 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. Se identifica oportunidad de mejora en la oportunidad de la consolidación y seguimiento al plan de vacantes, plan de previsión y el del plan estratégico general del talento humano FORTALEZAS: La entidad cuenta con página web la cual se encuentra en proceso de actualización y mejoramiento para una mejor compresión y búsqueda por parte de los usuarios internos y externos, además de cumplir con los criterios exigidos desde la Ley de Transparencia y Acceso a la Información. 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.

			El Comité de Convivencia Laboral se encuentra conformado como espacio para la comunicación y solución de conflictos entre los funcionarios. Se cuenta con comités institucionales los cuales sirven como espacios de comunicación entre los funcionarios y la Alta Dirección. Para la vigencia 2023 se tienen documentados los planes que se exigen desde el Decreto 612 de 2018 para el proceso de talento humano. 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. 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. La entidad actualizo el Manual de contratación para evaluar el cumplimiento de los productos establecidos. 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. El cronograma fue ejecutado de acuerdo a la formulación de sus actividades.
Evaluación de riesgos	**Si**	**68%**	DEBILIDADES: 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. 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. FORTALEZAS: La entidad cuenta con una estructura organizacional documentada acorde a las características de la Institución la cual ha sido socializada a los usuarios internos y externos a través de canales de comunicación como la página web.

			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 2023, se cuenta con seguimiento realizado por la oficina de Control Interno. 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 actualizo para la entidad el mapa de riesgos de corrupción que incluye actividades para el año 2023 y se realizó el seguimiento pertinente. 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. Se elaboró Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con base en los riesgos de corrupción identificados, la Oficina de Control Interno, realizó seguimiento, elaboro, y envió a la subdirección administrativa y Gerencia la evaluación del mismo, conforme a los soportes y evidencias de los periodos establecidos por norma. 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.
Actividades de control	**Si**	**69%**	DEBILIDADES: Se requiere fortalecer la implementación de otros sistemas de gestión articulados al MIPG como el de seguridad y salud en el trabajo. 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. 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.

			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 para manejo del riesgo en los procesos. FORTALEZAS: Se aprobó el Plan de auditoría interna aprobado para la vigencia 2023. 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). Se aplico 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 cuenta con los recursos humanos necesarios para segregar las actividades de control. Se tienen definidos roles para el acceso a sistemas, de acuerdo con las funciones. 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. 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. Se formulo para la vigencia 2023 el plan estratégico de tecnologías de la información. Se cuenta con auditorias al proceso de contratación, se comparte con la Gerencia y Subdirección Administrativa los hallazgos del proceso.
Información y comunicación	**Si**	**66%**	DEBILIDADES: 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.

			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. 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 esta registrada. No se ha realizado para la vigencia 2023 la evaluación de los canales de comunicación, con base en el instrumento diseñado en la Institución. FORTALEZAS: Se realizo evaluación del plan de comunicaciones para identificar la efectividad los canales de comunicación. 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. 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. 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). 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. 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. Se cuenta con diferentes comités institucionales los cuales permiten la comunicación entre la Alta Dirección y los funcionarios de la entidad.

Monitoreo	**Si**	**84%**	DEBILIDADES: 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. Se debe fortalecer el análisis en función del impacto en el sistema de control interno. En la entidad se realizan reportes de deficiencias en el control interno, pero falta sistematicidad y cobertura desde todos los procesos. Se requiere fortalecer el seguimiento a los planes de mejoramiento desde los que ostentan el rol de segunda línea de defensa. FORTALEZAS: Se han desarrollado las actividades de auditoría interna durante el semestre con base en las definidas en el programa de auditoría interna para la vigencia 2023, los resultados son presentados a la Gerencia y al Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Desde la segunda línea de defensa se realizaron supervisión de los contratos y a través de algunos se realizan otros monitoreos a los procesos y planes de mejoramiento. 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. Se implemento la realización de arqueos a las cajas de recaudo como puntos de control dentro de los procesos. 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. Se cuenta con informe de auditorías de contratos. 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.

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno		
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	De acuerdo con la evaluación realizado al Sistema de Control Interno en el primer semestre del año 2023 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 72% 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. El componente con mayor avance Corresponde a la Actividades de Monitoreo con un 84%, resultado apalancado en la continuidad del Control Interno como evaluador independiente, manteniendo la operatividad de comités como el de Gerencia y Coordinador de Control Interno donde se hace seguimiento y analizan resultados para la toma de decisiones mejorando el desarrollo de los procesos. El componente de Ambiente de Control logro un cumplimiento del 74%, seguido de Actividades de Control con un resultado del 69% y Evaluación de Riesgos con 68% y finalmente Información y Comunicación con un 66%.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	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 y así mejorar el nivel de efectividad deseado. El Hospital de manera periódica fortalece las estrategias que vinculen y den mayor participación a la ciudadanía en los diferentes procesos de planeación y gestión institucional. El Hospital a través de su equipo directivo continúa fortaleciendo el uso de las tecnologías de la información en la práctica diaria, procurando los procesos más eficientes y optimizando el uso de los recursos físicos y humanos con que cuenta la entidad.
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):	Si	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. Sin embargo, es necesario fortalecer la operatividad de las funciones específicas en las diferentes líneas de defensa.

RECOMENDACIONES:

- 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.

- 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.

- Continuar con la realización de actividades enfocadas al sistema de gestión documental e implementar las políticas relacionadas con gobierno digital y seguridad digital.

- Fortalecer actividades relacionadas con el retiro de personal.

- Continuar con la realización de auditorías internas de acuerdo a lo definido en el plan de auditoria interna.

- Fortalecer el seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de los funcionarios que ostentan el rol de segunda línea de defensa.

- Consolidar y entregar a la dirección la información clave frente a la gestión de riesgos desde la segunda línea de defensa (comités, supervisores de contratos, líder de calidad, líder de seguridad y salud en el trabajo).

- Continuar con la operatividad del Comité Coordinador de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño como espacios de análisis de los informes del asesor de control interno y de otras fuentes para orientar el mejoramiento a partir de las evaluaciones y auditorías internas y externas.

- Continuar complementando la publicación de información en la página web de la ESE de acuerdo con los lineamientos de la ley de transparencia.

- Diseñar o actualizar inventario o matrices de información interna y externa, que sirvan de base para la identificación de las necesidades de información, la captura, el procesamiento y análisis de datos para la gestión.

- Realizar evaluación periódica de la efectividad de los canales de comunicación con partes internas y externas.

- Elaborar e implementar Plan de Mejoramiento producto del diligenciamiento del FURAG y del Informe semestral de Control Interno.

Atentamente,

Eliana Jaramillo M.

ELIANA JARAMILLO MARTÍNEZ
Asesora de Control Interno