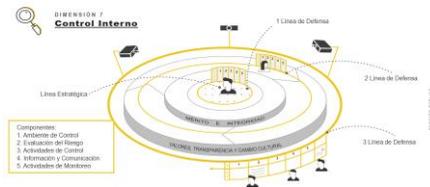


Nombre de la Entidad:	E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO
Periodo Evaluado:	1 DE ENERO A 30 DE JUNIO DE 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

75%

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 realizada al Sistema de Control Interno en el primer semestre del año 2024 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 75% que ubica la entidad en un nivel donde el sistema se encuentra presente y funcionando, donde sus componentes de control interno se están articulando conforme lo establece la Planeación y Gestión-MIPG. El direccionamiento estratégico de la entidad establece políticas de acuerdo a las necesidades y expectativas de la comunidad, las partes interesadas y sus funcionarios. Sin embargo aún se requiere terminar articulación de cada uno de sus componentes, realizando esfuerzos para asegurar las condiciones mínimas y fortalecer el sistema de Control Interno. El componente con mayor avance Corresponde a la Ambiente de Control con un 80%, resultado apalancado en la continuidad del Control Interno como evaluador independiente, manteniendo la operatividad de comités como el de Control Interno, donde se hace seguimiento y analizan resultados para la toma de decisiones mejorando el desarrollo de los procesos. El componente de Actividades de Monitoreo logro un cumplimiento del 75%, seguido de Actividades de Control con un resultado del 75% y Evaluación de Riesgos con 74% y finalmente Información y Comunicación con un 71%.
¿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.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
------------	---	----------------------------------	---	--	---	-----------------------------

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el Informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	80%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> En el primer semestre 2024 se realizaron oportunamente los seguimientos y monitoreos de Mapa de Riesgos y PAAC. Se actualizó la Política de Gestión del Riesgo. Se realizó actualización al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno está cumpliendo con la periodicidad de las reuniones. La Alta Dirección realiza revisión de la información financiera en el Comité de Sostenibilidad Contable y el Comité de Glosas que se tienen conformados en la entidad. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> No se ha establecido una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o incumplimientos al código de integridad. No se tienen indicadores que permitan evaluar el impacto del del Plan Institucional de Capacitaciones. No se realiza la consolidación y seguimiento al plan de vacantes, plan de previsión y el del plan estratégico general del talento humano. Se debe revisar y actualizar el Manual de contratación conforme a la normatividad vigente. Se da cumplimiento parcial a la Ley de Transparencia. 	79%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> La entidad cuenta con página web la cual se encuentra en proceso de actualización y mejoramiento para una mejor comprensión 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. 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. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Aun no se ha establecido una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o incumplimientos al código de integridad. 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. 	1%
Evaluación de riesgos	Si	74%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se cuenta con el Plan Anual Anticorrupción y Atención al Ciudadano- PAAC el cual contiene las actividades de monitoreo y revisión de la gestión de riesgos de corrupción, que para 2024 tuvo como objetivo potenciar la cultura de prevención, detección y respuesta ante actos ilícitos, promover acciones para la lucha contra la corrupción y mejorar la interacción entre la entidad y la ciudadanía, a través del mejoramiento de los mecanismos de atención, transparencia, y rendición de informes. Se actualizó la matriz de riesgos teniendo en cuenta los riesgos identificados por las diferentes áreas de la E.S.E. 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>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta de capacitación al personal en temas de riesgos. Falta de aplicativo que permita el seguimiento de riesgos. <p>Recomendaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fortalecer la apropiación institucional de la cultura del riesgo frente a su tratamiento. Fortalecer la Política de Gestión de Riesgos, a través de la participación de los líderes de proceso para que realicen mensualmente el monitoreo continuo a la gestión del riesgo de sus procesos. 	74%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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 relaciones con recaudos, pagos, presupuesto, contabilidad, contratación, entre otras. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	0%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el Informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Actividades de control	Si	75%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> El área de Gestión de Calidad realiza articuladamente con los líderes de los procesos la actualización según normatividad de los documentos, procesos, procedimientos y manuales de acuerdo a lo exigido. Se elaboró el Plan de auditoría interna aprobado para la vigencia 2024. 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. Se tienen definidos roles para el acceso a sistemas, de acuerdo con las funciones. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta elaborar, normalizar, divulgar e implementar la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, de acuerdo a lo establecido en MIPG. Se requiere fortalecer la implementación de otros sistemas de gestión articulados al MIPG como el de seguridad y salud en el trabajo. 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. 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>Recomendación: Se requiere mayor compromiso por parte de líderes de proceso para verificar la existencia de los controles establecidos en cada proceso y proyección de nuevos controles para mejora continua.</p>	75%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se aprobó y se ejecutó 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 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. 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 formuló y se ejecutó para la vigencia 2023 el plan estratégico de tecnologías de la información. Se cuenta con auditorías al proceso de contratación, se comparte con la Gerencia y Subdirección Administrativa los hallazgos del proceso. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 	0%
Información y comunicación	Si	71%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se continúa avanzando en los procesos de transparencia y participación en el proceso por parte de la asociación de usuarios y demás interesados. Se cuenta con sistema de información para la captura y procesamiento de datos, que posterior genera información para la toma de decisiones. Se cuenta con redes sociales como Facebook y WhatsApp; medios que cada vez adquieren mayor relevancia y posicionamiento tanto al interior de la entidad como entre la ciudadanía en general; a través de los cuales permanentemente se publica información sobre la gestión y las actividades ejecutadas por las diferentes dependencias, para el cumplimiento de la misión Institucional. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 está registrada. 	71%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se realizó 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, cartelera, 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, cartelera, 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 cartelera institucionales. 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 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. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 está registrada. 	0%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el Informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Monitoreo	Si	75%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se elaboró el Plan Anual de Auditorías y se llevan a cabo conforme a lo establecido en este. 2. Se realizan arquezos periodios a la caja. 3. Se realizó monitoreo y seguimiento aAAC primer cuatrimestre de 2024. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. Se debe fortalecer el análisis en función del impacto en el sistema de control interno. 3. En la entidad se realizan reportes de deficiencias en el control interno, pero falta sistematicidad y cobertura desde todos los procesos. <p>Recomendaciones: Es importante para la mejora de los procesos que las tres líneas de defensa de la entidad trabajen de manera articulada para su fortalecimiento.</p>	75%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se han desarrollado las actividades de auditoría interna durante la vigencia 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. 2. 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. 3. 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. 4. Se implemento la realización de arquezos a las cajas de recaudo como puntos de control dentro de los procesos. 5. 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. 6. Se cuenta con informe de auditorías de contratos. 7. 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>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. Se debe fortalecer el análisis en función del impacto en el sistema de control interno. 3. En la entidad se realizan reportes de deficiencias en el control interno, pero falta sistematicidad y cobertura desde todos los procesos. 	0%