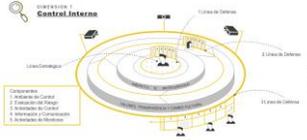


Nombre de la Entidad:

ESE HOSPITAL REGIONAL II NIVEL SAN MARCOS

Período Evaluado:

01/07/2023 A 31/12/2023



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

88%

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 | Cada componente se verifica en su operatividad, para ello se han implementado los autodiagnósticos definidos en el MIPG, designando responsable para cada una de las actividades que se formulan para avanzar en la implementación de las 15 políticas y 7 dimensiones. Se realiza el seguimiento a cada autodiagnóstico, evidenciando un avance en el 88% de cumplimiento promedio de los 15 autodiagnósticos que actualmente se aplican, se socializan avances en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta): | Si | El sistema de Control Interno es efectivo, a pesar de estar en proceso de implementación, las acciones y actividades que se ejecutan en la entidad permiten lograr los objetivos tanto a nivel general como a nivel de procesos, no obstante, se requiere dar continuidad con la implementación de lineamientos y reforzar lo que actualmente se tiene, esto con el propósito de obtener más y mejores resultados. |
| 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 | A pesar que la estructura de la entidad, permite contar con las líneas de defensa, que de una u otra forma toman decisiones relacionadas con el control, esto en especial se ve reflejado en las dos subdirecciones (Científica y Administrativa), que para el caso de la estructura de la entidad corresponden a la primera línea de defensa. No obstante se requiere reforzar el esquema. |

| 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 | 85% | FORTALEZAS: 1-Comité de Control Interno conformado y activo. 2- Definida política de administración del riesgo. 3-Manual de funciones y competencias laborales que identifica funciones, perfiles y requerimientos para cada uno de los cargos. 4-El Comité de Control Interno de la entidad conoce y aprueba el plan de auditoría de la oficina de Control Interno. | 35% | En el Hospital la Alta dirección está comprometida con la integridad y valores del servidor público, en las actividades de socialización y evaluación de su cumplimiento, fortaleciendo el compromiso institucional de los líderes y equipos de trabajo. Se realiza seguimiento y evaluación a la Gestión institucional. Se cuenta con la política de administración del riesgo actualizada, la cual contempla los niveles de responsabilidad y compromiso frente al riesgo. | 50% |
| Evaluación de riesgos | Si | 91% | FORTALEZAS: 1-La entidad cuenta con un mapa de procesos, caracterizaciones y mapas de riesgos tanto por procesos como institucional actualizados. 2-Mensualmente se mide el cumplimiento de los indicadores formulados en el plan de acción ante la superintendencia Nacional de Salud. 3- la oficina de planeación consolida los riesgos identificados en los mapas de riesgo por proceso. 4-la alta dirección analiza las auditorías y se formula planes de mejora. 5-Cumple permanentemente con la rendición de todos los informes solicitados por los entes de control. DEBILIDADES: 1. El Hospital no tiene establecido una política que permita identificar la ruta para resolver conflicto de intereses. 2- La entidad no ha fortalecido la sensibilización a todos los trabajadores para comunicar los posibles riesgos de corrupción que se puedan evidenciar. 3- El comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional no es operativo. 7- El Hospital no cuenta con una metodología para realizar las evaluaciones al personal que se encuentran en provisionalidad. | 56% | Los responsables de gestión del riesgo establecen acciones de control que gestionan las causas y disminuyen las consecuencias. Los líderes de proceso realizan el monitoreo a las actividades de control y la Oficina de control interno realiza seguimiento de manera anual, en el que evalúa el diseño del control, la ejecución y efectividad de las acciones de control formuladas. | 35% |
| Actividades de control | Si | 79% | FORTALEZAS: 1. El Hospital cuenta con un manual de funciones actualizado, un mapa de procesos y una estructura organizacional definida. 2. La entidad ha fortalecido sus recursos físicos, tecnológicos y humanos. 3. Se realizan actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales y otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de actividades de control. DEBILIDADES: 1. No se evidencia la evaluación de los controles frente a la gestión del riesgo solo cuando se le solicita información a los jefes de dependencia. 2. No se evidencia verificación de controles por parte de los responsables por procesos. | 46% | Los responsables de gestión del riesgo establecen acciones de control que gestionan las causas y disminuyen las consecuencias. Los líderes de proceso realizan el monitoreo a las actividades de control y la Oficina de control interno realiza seguimiento de manera anual, en el que evalúa el diseño del control, la ejecución y efectividad de las acciones de control formuladas. | 33% |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|------------|--|------------|--|------------|
| <p>Información y comunicación</p> | <p>Si</p> | <p>93%</p> | <p>FORTALEZAS: 1. La entidad cuenta con sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos. 2. La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes. 3. El Hospital cuenta con canales de comunicación externos como página web institucional, Líneas telefónicas, correos electrónicos institucionales, Carteleras y redes sociales. DEBILIDADES: 2. La entidad no tiene implementado políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva. 3. La entidad no cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar. 4. La entidad no analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.</p> | <p>43%</p> | <p>Se tienen establecidos espacios de participación con la comunidad y con la asociación de usuarios permitiendo una veeduría y control social permanente, se cuenta con página Web, la entidad cuenta con una oficina de atención al usuario en donde son presentadas las Peticiones Quejas, Reclamos y Felicitaciones, se realizan encuestas mensuales para la medición de la satisfacción del usuario, el informe de gestión de PQR en donde se analiza el indicador de oportunidad y se formulan acciones de mejora para incrementar el porcentaje de oportunidad.</p> | <p>50%</p> |
| <p>Monitoreo</p> | <p>Si</p> | <p>93%</p> | <p>FORTALEZAS: 1. El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría. 2. La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones independientes periódicas que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos. 3. El Hospital realiza planes de mejoramiento a las evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, principalmente las realizadas por la Contraloría. 4. Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad. DEBILIDADES: 1. No se implementa procedimientos de monitoreo continuo. 3. La entidad carece de políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno, sin embargo es claro que los reportes se deben realizar a la alta dirección. 4. la oficina de control interno realiza la verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones.</p> | <p>64%</p> | <p>A través de la ejecución Plan anual de auditorías, se generan las recomendaciones que permiten fortalecer los puntos de control definidos y establecer nuevos controles, como también a la generación de los planes de mejoramiento, los cuales permiten tomar acciones de mejora a los diferentes procesos y subprocesos de la entidad</p> | <p>29%</p> |