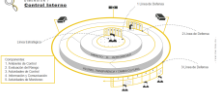


<b>Nombre de la Entidad:</b>	ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL
<b>Periodo Evaluado:</b>	JULIO - DICIEMBRE DE 2022
<b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</b>	
<b>55%</b>	



**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):	<b>En proceso</b>	Los componentes del MECI, se encuentran presentes y operando, pero se requiere ejecutar las acciones establecidas en los planes de la institución. Comparado con el primer semestre del 2022, el avance del sistema de control sufrió una disminución del 14% (primer semestre de 69% y segundo semestre 55%), esta disminución se dio específicamente en los componentes de evaluación del riesgo y actividades de control. El componente de evaluación de riesgo obtuvo un nivel de cumplimiento del 46% comparado con el cumplimiento del informe anterior del 74% (avance -28%). El componente de Actividades de Control presentó un nivel de cumplimiento del 63% comparado con el cumplimiento del informe anterior del 79% (avance -16%).  El componente ambiente de control presentó un nivel de cumplimiento del 58% comparado con el cumplimiento del informe anterior del 70% (avance -12%) y el componente de Información y Comunicación presentó un nivel de cumplimiento del 46% comparado con el cumplimiento del informe anterior del 57% (avance -11%).  El componente con menor variación fue el de Monitoreo, con un avance de -7% comparado con el informe anterior.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	<b>Si</b>	Esta disminución generalizada en los componentes del Sistema de Control Interno se debe a la falta de compromiso por parte de los responsables de ejecutar las diferentes acciones establecidas para el logro de las metas y es efectivo porque a través del sistema de Control Interno se está mostrando la realidad institucional en lo referente a la ejecución de las diferentes acciones establecidas en los planes de la institución. Es importante que los diferentes procesos tengan en cuenta las recomendaciones de mejora con el fin de cumplir los objetivos de la institución. Además del compromiso en la realización de las diferentes actividades por parte de los responsables.
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):	<b>Si</b>	La institución ha direccionado este tópico de las líneas de defensa establecidas en el Decreto 1499 de 2017 y las ha socializado con los responsables de la línea Estratégica, la primera, segunda y tercera líneas de defensa a través de los comités de Control Interno y MIPG. Además tiene designado un funcionario responsable por cada proceso institucional, en pro de asegurar el autocontrol, la autoevaluación, el direccionamiento y cumplimiento de las directrices establecidas por el nivel directivo.

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	<b>Si</b>	<b>58%</b>	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La institución cuenta con un manual de funciones, igualmente con el código de integridad debidamente aprobado para orientar los conductos, comportamientos y prácticas éticas a los conductores en general.</li> <li>Tiene determinado en el mapa de procesos un subproceso de talento humano y tiene un procedimiento debidamente aprobado, además para el direccionamiento estratégico tiene un plan de desarrollo y un plan de gestión del género debidamente aprobado y para el sistema de evaluación tiene determinado la forma técnica de indicadores.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El código de integridad no está estructurado con la metodología de DAFP.</li> <li>No se realiza un adecuado cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan de Capacitación.</li> <li>No se realiza actividades de sensibilización a los funcionarios de planta y contratistas sobre la importancia del código de integridad.</li> <li>No se realiza el cumplimiento del plan estratégico de talento humano.</li> <li>No se realiza el cumplimiento del plan anual de talento humano.</li> <li>La entidad no evalúa el impacto en relación con la mejora institucional teniendo en cuenta el análisis realizado a los informes presentados por la Oficina de Control Interno.</li> <li>No se realiza un adecuado cumplimiento de las actividades establecidas en el plan anticorrupción y el mapa de riesgos.</li> <li>Desde el último trimestre de 2022 se dio hecho a la página web institucional, se perdieron los correos institucionales y la información de todos los carpetas públicas.</li> <li>Se debe actualizar la Política de Administración del Riesgo teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el DAFP.</li> <li>Se debe separar la política del riesgo de la política de anticorrupción.</li> <li>El mapa de riesgos se debe actualizar en la nueva versión establecida por el DAFP.</li> <li>No se realizó el proceso de renovación durante la vigencia 2022.</li> <li>Los responsables de los procesos no entregan la información o la entregan oportunamente.</li> </ul>	<b>70%</b>	Se encuentra presente y funciona correctamente, pero requiere establecer e implementar acciones de mejoramiento del sistema.	<b>-12%</b>
Evaluación de riesgos	<b>No</b>	<b>46%</b>	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La institución tiene establecido el plan anticorrupción y atención al ciudadano y el mapa de riesgos y está fijado en página web institucional en cumplimiento al Decreto 1499 de 2017.</li> <li>La oficina de Control Interno en cumplimiento de la ley 1474 tiene establecido el seguimiento cuatrimestral para asegurar el cumplimiento de los riesgos y políticas y presenta informes de esta actividad al nivel gerencial y al Comité de Coordinación Control Interno.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No existe relación, coherencia, armonización y articulación de los objetivos estratégicos y metas del POA con relación al Plan de Desarrollo institucional.</li> <li>No están ajustados los objetivos de los procesos, programas y proyectos, con el fin que sean medibles, específicos, alcanzables, relevantes y definidos en el tiempo.</li> <li>La política de riesgo estuvo en constitución durante la vigencia 2022, pero no se logró llevar a cabo su constitución.</li> <li>No se contó con funcionario de Planeación en el último trimestre de la vigencia 2022.</li> <li>La alta Dirección no ha realizado análisis de los resultados de la información reportada por la 2a línea de defensa.</li> <li>No se realizó las reuniones de MIPG en los periodos establecidos en la entidad (se realizaron reuniones de MIPG hasta el mes de agosto de 2022).</li> <li>No se controló la Política de Riesgos, por lo cual no se ha establecido una periodicidad para monitorearlos por parte de la Alta Dirección.</li> <li>No se ha actualizado el manual de funciones, teniendo en cuenta que se evidencia duplicidad de funciones, algunas actividades corresponden al perfil, no se han incluido funciones de seguridad y salud en el trabajo.</li> <li>No se realizó análisis de los informes entregados por la Oficina de Control Interno con el fin de tomar acciones correctivas.</li> <li>No se han ejecutado las acciones establecidas en el Plan Anticorrupción y Mapa de Riesgos.</li> <li>Se observa falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de ejecutar las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento de las auditorías fiscales y especiales de entes externos.</li> </ul>	<b>74%</b>	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades obligadas a su mejoramiento dentro del marco de las líneas de defensa.	<b>-28%</b>
Actividades de control	<b>Si</b>	<b>63%</b>	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La institución cuenta con instrumentos de direccionamiento estratégico como: el mapa de procesos, las caracterizaciones de los procesos, la estructura funcional, manual de funciones, manual de procedimientos y el plan de desarrollo.</li> <li>Para el control de seguimiento y evaluación de los controles cuenta con los procesos de Planeación y sistemas integrados de gestión y la oficina de control interno.</li> <li>Se tiene establecido el plan de gestión del Género.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se evidencia que no todos los procesos y procedimientos de la institución se encuentran debidamente caracterizados y formalizados, además no se ha realizado una adecuada socialización de los asistentes.</li> <li>En lo referente a los diferentes comités institucionales establecidos a través de resolución interna, se evidenció que no todos están funcionando según la entidad.</li> <li>A pesar que los sistemas MECI y MIPG están integrados a la estructura de control de la entidad, los funcionarios no lo aplican oportunamente y en su momento cuentan con las actividades establecidas.</li> <li>La página web de la institución fue hackeada.</li> <li>Debido al término del contrato con el proveedor que administró los correos electrónicos institucionales, la entidad no contó con estos correos durante los meses más recientes de la vigencia 2022 lo que generó dificultad en la comunicación tanto interna como externa.</li> <li>Existen dificultades en el cumplimiento de los compromisos de los planes de mejoramiento de los riesgos.</li> <li>Debido a la terminación del contrato de mantenimiento antes de la fecha programada, no se realizó el mantenimiento programado para la vigencia en el mes de diciembre de 2022.</li> </ul>	<b>78%</b>	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades obligadas a su mejoramiento dentro del marco de las líneas de defensa.	<b>-16%</b>
Información y comunicación	<b>No</b>	<b>46%</b>	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La institución cuenta con un proceso de Generación de la Información y Comunicación en el mapa de procesos, además con 4 subprocesos: Estadística, Facturación, sistema y Gestión documental.</li> <li>Tiene establecida la caracterización del proceso.</li> <li>Tiene procedimientos aprobados.</li> <li>La institución cuenta con equipos de cómputo a su nombre, la página web, internet, ventanilla única, bases de subgerencias, Oficina del DAU, RFAST.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se realiza seguimiento a la información clasificada y reservada.</li> <li>Actualmente no se cuenta con una infraestructura de análisis de información.</li> <li>El área de estadística no cuenta con software de análisis de datos.</li> <li>El sistema RFAST ha venido presentando dificultades en su implementación, lo cual entorpece el proceso de captura de la información y generación de informes claves para la toma de decisiones.</li> <li>No se realizan evaluaciones periódicas al cumplimiento de la política de información y comunicación.</li> <li>No se realiza una adecuada reposicionamiento de la información.</li> <li>No se cuenta con mecanismos específicos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares que se puedan presentar.</li> <li>No se realiza socializaciones y reposicionamiento de los procesos de información y comunicación.</li> <li>Los canales externos de comunicación no son reconocidos por todos los niveles de la organización.</li> <li>No se realiza un correcto seguimiento al cumplimiento del procedimiento y manejo de la ventanilla única.</li> </ul>	<b>57%</b>	Se observó que el componente se encuentra funcional, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	<b>-11%</b>
Monitoreo	<b>Si</b>	<b>61%</b>	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La tercera línea de defensa está establecida en el mapa de procesos dentro del nivel estratégico.</li> <li>La caracterización del proceso se encuentra aprobada.</li> <li>Tiene establecido el código de ética del auditor interno.</li> <li>Tiene elaborados los procedimientos y están debidamente aprobados.</li> <li>Tiene plan de auditorías debidamente aprobado por el nivel gerencial y el comité de control interno.</li> <li>A presentados los informes respectivos de cada una de las evaluaciones, auditorías y monitoreos realizados en el segundo semestre de 2022.</li> <li>Se han recibido oportunamente los informes a los organismos de control externos en cumplimiento de los roles determinados en el Decreto 648 de 2017.</li> <li>En el último trimestre de la vigencia 2022 se suscribieron los planes de mejoramiento interno de los procesos de Generación Jurídica, Generación de Atención Asistencial, Generación de Atención al Usuario, Generación de servicios sociales del adulto mayor, Atención del Ambiente Físico, Planeación y Sistema Integrado y Presupuesto e Información y Comunicación.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los perfiles responsables en los diferentes procesos y subprocesos no entregan la información requerida por la Oficina de Control Interno de manera oportuna, lo que no permite realizar una evaluación efectiva que entele la materialización de los riesgos.</li> <li>Los responsables de realizar la evaluación de los indicadores no lo realizan de manera oportuna, lo cual aumenta el riesgo de materialización del riesgo.</li> <li>Se observa falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de ejecutar las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento de las auditorías de entes externos.</li> <li>Es necesario e importante que los supervisores de los contratos tengan en cuenta las solicitudes y requerimientos que hacen los usuarios de los servicios antes de emitir los informes de supervisión.</li> <li>Se observa falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de entregar la información para la evaluación de los POA de la institución lo que retrasa el tiempo de entrega de esta evaluación.</li> <li>No se han suscrito los planes de mejoramiento interno del proceso de Generación del Desempejo Administrativo.</li> </ul>	<b>68%</b>	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades obligadas a su mejoramiento dentro del marco de las líneas de defensa.	<b>-7%</b>