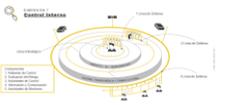


<b>Nombre de la Entidad:</b>	ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL
<b>Periodo Evaluado:</b>	ENERO-JUNIO DE 2023
	<b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</b>
	<b>61%</b>

**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):	En proceso	Los componentes del MECL se encuentran presentes y operando, pero se requiere ejecutar las acciones establecidas en los planes de la institución. Con respecto al segundo semestre del 2022, el avance del sistema de control obtuvo un incremento del 6% en el primer semestre 2023, este aumento se dio específicamente en los componentes de Monitoreo el cual tuvo un nivel de cumplimiento del 80% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 61% (avance del 19%), el componente de evaluación de riesgo obtuvo un nivel de cumplimiento del 67% comparado con el cumplimiento del informe anterior del 46% (avance 21%). El componente de Información y Comunicación presentó un nivel de cumplimiento del 50% comparado con el cumplimiento del informe anterior del 46% (avance 4%). El componente actividades de control presentó un nivel de cumplimiento del 63% igual al cumplimiento del informe anterior del 63% (avance 0%) El componente con menor variación y que presentó disminución en el cumplimiento fue el de ambiente de control con un 5% obtenido un 53% en el primer semestre del 2023 comparado con el informe anterior del 58%. Aunque se presentó un porcentaje mínimo de avance general en los componentes del Sistema de Control Interno, es importante que haya más compromiso total por parte de los responsables de ejecutar las diferentes acciones establecidas para el logro de las metas y objetivos de la Institución.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	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):	Si	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 línea 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, 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
<b>Ambiente de control</b>	Si	53%	<b>FORTALEZAS:</b> - La institución cuenta con un manual de funciones, igualmente con el código de integridad debidamente aprobado para orientar los eventos, compromisos y sanciones a los ciudadanos en general. - Tiene implementado en el mapa de procesos un subproceso de talento humano y tiene unos procedimientos debidamente aprobados para el direccionamiento estratégico frente a un plan de desarrollo y un plan de gestión del gobierno institucional aprobado y pasa el sistema de evaluación tiene determinada la fecha técnica de validación. - La E.S.E. tiene las líneas de defensa de acuerdo a lo definido en el MIPG. - Se actualizó el comité institucional de Control Interno mediante resolución 1.7.1.47.2023 del 6 de marzo de 2023. - Se informó luego de la reunión al comité de control interno. <b>DEBILIDADES:</b> - Deficiencia en las etapas de permanencia y retiro del personal. - No se ha socializado el Código de Integridad y Buen Gobierno donde se incluye el mecanismo de manejo de los conflictos de interés y el reporte a través de la Página Web institucional para que los usuarios, funcionarios y colaboradores realicen las respectivas denuncias. - No se evalúa el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Capacitación. - No se realizan actividades de sensibilización a los funcionarios de planes y controles sobre la importancia del código de integridad. - No se evalúa el cumplimiento de los planes estratégicos de talento humano. - No se evalúa el cumplimiento del plan anual de vacantes. - 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. - No se ha socializado con los funcionarios y colaboradores los cambios que se vienen dando en la plataforma institucional. - No se ha socializado los protocolos y procedimientos que se han actualizado. - Está pendiente la aprobación de la política integrada de gestión del riesgo por parte de la Junta Directiva. - Desde el proceso de Gestión y Mejora se debe continuar realizando seguimiento periódico a los riesgos de cada proceso. - No se realizó inspección durante el primer semestre de 2023. - Los responsables de los procesos no entregan la información o no la entregan oportunamente.	58%	Se observó que el componente está presente y se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejoramiento del sistema.	-5%
<b>Evaluación de riesgos</b>	Si	57%	<b>FORTALEZAS:</b> - La institución tiene establecido el plan anticontaminación y atención al ciudadano y el mapa de riesgos y está fijado en página web institucional en cumplimiento al Decreto 1499 de 2017. - La oficina de Control Interno en cumplimiento de la ley 1474 tiene establecido el seguimiento continuo para asegurar el cumplimiento de los riesgos y políticas y presenta informes de esta actividad al comité de coordinación Control Interno. - Se actualizó la política integrada de gestión de riesgos mediante Resolución No. 1.7.1.47.2023 de marzo 6 de 2023. <b>DEBILIDADES:</b> - No existe claridad, coherencia, armonización y articulación de los objetivos estratégicos y metas del PQR con relación al Plan de Desarrollo institucional. - No están adaptados los objetivos de los procesos, programas y proyectos, con el fin que sean medibles, específicos, alcanzables, relevantes y de limitados en el tiempo. - Se deben de tener en cuenta los seguimientos y evaluaciones realizadas a los mapas de riesgos con el fin de establecer las modificaciones y/o ajustes necesarios. - No se entregan oportunamente las evidencias de la ejecución de las acciones establecidas en el mapa de riesgos por los responsables, que permitan realizar la respectiva verificación y seguimiento por parte de los responsables de Planeación. - No se realiza seguimiento a los mapas de riesgos, por parte de los responsables de cada proceso. - Está pendiente la aprobación de la política integrada de gestión del riesgo por parte de la Junta Directiva. - No se cuenta con un software que soporte la estructura tecnológica para SARLAF con el fin de poder realizar los consultas en las listas rastreadoras. - No se ha actualizado el manual de funciones, teniendo en cuenta que se evidencia duplicidad de funciones, algunas actividades no corresponden al perfil, no se han incluido funciones de seguridad y salud en el trabajo. - No existe compromiso por parte de algunos funcionarios responsables de ejecutar las acciones de mejora de los planes de mejoramiento suscritos con organismos de control externos.	46%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	11%
<b>Actividades de control</b>	Si	63%	<b>FORTALEZAS:</b> - La institución cuenta con instrumentos de direccionamiento estratégico como: el organigrama, el mapa de procesos actualizado, las caracterizaciones de los procesos, la estructura funcional, manual de funciones, manual de procedimientos y un plan de desarrollo. - 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. - Se tiene establecido el plan de gestión del Gerente. <b>DEBILIDADES:</b> - Se evidencia que en todos los procesos y procedimientos de la institución se encuentran debidamente caracterizados y formalizados, además se ha realizado una adecuada socialización de los existentes. - A pesar que los comités MECL y MIPG están establecidos a nivel de control de la entidad, los funcionarios no lo aplican correctamente y en su mayoría no cumplen con las actividades establecidas. - El Manual de Funciones no está actualizado. - Se continúan presentando deficiencias en los módulos de inventarios y número del programa RFAST. - No se realiza mantenimiento a los equipos de sistemas durante el primer semestre de 2023. - No se ha dado total cumplimiento a los requisitos de la Ley 1712, la Resolución 1516 de 2020 y demás ítems de acceso a la información pública y accesibilidad de la página web.	63%	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones de actividades dirigidas a su mejoramiento dentro del marco de las líneas de defensa.	0%
<b>Información y comunicación</b>	Si	50%	<b>FORTALEZAS:</b> - La institución cuenta con un proceso de Sistemas e Informaciones el mapa de procesos. - Tiene establecido el canal de comunicación del proceso. - Tiene procedimientos aprobados. - La institución cuenta con equipos de cómputo a su nombre, la página web, ventanilla única, buzones de subgerencias, Oficina del SIUJ y aplicativo RFAST. <b>DEBILIDADES:</b> - No se realiza seguimiento a la información clasificada y reservada. - Actualmente no se cuenta con una infraestructura de análisis de información. - Actualmente la información no se está analizando de manera precisa y dentro de un contexto estadístico. - Los usuarios no utilizan de manera precisa y adecuada los recursos de la plataforma Oficina 365 y sus beneficios. - No se realiza una adecuada retroalimentación de la información. - No se cuenta con mecanismos específicos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares que se puedan presentar. - No se realizan socializaciones y retroalimentación de los procesos de información y comunicación. - Los canales externos de comunicación no son reconocidos por todos los niveles de la organización. - No se realiza un correcto seguimiento al cumplimiento del procedimiento y manejo de la ventanilla única. - No se cuenta con una herramienta que permita realizar el análisis de los datos estadísticos.	46%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	4%
<b>Monitoreo</b>	Si	80%	<b>FORTALEZAS:</b> - Las líneas de defensa está establecida en el mapa de procesos dentro del nivel estratégico. - La caracterización del proceso se encuentra aprobada. - Tiene establecido el código de ética del auditor interno. - Tiene elaborados los procedimientos y están debidamente aprobados. - Tiene definida la política de Control Interno. - Tiene el plan de auditorías debidamente aprobado por el nivel gerencial y el Comité de Control Interno. - Se presentaron los informes respectivos de cada una de las evaluaciones, auditorías y monitoreos realizados en el primer semestre de 2023. - Se han rendido oportunamente los informes a los organismos de control externos en cumplimiento de los roles determinados en el Decreto 648 de 2017. <b>DEBILIDADES:</b> - Los informes generados 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 sirva a la materialización de los riesgos. - Los responsables de realizar la evaluación de los indicadores no la realizan de manera oportuna, lo cual aumenta el riesgo de materialización del riesgo. - No existe un compromiso total por parte de los funcionarios responsables de ejecutar las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento de las autoridades de entes externos. - Se observa falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de entregar la información para la evaluación de los FORG de la institución lo que retrasa el tiempo de entrega de esta evaluación. - No se han suscitado los planes de mejoramiento dentro de los procesos a cargo de la Subgerencia Administrativa y Financiera y Sistemas e Información.	61%	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones de actividades dirigidas a su mejoramiento dentro del marco de las líneas de defensa.	19%