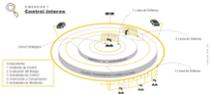


Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL
Periodo Evaluado:	JULIO - DICIEMBRE DE 2023
Estado del sistema de Control Interno de la entidad	79%



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 MECI, se encuentran presentes y operando. Con respecto al primer semestre del 2023, el avance del sistema de control en el segundo semestre 2023 obtuvo un incremento del 18%, este aumento se dió específicamente en los componentes de Monitoreo el cual tuvo un nivel de cumplimiento del 59% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 61% (avance del 32%), Ambiente de Control que obtuvo un nivel de cumplimiento del 82% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 58% (avance del 24%), Evaluación de Riesgo con un nivel de cumplimiento del 91% comparado con el cumplimiento del informe anterior del 46% (avance 45%), el componente de Información y Comunicación obtuvo un nivel de cumplimiento del 57% comparado con el informe anterior del 46% (avance del 11%) y Actividades de Control que presentó un nivel de cumplimiento del 73% que comparado con el cumplimiento del informe anterior fue del 63% (avance 10%). El componente con mayor variación en el cumplimiento fue el de Evaluación de Riesgo con un incremento del 45%. Otro incremento importante lo obtuvo el componente de Monitoreo con un avance del 32%. El componente con menor variación en el cumplimiento fue el de Información y Comunicación con un incremento del 11%. Es importante resaltar que se presentó un avance importante en los componentes del Sistema de Control Interno (1 semestre 61% - II semestre 79%). Sin embargo se debe seguir trabajando por parte de todos los responsables en las diferentes acciones establecidas y principalmente en las debilidades presentadas en esta evaluación, con el fin de lograr el cumplimiento 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 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, direccionamiento y cumplimiento de los directivos 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	Si	82%	FORTALEZAS: - Se cuenta con el código de integridad y se encuentra publicado en la página web institucional. - La institución cuenta con el Plan de Transparencia Pública y la información. - La Junta Directiva aprobó el manual operativo del Sistema Sanitario y Subvención SICAF. - Se actualizó el control de integridad de Control Interno mediante resolución 1.1.1.0.2023 del 10 de abril de 2023. - Se tiene desarrollado el mapa de procesos con rubricación de riesgos, además para el direccionamiento estratégico tiene un plan de desarrollo y un plan de gestión del género debidamente aprobados y para el sistema de evaluación tiene desarrollada la herramienta de evaluación. - La institución cuenta con un manual de funciones. - La E.S.E. realizó las líneas de defensa de acuerdo a lo definido en el SBCP. - Se conformó bajo Resolución el comité de convivencia Laboral. - Se elaboró Resolución 1.1.1.01 de abril de 2023 se aprueba el Plan de Gestión Estratégica del Talento Humano. - En la Junta Directiva del mes de agosto se socializó la Política Integral de Riesgos, la cual fue aprobada mediante acuerdo. DEBILIDADES: - Continuación en las etapas de permeabilidad y retro del personal. - No se analiza el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Capacitación. - La Entidad no analiza el impacto en relación con la mejora institucional teniendo en cuenta el análisis realizado a los informes presentados por la Oficina de Control Interno. - Los responsables de los procesos no entregan la información o no la entregan oportunamente. - No se ha actualizado el manual de funciones, teniendo en cuenta que se evidencia duplicidad de funciones, algunas actividades no corresponden al cargo, no se han realizado funciones de seguridad y salud en el trabajo.	58%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora dirigidas a fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	24%
Evaluación de riesgos	Si	91%	FORTALEZAS: - La institución tiene establecido el plan anticipación y atención al ciudadano y el mapa de riesgos y está fijado en página web institucional en cumplimiento del Decreto 1499 de 2017. - La Oficina de Control Interno en cumplimiento de la Ley 1712 tiene actualizado el seguimiento cuantitativo para asegurar el cumplimiento de los riesgos y potenciales y presenta informes de esta actividad al nivel gerencial y al Comité de Coordinación Control Interno. - Se actualizó la política integrada de gestión de riesgos mediante Resolución No. 1.1.1.01.2023 de marzo 6 de 2023. - Se actualizó las matrices de riesgos en todos los procesos. - El plan de desarrollo institucional cuenta con la definición de los objetivos estratégicos, y estos a su vez se vinculan con el Plan Operativo Anual (POA). - Se realizó el respectivo seguimiento trimestral al plan de desarrollo a través del Plan Operativo Anual. - Los objetivos estratégicos cuentan con indicadores de gestión asociados a cada actividad programada. - Se realizó seguimiento a las matrices de riesgos de corrupción. DEBILIDADES: - No se realiza seguimiento a las matrices de riesgos, por parte de los responsables de cada proceso. - No se cuenta con un software que soporte la estructura tecnológica para GARLAT con el fin de poder realizar las consultas en las líneas específicas. - No se analiza el impacto que ha tenido el control interno por el cambio de los niveles de la organización.	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.	45%
Actividades de control	Si	73%	FORTALEZAS: - La institución cuenta con instrumentos de direccionamiento estratégico como: el organigrama, el mapa de procesos actualizado, las caracterizaciones de los procesos, la cartografía 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 Género. DEBILIDADES: - El Manual de Funciones no está actualizado. - Se continúan presentando dificultades en los módulos del programa RFAST. - No se realizó seguimiento a los riesgos de sistema durante el segundo semestre de 2023. - No se ha dado total cumplimiento a los requisitos de la Ley 1712, la Resolución 1519 de 2020 y demás ítems de acceso a la información pública y accesibilidad de la página web. - No se encuentran en su totalidad actualizados y legalizados los procedimientos de la institución. - No se han vinculado en la matriz de riesgos los riesgos del Barán y SIOF.	63%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora dirigidas a fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	10%
Información y comunicación	Si	57%	FORTALEZAS: - La institución cuenta con un proceso de Sistema e Información. - Tiene establecido la caracterización del proceso. - La institución cuenta con equipos de cómputo a su nombre, la página web, ventanilla única, buzones de subgerencias, Oficina del Estado y aplicación RFAST. - Se cuenta con mecanismos específicos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares que se puedan presentar. - Se encuentra implementado la intranet herramienta esencial para mejorar la comunicación interna, facilitar el acceso a la información relevante y fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud, planta administrativa y operativa. - Se implementó la Línea de Transparencia la cual consta de vitrales directos a través de los números de contacto y formularios dentro de la página web de la institución. - La entidad implemento dentro de los lineamientos un Acuerdo de Confidencialidad de la información para proteger la información confidencial y sensible relacionada con los pacientes, el personal médico y otros aspectos operativos del hospital. DEBILIDADES: - No se realiza seguimiento a la información clasificada y reservada. - Actualmente no se cuenta con una infraestructura de prueba de información. - Los usuarios no utilizan de manera directa y sistemática los recursos de la plataforma Office 365 y sus beneficios. - No se realiza una adecuada actualización de la información. - No se ha dado total cumplimiento a los requisitos de la Ley 1712, la Resolución 1519 de 2020 y demás ítems de acceso a la información pública y accesibilidad de la página web. - Los canales, formatos de comunicación no son reconocidos por todos los niveles de la organización. - No se realizó un correcto seguimiento al cumplimiento del procedimiento y manejo de la ventanilla única.	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%
Monitoreo	Si	93%	FORTALEZAS: - La línea de defensa de defensa está establecida en el nivel de procesos dentro del nivel Estratégico. - La caracterización del proceso se encuentra aprobada. - Tiene establecido el código de color del control 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 instituciones, autónomas y mantenidos realizados en el segundo semestre de 2023. - Se participó dentro la Oficina de Control Interno en el Seguimiento al plan de desarrollo. - Se han recibido oportunamente los informes a los organismos de control externos en cumplimiento de los roles determinados en el Decreto del 8497 de 2017. - Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento internos en el segundo semestre de 2023. DEBILIDADES: - Las diferentes 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 evite la materialización de los riesgos. - Se observa falta de compromiso por parte de los funcionarios responsables de entregar la información para la evaluación de los PORS de la institución lo que retrasa el tiempo de entrega de esta evaluación.	61%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora dirigidas a fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	32%