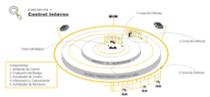


Nombre de la Entidad:
Período Evaluado:

ESE HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANO SAN MIGUEL
ENERO - JUNIO DE 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

65%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>En proceso</p>	<p>Los componentes del MECL se encuentran presentes y operando. Con respecto al segundo semestre del 2023 (79%), el sistema de control en el primer semestre 2024 (65%) obtuvo una disminución del 14%, esta disminución se dio específicamente en los componentes de Evaluación del Riesgo el cual tuvo un nivel de cumplimiento del 54% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 91% (avance del -37%). Ambiente de Control que obtuvo un nivel de cumplimiento del 52% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 82% (avance del -30%). Monitoreo que presentó un nivel de cumplimiento del 82% que comparado con el cumplimiento del informe anterior fue del 93% (avance -11%). Actividades de Control con un nivel de cumplimiento del 67% comparado con el cumplimiento del informe anterior del 73% (avance -6%), el componente de Información y Comunicación obtuvo un nivel de cumplimiento del 71% comparado con el informe anterior del 57% (avance del 14%). El componente con mayor variación en el cumplimiento fue el de Evaluación de Riesgos con una disminución del -37%. Otra disminución importante lo obtuvo el componente de Ambiente de control con un avance del -30%. El componente que presentó incremento fue el de Información y Comunicación con un 14%. Es importante resaltar que el componente de Evaluación de Riesgos se vio afectado por la no realización de la actualización del mapa de riesgos por parte del proceso de Gestión y Mejora. Además de la no entrega oportuna de evidencias por parte de los responsables de las acciones establecidas en el mapa de riesgos existente. Se debe fortalecer y mejorar las estrategias que permitan que los responsables de las diferentes acciones establecidas y de las debilidades presentadas en esta evaluación, realicen los correctivos necesarios, con el fin de lograr el cumplimiento de las metas y objetivos de la Institución.</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>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.</p>
<p>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):</p>	<p>Si</p>	<p>La institución ha direccionado este tipo 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 del comité de Control Interno y MPG. Además tiene designado un responsable por cada proceso institucional en pro de asegurar el autocontrol, la autoevaluación, direccionamiento y cumplimiento de las directrices establecidas por el nivel directivo.</p>

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	52%	<p>FORTALEZAS: - La ESE cuenta con un manual de funciones. - La ESE cuenta con un plan institucional de capacitaciones y se encuentra publicado en la página web. - El personal de apoyo administrativo y administrativo está capacitado a través de programas corporales. - La ESE cuenta con un código de integridad. - La ESE tiene una matriz de riesgos de gestión y un programa de Ética Empresarial. - La ESE cuenta con política de transparencia y acceso a la información y política de seguridad digital. - La ESE cuenta con una política de riesgos. - La Oficina de Control Interno analiza con la alta Dirección y los directos responsables sobre las observaciones y recomendaciones generadas en la realización de seguimientos, evaluaciones y auditorías internas.</p> <p>DEBILIDADES: - No se ha realizado la evaluación de las actividades relacionadas con el ciclo de vida del servidor público (ingreso - permanencia - retiro). - No se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor en la realización de sus actividades. - No se aplica correctamente el plan institucional de capacitación, lo que no permite evaluar su impacto. - No se cuenta con estrategias claras que permitan evaluar los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo. - No se socializa el código de integridad. - No se socializa el procedimiento para el manejo de conflicto de intereses. - No se ha implementado la política de transparencia y acceso a la información. - No se realiza un monitoreo permanente de los riesgos de gestión y riesgos de corrupción. - No se ha realizado socialización de planes de desarrollo y plan operativo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos. - Calidad en el seguimiento a los riesgos financieros. - Calidad en el seguimiento a las observaciones y recomendaciones establecidas en los informes de la Oficina de Control Interno.</p>	82%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	-30%
Evaluación de riesgos	Si	54%	<p>FORTALEZAS: - El plan de desarrollo institucional cuenta con los objetivos estratégicos. - La ESE cuenta con manual de funciones. - Se realizó el seguimiento trimestral al plan de desarrollo y plan operativo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos. - La Entidad tiene definidos los procesos institucionales en el Mapa de Procesos.</p> <p>DEBILIDADES: - No se ha actualizado la política de gestión del riesgo. - Los riesgos de GESTIÓN no se encuentran articulados con los riesgos fiscales. - Los riesgos de corrupción no se encuentran articulados con el SICOP y SAREAPP. - Falta de capacitaciones que fortalezcan la gestión del riesgo para un proceso de calidad. - No se han actualizado los riesgos de los diferentes procesos. - El seguimiento del POA no se realiza acorde al cronograma establecido. - Falta fortalecer la supervisión de los controles. - Existe debilidad en el proceso de socialización de la matriz de riesgos institucional.</p>	91%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	-37%
Actividades de control	Si	67%	<p>FORTALEZAS: - La institución tiene establecido el organigrama dentro de la Oficina de Control Interno esta ubicada en el nivel directivo y cuenta con un jefe de Control Interno y un Técnico Operativo de planta. - La ESE cuenta con un mapa de procesos. - Se cuenta con el código de integridad, el código del autor interno, el comité institucional de coordinación de Control Interno, Comité de Ética, Comité de Transparencia y otros establecidos y especifico delimitados por ley respaldados por circulares y actos debidamente elaborados y aprobados por la línea estratégica. - Se cuenta con el plan de desarrollo institucional y el plan operativo. - La ESE tiene implementado el software RFASIT (Sistema Integrado de Información Contable, Financiera y Administrativa). - Manual de funciones modificado con el Acuerdo 1.6.2.063.2024 de junio 20 de 2024.</p> <p>DEBILIDADES: - Se continúa presentando dificultades en los módulos del programa RFASIT. - No se realizó mantenimiento a los equipos de sistemas durante el primer semestre de 2024. - No se ha dado total cumplimiento a los requisitos de la Ley 1712, la Resolución 1319 de 2020 y demás ítems de acceso a la información pública y accesibilidad de página web. - No se encuentran en la totalidad actualizados y regulados los procedimientos de la institución. - No se ha caminado la actualización del mapa de riesgos articulando la política de integridad de riesgos, Sarif, Sicop y programa de transparencia. - El seguimiento por parte del Oficial de Cumplimiento presenta debilidades. - No se han incorporado dentro del mapa de riesgos los riesgos fiscales de acuerdo a las directrices del DAFP. - No se ha realizado clasificación de los equipos y activos informáticos en obsolescencia. - Falta fortalecer la supervisión de los controles.</p>	73%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	-6%
Información y comunicación	Si	71%	<p>FORTALEZAS: - La ESE tiene establecidas las Políticas de Transparencia y acceso a la información y política de seguridad digital. - Existe un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información. - La ESE cuenta con el sistema RFASIT. - La ESE cuenta con página web, correo institucional, Oficina SIAJ, buzón de sugerencias. - Se cuenta con un funcionario responsable de la información estadística. - Se cuenta con el comité institucional de coordinación de Control Interno, comité de MPPD, comité de Gestión y otros establecidos y específicos delimitados por ley respaldados por circulares y actos debidamente elaborados y aprobados por la línea estratégica. - La ESE cuenta con línea de transparencia, denuncia de corrupción y conflicto de intereses, y se encuentra habilitada en la página web.</p> <p>DEBILIDADES: - No se han implementado las políticas de Transparencia y Acceso a la Información ni la política de Seguridad Digital. - Los registros y control de sistema son poco prácticos. - La parametrización de medicamentos y procedimientos médicos carece de herramientas como cargas masivas e importación por lote. - No se realiza una correcta divulgación de la información. La comunicación interna es débil. - El plan de Gestión de la Información se encuentra en construcción. - No se realiza monitoreo al proceso de verificación crítica que permita evaluar la efectividad de los procesos de comunicación. - La comunicación con el exterior presenta debilidades. - No existen procedimientos para la entrega de activos de información y seguimiento a los perfiles y grupos de usuarios. - Los mecanismos utilizados para medir la percepción de los riesgos requeridos e implementados son manuales.</p>	57%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	14%
Monitoreo	Si	82%	<p>FORTALEZAS: - Se cuenta con el plan de auditorías debidamente aprobado por el nivel gerencial y el Comité de Coordinación de Control Interno. - Se han recibido oportunamente los informes a los organismos de control externos en cumplimiento de los plazos determinados en el Decreto 844 de 2017. - Se presentaron los informes respectivos de cada una de las evaluaciones, auditorías y monitoreos realizados en el primer semestre de 2024. - La oficina de Control Interno realizó informe de seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría de Cali. - Se tienen documentados y aprobados los indicadores para evaluar la gestión de eficiencia, eficacia y calidad de la gestión de cada proceso. - Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento internos. - Se realizó seguimiento a los PORSDP.</p> <p>DEBILIDADES: - Las personas 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 recomienda emitir el POA en el nuevo Plan de desarrollo 2024-2027. - De acuerdo con los seguimientos suministrados por Planación el cumplimiento del POA fue bajo. - En el primer semestre la Entidad no suscribió contratos para toma de muestras de laboratorio con ninguna entidad tercerizada. - No se evidenció seguimiento al PAMEC por parte de Planación.</p>	93%	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%