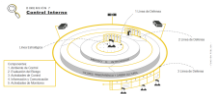


Nombre de la Entidad:		ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL				
Periodo Evaluado:		ENERO - JUNIO DE 2025				
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad	67%			
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	Los componentes del MECL se encuentran presentes y operando. Con respecto al segundo semestre del 2024 (63%), el sistema de control en el primer semestre 2025 (67%) obtuvo un aumento del 4%, esta variación se dio por: El componente de Evaluación del riesgo el cual tuvo un nivel de cumplimiento del 65% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 54% (avance del 11%). Ambiente de Control obtuvo un nivel de cumplimiento del 60% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 52% (avance del 8%), el componente de Actividades de Control obtuvo un nivel de cumplimiento del 67% comparado con el informe anterior del 67% (avance del 0%) y Monitoreo, presento un nivel de cumplimiento del 82% que comparado con el cumplimiento del informe anterior fue del 82% (avance 0%). El componente de Información y Comunicación fue el unico que presentó disminución, con un nivel de cumplimiento del 59% comparado con la evaluación anterior 71% (disminución del 12%). El componente con mayor variación en el cumplimiento fue el de Información y Comunicación con una disminución del -12%. Los componentes que presentaron incremento fueron el Evaluación del riesgo con el 11% y Ambiente de control con el 8% Los componentes de Actividades de Control y monitoreo no presentaron variaciones.				
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se debe seguir trabajando por parte de todos los responsables en las diferentes acciones establecidas, 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 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 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 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 de los comités de Control Interno y MPG. 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
Ambiente de control	Si	60%	FORTALEZAS: - La institución cuenta con un manual de funciones aprobado - La institución cuenta con un plan institucional de capacitación y se encuentra publicado en la página web - La institución cuenta con un código de integridad y está publicado en la página web - La institución tiene un programa de Ética Empresarial - La institución formalizó el procedimiento de conflicto de intereses y está publicado en la página web - La institución cuenta con política de transparencia y acceso a la información y política de seguridad digital - Se realizan actividades de seguridad y salud en el trabajo, como las jornadas activas, la evaluación de puestos de trabajo, exámenes de riesgo - La ESE cuenta con una política de riesgos y actualizó la matriz de riesgos institucionales - La ESE cuenta con Política de Gestión Estratégica del Talento Humano - La Oficina de Control Interno socializa con la Alta Dirección y los directos responsables sobre las observaciones y recomendaciones generadas en los resultados de seguimiento, evaluaciones y auditorías internas DEBILIDADES: - No se realiza evaluación de las actividades relacionadas con el ciclo de vida del servidor público (preparación - permanencia - retiro) - No se cuenta con política clara y comunicada relacionada con la responsabilidad de cada miembro en la realización de sus actividades - No se ejecuta 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 comités de apoyo - No se socializa el código de integridad y buen gobierno - No se realiza el procedimiento para el manejo de conflicto de intereses y no se realiza el debido seguimiento - No se cuenta con un registro permanente de los riesgos de gestión y/o riesgo de corrupción - No se ha realizado socialización de la política de riesgos - No se han tomado en cuenta la matriz de riesgo de gestión con los riesgos fiscales y de corrupción - No se ha implementado la política de transparencia y acceso a la información - No se ha implementado la política de Gestión Estratégica del Talento Humano - Existencia en el seguimiento a las observaciones y recomendaciones establecidas en los informes de la Oficina de Control Interno - No se encuentran formalizados los procesos, procedimientos y políticas de la ESE - No se realiza seguimiento al plan institucional de capacitación - Se evidencia necesidad de informes de seguimiento y en riesgo: Total (20), seguimiento 13(65%) y en riesgo 5(25%)	52%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	8%
Evaluación de riesgos	Si	65%	FORTALEZAS: - El plan de desarrollo institucional cuenta con los objetivos estratégicos - La ESE cuenta con manual de funciones - La ESE cuenta con una matriz de riesgos - 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 DEBILIDADES: - No se ha socializado la actualización de la matriz de riesgos de gestión - No se ha realizado la matriz de riesgos de corrupción - Los riesgos de gestión no se encuentran articulados con los riesgos fiscales - Los riesgos de corrupción no se encuentran articulados con el SICOF y SARLAFT - Falta de capacitaciones que fomenten la gestión del riesgo para un proceso de calidad - No se tienen en cuenta las recomendaciones generadas por el PURAG y el Estado del Sistema de Control Interno	54%	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%
Actividades de control	Si	67%	FORTALEZAS: - La institución tiene establecido el organigrama donde la Oficina de Control Interno está ubicada en el nivel directivo y cuenta con un Área de Control Interno y un Tópicos Operativos de planta - La institución cuenta con reglas de planta - Se cuenta con el código de integridad, el código del auditor interno, el comité institucional de coordinación de Control Interno, comité de MPG y otros expedientes y expedientes documentados por los responsables por circularlos y/o actos debidamente elaborados y aprobados por la línea estratégica - Se realizan inspecciones de navegación en internet y para usuarios en la red - La ESE tiene implementado el software RFAST (Sistema Integrado de Información Contable, Financiera y Administrativa) - Se inició la actividad de mantenimiento a los equipos de sistemas durante el segundo semestre de 2024. DEBILIDADES: - Se continúa presentando dificultades en los módulos del programa RFAST - 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 ha cubierto la actualización del riesgo de corrupción articulando la política de integridad de riesgos, sarlaft, Sicof y programa de transparencia - El total de control institucionales (27) se controla cuando se controla de sus actos - El seguimiento por parte del Oficial de Cumplimiento presenta debilidades - La página web no se encuentra actualizada de acuerdo a la evidencia en la resolución 1519 de 2020 - No se ha realizado clasificación de los equipos y activos informáticos en obsolescencia - Falta de actualización del manual de funciones teniendo en cuenta que existen algunos funcionarios que desconocen las funciones que les competen - No se ha cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan de estrategias de tecnologías de la información y comunicación - No se cuenta con un servidor de correo que permita revisar correos y recibir permisos de acceso a correo institucional de la MPG	67%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	0%
Información y comunicación	Si	59%	FORTALEZAS: - La ESE cuenta con el software R-FAST - Se tiene permisos asignados en el sistema - Se realiza seguimiento al uso de OneDrive como repositorio de documentos institucionales - Se realiza seguimiento al cargo de datos en las diferentes plataformas (PGIS, Supermarket, Cegp) - Exposición del Plan de Seguridad y Privacidad de la información - Se inició mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y red - Se actualizan los contenidos estratégicos en la intranet (OneSharePoint) - Se cuenta con un inventario físico de equipos que se gestiona en una hoja de cálculo Excel y también se registra en la plataforma RCI - Con el apoyo de Office 365 (como institucional y almacenamiento en la nube) y la página web institucional, se logra una mejor articulación entre áreas y con la ciudadanía - La ESE cuenta con diferentes mecanismos de comunicación para usuarios internos y externos como formulario de PQRSJ y de denuncia y conflicto de interés disponible en la página web institucional, la línea de atención vía WhatsApp, los correos electrónicos institucionales, y la oficina de ventanilla única DEBILIDADES: - 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 ha socializado la política de gestión de la información - No se han socializado el procedimiento de derivación de corrupción y conflicto de interés - Existe debilidad en los mecanismos de verificación de la calidad y oportunidad de los datos obtenidos - No se cuenta con un procedimiento para la entrega y control de los activos de información - Existen usuarios activos en la plataforma de R-FAST de personal que ya no labora en la ESE - Existen usuarios activos en la plataforma del SICOFJ de personal que ya no labora en la ESE - Existencia en los procedimientos de gestión documental y seguimiento a las respuestas - No existe un procedimiento formal para evaluar el funcionamiento de los canales externos y externos	71%	Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución.	-12%
Monitoreo	Si	82%	FORTALEZAS: - Se cuenta con el plan de auditorías debidamente aprobado por el nivel gerencial y el Comité de Coordinación de Control Interno - Se han rendido oportunamente los informes a los organismos de control externos en cumplimiento de los roles determinados en el Decreto 144 de 2017 - Se presentaron los informes respectivos de cada una de las evaluaciones, auditorías y monitoreos realizados en el primer semestre del 2025 - La oficina de Control Interno realizó informe de seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con la contraloría de Cali - Se tienen documentados y archivados los indicadores para evaluar la gestión de eficiencia, eficacia y calidad de la gestión de cada proceso - Se realizó seguimiento al SARLAFT - Se realizó seguimiento a los PQRSJ - Se realizó seguimiento a los expedientes tramitados en los meses de marzo y junio de 2025 DEBILIDADES: - Las personas responsables en los diferentes procesos no entregan la información requerida por la Oficina de Control Interno de manera oportuna, lo que no permite realizar una evaluación efectiva que refleje la materialización de los riesgos - No se evidencia seguimiento al PAMEC por parte de Planeación - Se evidencia debilidades en las acciones establecidas en el informe a temas contractuales - Se evidencia falta de claridad en la entrega de la información y manejo de las herramientas como formato en Excel para tabular las encuestas y el formato FOR-GLUS-14 de control y seguimiento de los PQRSJ	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.	0%