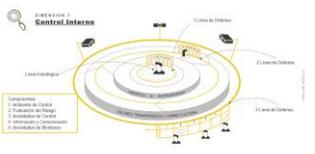


<b>Nombre de la Entidad:</b>	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS ANTIOQUIA
<b>Periodo Evaluado:</b>	PRIMER SEMESTRE 2022



**Estado del sistema de Control Interno de la entidad**

**79%**

**Conclusion 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>	En la ESE el Sistema de Control Interno se encuentra operando a través de los cinco componentes: ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo, los cuales se vienen articulando con el esquema de las Líneas de Defensas. Se observan avances en la definición y diseño de controles en los diferentes componentes, mediante la actualización de procedimientos, manuales y análisis de estos en los seguimientos del mapa de riesgos por procesos y política de gestión del riesgo. En cada uno de los componentes se observan avances que favorecen la estructura de control en la Entidad. Se encuentra operando el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité de Gestión y Desempeño. No obstante lo mencionado anteriormente, se evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo la ejecución de algunos controles específicamente en los componentes de Ambiente de Control y Actividades de control.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	<b>Si</b>	El sistema de control interno opera y es efectivo, aun cuando se observan aspectos que se deben mejorar; además se observa como la Entidad avanza en la mejora del sistema y es una actividad prioritaria para la Administración. Lo anterior le ha permitido a la Entidad, garantizar el adecuado manejo de los recursos, cumplimiento de las metas y objetivos propuestos en su plan de desarrollo y planes operativos anuales, así como la prestación de los servicios de salud.
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 ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas, cuenta con una estructura de líneas de defensa identificada y documentadas; las cuales están definidas desde la Política de Gestión de Riesgos, revisada y validada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno; la última actualización de ésta, se encuentra pendiente de aprobación por parte de la junta directiva, acorde con las circulares emitidas por la Super salud en septiembre de 2021. La Oficina Asesora de Planeación conjuntamente con la Oficina de Auditoría Interna y con el concurso del Comité Institucional de Control Interno y Gestión y Desempeño, han adelantado acciones tendientes al fortalecimiento del aseguramiento y controles en la Entidad.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente
<b>Ambiente de control</b>	<b>Si</b>	<b>77%</b>
<b>Evaluación de riesgos</b>	<b>Si</b>	<b>79%</b>

Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
<p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se evidencia por parte de la Gerencia un alto compromiso por el establecimiento del ambiente de control en la Entidad.</li> <li>La Política de Gestión de Riesgos, alineada con la guía de la Función Pública y circulares expedidas por la Super salud.</li> <li>Avance en la actualización de los mapas de Riesgos de Corrupción y por proceso, incluyendo revisión de controles y su diseño. Trabajo realizado con todos los líderes de procesos en reunión conjunta con gerencia y liderado por la segunda línea de defensa, Oficina Asesora de Planeación.</li> <li>La Junta Directiva aprobó en el mes de mayo de 2021, la nueva estructura orgánica, planta de personal requerida, funciones generales de las dependencias y el Manual específico de funciones y competencias laborales.</li> <li>Se tiene actualizado el Mapa de procesos y se encuentra en construcción y actualización la caracterización de los procedimientos priorizados para cumplir la meta del 40% que se tiene en el PLAN OPERATIVO ANUAL POA para 2022, con sus respectivos controles. En el 2021 se actualizó el 30% de estos.</li> <li>La Entidad cuenta con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el cual viene operando. Igualmente, se cuenta con el Comité de Gestión y Desempeño.</li> <li>Las tres líneas de defensa fueron definidas en la política de gestión de riesgos.</li> <li>La Alta Dirección definió en la política de gestión de riesgos, los niveles de aceptación de los mismos, teniendo en cuenta los objetivos institucionales.</li> <li>Se evalúa la planeación estratégica trimestralmente y se toman los correctivos necesarios de forma oportuna, para el cumplimiento de las metas propuestas en el plan.</li> <li>La Alta Dirección evalúa los resultados financieros de la entidad y estos son llevados a la junta directiva.</li> <li>El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, aprueba el plan de evaluaciones y hace los seguimientos respectivos.</li> <li>La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Auditoría Interna y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional.</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pendiente por actualizar el Código de Integridad y la aplicación del mismo, que incluya: los análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la Entidad.</li> <li>No se han evaluado las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.</li> <li>Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa</li> <li>Pendiente la evaluación de la aplicación en la Entidad de la Política de Gestión de Riesgos.</li> </ul>
<p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con una Política de Gestión de riesgos revisada y validada por el CICCI, la cual se llevará a junta directiva para su aprobación y se encuentra ajustada con los lineamientos de la Función Pública y Super salud.</li> <li>La Oficina de Planeación, como 2a línea de defensa, consolida información clave frente a la gestión del riesgo y se encarga de liderar la actualización de los mapas de riesgos y sus controles con cada uno de los líderes de procesos.</li> <li>Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorearon los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes</li> <li>Desde la actualización de la estructura administrativa y actualización de mapa de procesos, la Entidad busca una adecuada segregación de actividades con el personal encargado de realizarlas, dentro de los diferentes procesos, con el fin de evitar que una sola persona realice varias actividades que impliquen manejo de recursos</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pendiente por definir la ruta en la Entidad, cuando se detectan materializaciones de riesgo, para establecer el plan de acción a seguir en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.</li> <li>Durante el primer semestre no se llevaron a cabo seguimientos, a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas</li> <li>En el primer semestre no se observan riesgos identificados en la ejecución de servicios tercerizados.</li> </ul>

Nivel de Cumplimiento componente presentado en el Informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
<b>71%</b>	<p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se evidencia por parte de la Gerencia un alto compromiso por el establecimiento e implementación del sistema de control interno en la Entidad.</li> <li>Con la Resolución 189 del 10 de junio de 2021 se modificó la Resolución 110 del 15 de octubre de 2014 la cual había fusionado en la Entidad el de Control Interno con el de Gerencia base; por tal razón con la 189 se crea y reglamenta el funcionamiento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</li> <li>La Entidad actualizó el mapa de procesos en la vigencia 2021 y avanzó en la caracterización de los procesos, pues de once procesos adoptados, nueve de estos fueron actualizados.</li> <li>Se avanza en la actualización de los procedimientos de la Entidad, es por esto, que se hizo una priorización de aquellos administrativos y asistenciales que revisten mayor importancia con el fin de darles mayor celeridad; para la vigencia 2021 según los POAS, se dejó como meta la actualización de los procesos y procedimientos en un 30%.</li> <li>La política de Administración de riesgos fue aprobada en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en agosto de 2021 y en esta se definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.</li> <li>La Entidad definió un Plan de Desarrollo con sus POAS, a los cuales se les realiza seguimientos trimestrales con el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación</li> <li>Con el estudio de Modernización Administrativa y análisis de cargas de trabajo, la Administración logró que la Junta Directiva aprobara: la nueva estructura Orgánica, la planta de personal requerida, funciones generales de las dependencias y el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales, lo cual le permite a la Entidad: desarrollar su objeto social y funciones con una planta de personal global, cumplir con la normatividad vigente y eliminar o disminuir la probabilidad de materialización de riesgos jurídicos, económicos y de corrupción, entre otros.</li> <li>Desde la alta dirección se realiza seguimiento mensual al comportamiento de los estados financieros.</li> <li>La Entidad actualizó el mapa de riesgos de gestión y corrupción, basado en la Guía que tiene la Función Pública actualizada en diciembre de 2020 Versión 5.</li> <li>Se encontró precariedad en los archivos y espacios físicos; desorden en carpetas y cajas de facturación; personal de archivo sin competencias para el manejo de este; sin procedimientos de gestión documental, según ley de archivos, entre otros. Es por esto que la administración contrató la elaboración de un diagnóstico que permita identificar claramente la problemática e iniciar un plan a futuro con el que se pueda intervenir en forma paulatina y acorde</li> </ul>	<b>6%</b>
<b>68%</b>	<p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se evidencia por parte de la Gerencia un alto compromiso por la implementación y evaluación de riesgos</li> <li>La política de Administración de Riesgos se definió y presentó en los Comités de Gestión y Desempeño e Institucional de Coordinación de Control Interno para su revisión y aprobación.</li> <li>Esta política fue aprobada mediante Acta #2 del día 12 de agosto de 2021.</li> <li>La Política de Administración de riesgos está planeada para que sea aplicada por toda la Entidad. No obstante queda pendiente revisar y ajustar nuevamente y continuar la socialización en la Entidad. En la Entidad construye de manera anual el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, el cual además se publica en la página web de la Función Pública. Se actualizaron los mapas de riesgos de corrupción y de procesos. Desde la actualización de la estructura administrativa y actualización de mapa de procesos, la Entidad busca una adecuada segregación de actividades en el personal encargado de realizarlas, dentro de los diferentes procesos, con el fin de evitar que una sola persona realice varias actividades que impliquen manejo de recursos</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se encuentran institucionalizados los análisis de entorno interno o externo, que permitan identificar eventuales factores de riesgos. No se evidencian los riesgos identificados en la ejecución de servicios tercerizados, lo cual</li> </ul>	<b>11%</b>

Actividades de control	SI	75%	<p><b>Fortaleza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se cuenta con una estructura administrativa aprobada por junta directiva, al igual que el mapa de procesos. La entidad considero la adecuada división de las funciones, de tal manera que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o incumplimientos de alto impacto en la operación.</li> <li>-Se cuenta con manuales de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones, al igual que en el sistema de información se tiene controlado la creación de estos, mediante la exigencia de solicitud del jefe del proceso, que autoriza los permisos en el sistema para que sean creados, ajustados o retirados.</li> <li>-Se evalúa trimestralmente en el seguimiento al plan operativo anual POA, la actualización de los procedimientos priorizados y definidos.</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La entidad tiene definidos controles sobre la infraestructura tecnológica y los procesos de gestión de la seguridad, sin embargo se deben realizar seguimientos que permitan identificar otros controles fuentes frente al tema o concluir que estos son efectivos frente al riesgo.</li> <li>-Desde la Oficina de Auditoría Interna no se cuenta con información, como evaluador independiente en relación con la verificación de controles implementados por el proveedor de servicios de TI. No obstante desde la revisoría fiscal en los dos últimos años se han realizado dos auditorías al proceso de TI y se han realizado planes de mejoramiento.</li> </ul>	63%	<p><b>Fortaleza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Compromiso de la alta gerencia para mejorar el sistema de control interno.</li> <li>-Adecuada segregación de funciones, establecidas en el manual de funciones y competencias laborales.</li> <li>-La Entidad avanza en la definición y actualización de Procesos, Procedimientos, instructivos, manuales y controles.</li> <li>-Manual de funciones y competencias laborales actualizado y aprobado por Junta Directiva en mayo de 2021.</li> <li>-Se avanza con la seguridad informática en la Institución.</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No se tiene el establecimiento o implementación de controles relevantes para el proceso de gestión de la seguridad de la información y su integración con la gestión de riesgos institucional.</li> </ul>	12%
Información y comunicación	SI	79%	<p><b>Fortaleza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La entidad actualizó el sistema de información Dinámica, de tal manera que se puedan capturar y procesar datos y transformarlos en la información que necesita el Hospital para la toma de decisiones.</li> <li>-La Entidad posee mecanismos de comunicación que permiten dar a conocer a los usuarios internos y externos, los objetivos y metas estratégicas propuestos; estas se realizan mediante capacitaciones de inducción y reinducción, reuniones con equipos de trabajo, información en página web y rendición de cuentas.</li> <li>-La entidad cuenta con canales de información internos para las denuncias sobre posibles situaciones irregulares.</li> <li>-La entidad analiza los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios.</li> <li>-Se tienen canales para recibir las PQRS y gestiones, adicionalmente, se cuenta con la profesional universitaria encargada de recibir las quejas de los funcionarios para iniciar si es del caso, procesos disciplinarios.</li> <li>-La página web cuenta con un correo electrónico en el cual se pueden enviar las quejas o denuncias.</li> <li>-Se realizan reuniones del equipo directivo donde se analiza la información de resultados generada por la primera y segunda línea de defensa. Adicionalmente la gerencia se reúne con la subgerencia administrativa y financiera para el análisis de la información, tomar medidas correctivas y ajustes que apunten al cumplimiento de metas y objetivos financieros y económicos.</li> <li>-Se cuenta con el PINAR actualizado.</li> <li>-La ESE contrató el diagnóstico sobre el estado de gestión documental en la Entidad.</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La entidad avanza en la actualización de políticas de operación, relacionadas con la administración de la información.</li> <li>-Se vienen actualizando los procedimientos de gestión documental, de hecho la entidad cuenta con un diagnóstico realizado por un externo para iniciar con la actualización de los mismos. Se tiene definido la reubicación de los espacios del archivo</li> </ul>	68%	<p><b>Fortaleza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La Entidad presentaba debilidades en la obtención de la información pues contaba con un software desactualizado, dado que la versión que se tiene es del 2015.</li> <li>-La Administración actualizó todos los módulos de Dinámico por lo tanto esta condición mejorará la captura, proceso y entrega de información para la toma de decisiones</li> <li>-Se realizan reuniones del equipo directivo donde se analiza la información. Adicionalmente la gerencia se reúne con la subgerencia administrativa y financiera para el análisis de la información, medidas correctivas y ajustes que apunten al cumplimiento de metas y objetivos</li> <li>-La Entidad dispone de diferentes mecanismos de información y comunicación mediante escritos, carteleras, portal web, intranet, redes sociales, campañas internas, sistema de sonido interno, entre otros.</li> <li>-Se tiene Programa de Gestión Documental y PINAR, aunque estos se deben actualizar, como se explicó en Ambiente de Control.</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se requiere establecer políticas de operación para la administración de la información (roles y responsabilidades)</li> </ul>	11%
Monitoreo	SI	86%	<p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del jefe de Auditoría Interna y hace el correspondiente seguimiento a sus ejecución.</li> <li>-En el CICC se presentan los resultados de los seguimientos y evaluaciones realizadas por la Oficina de Auditoría Interna.</li> <li>-Desde el comité se imparten lineamientos que permitan mejorar los procesos, cuando es del caso.</li> <li>-Producto de las auditorías de los entes de control, la ESE elabora planes de mejoramiento a los cuales se les realiza el respectivo seguimiento con el comité de gerencia en pleno.</li> <li>-Desde los comités de gerencia se realizan seguimiento y evaluación de la efectividad de las acciones incluídas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos.</li> </ul> <p><b>Debilidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Es insuficiente el recurso humano con el que cuenta la oficina de auditoría interna en el Hospital, para dar cumplimiento a las auditorías que fueron programadas en el Plan, el cual quedó ambicioso, pues sólo cuenta con el jefe; es por esto, que no se alcanza a cubrir las evaluaciones por procesos que fueron priorizadas según los análisis de riesgos.</li> </ul>	82%	<p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alto compromiso por parte de la Gerencia, sobre el establecimiento e implementación del control interno en la Entidad.</li> <li>-Los comités operan y se integran para el análisis y seguimiento de la gestión.</li> <li>-Se creó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en el mes de junio de 2021, el cual se separó del comité de gerencia de base.</li> <li>-La Entidad cumple con los informes de auditoría de ley y la rendición de cuentas ante los entes de control y regulación.</li> </ul> <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No se realizan autoevaluaciones continuas y seguimientos, debido a la inexistencia de procedimientos y que estos se encuentran desactualizados.</li> <li>-La Oficina de Auditoría Interna sólo cuenta con el jefe lo cual afecta el proceso de evaluación dado que sólo alcanza a cubrir los seguimientos de ley, asesorías y acompañamiento, quedando muy poco tiempo para las auditorías de procesos y riesgos.</li> </ul>	4%