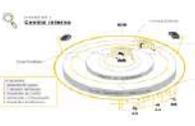


Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS ANTIOQUIA
Periodo Evaluado:	PRIMER SEMESTRE 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

86%

**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	En la evaluación al sistema de control interno de la ESE, se observa que los componentes del MECI se encuentran presentes y operando de manera integrada; adicionalmente, se vienen articulando con el esquema de las Líneas de Defensas, toda vez que la Entidad viene actualizando, creando y adoptando todos sus procesos, procedimientos, políticas, manuales e instructivos necesarios para ejecutar adecuadamente las actividades necesarias para prestar, desde lo administrativo y asistencial, un adecuado servicio de salud a sus usuarios. Buscando además cumplir con sus objetivos y metas propuestas en sus planes operativos, así como también, el cumplimiento normativo. Se encuentra operando el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y gestión y desempeño. Se trabaja de manera articulada la oficina de auditoría interna con la oficina asesora de planeación, buscando que las líneas de defensa se guarden y avancen, se articulen para lograr objetivos comunes para la institución.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	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):	Si	La ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas, cuenta con una estructura de líneas de defensa identificada y documentada; definidas desde la Política de Gestión de Riesgos, revisada y validada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, aprobada por parte de la Junta Directiva, acorde con las circulares emitidas por la Supersalud 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. La Junta Directiva de la ESE aprobó la POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS Código: PO.DE.PLA-01 versión 2 del 17 de agosto de 2022, en ella se definieron los siguientes temas: Roles, responsabilidades y autoridades Niveles de aceptación del riesgo. Niveles para calificar el impacto. Tratamiento de riesgos, Monitoreo y revisión de los riesgos, Implementación y evaluación, Divulgación e Implementación.

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 en el presente	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	85%	<b>Fortalezas:</b> Se evidenció por parte de la Gerencia un alto compromiso por el establecimiento e implementación del sistema de control interno en la Entidad. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra operando y los resultados de los seguimientos y evaluaciones son presentados, para tomar los respectivos correctivos. El Comité de Gestión y Desempeño también se encuentra operando tal como lo establece la resolución y desde allí se complementa con los análisis y revisiones de temas como gestión documental, seguimiento a PIR, entre otros. Se logra la actualización a los procedimientos con el apoyo de la oficina asesora de planeación, con el fin de definir aspectos claves en estos como: controles, responsabilidades, evidencias, entre otros. La Entidad actualizó el mapa de procesos en la vigencia 2022 y definió la totalidad de la caracterización de los procesos, que en total son once. Se avanza en la actualización de los procedimientos de la Entidad, es por esto, que se hizo una priorización de puntos administrativos y asistenciales que tienen mayor importancia con el fin de darles mayor calidad. La política de Administración de riesgos fue revisada en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y aprobada por la Junta Directiva y en esta se definen los niveles de aceptación del riesgo y líneas de defensa. La Entidad actualizó el Plan de Desarrollo con sus PDA's, a los cuales se le realiza seguimientos trimestrales con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación. 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 tarea de personal responsable, funciones generales de las dependencias y el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales, lo cual le permite a la Entidad disminuir su probabilidad de materialización de riesgos jurídicos, económicos y de corrupción, entre otros. Desde la alta dirección se realiza seguimiento manual al comportamiento de los estados financieros. La Entidad actualizó el mapa de riesgos de corrupción. La Administración controló la elaboración de un diagnóstico que permita identificar claramente la problemática e iniciar un plan a largo plazo el cual se pueda llevar en forma puntual y acorde con los recursos que se cuenta, el proceso de gestión documental alineado con los normas expedidas por el Archivo General de la Nación. La Entidad actualizó el software Dinámica el cual se encuentra desactualizado y se mantendrá desde el 2015, lo cual ocasiona afectar los flujos de información. <b>Debilidades:</b> No se evidencian institucionalizados los análisis de entorno interno o externo, que permitan identificar eventuales factores de riesgo. No se evidencian los riesgos identificados en la ejecución de servicios tercerizados.	81%		4%
Evaluación de riesgos	Si	87%	<b>Fortalezas:</b> Se presentó al comité institucional de coordinación de control interno, un informe de seguimiento a riesgos por parte de la oficina asesora de planeación. Se evidenció por parte de la Gerencia un alto compromiso por la implementación y evaluación de riesgos. La política de Administración de Riesgos se presentó en el Comité de Coordinación de Control Interno para su revisión y fue aprobado por junta directiva. La Política de gestión de riesgos fue respaldada al personal. En la Entidad se construye de manera anual el Plan Intencional de gestión de riesgos, el cual además se publica en la página web de la institución en el fin de transparencia. En el 2023 se actualizó el mapa de riesgos de corrupción y se definieron estos por procesos. Identificación de roles y responsabilidades, lo que permite segregación de funciones. Se actualizó y deroga a los líderes de procesos la Política de gestión de Riesgos, acorde con la nueva Guía de la Función Pública. 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. 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. <b>Debilidades:</b> No se encuentran institucionalizados los análisis de entorno interno o externo, que permitan identificar eventuales factores de riesgo. No se evidencian los riesgos identificados en la ejecución de servicios tercerizados.	85%		1%
Actividades de control	Si	88%	<b>Fortalezas:</b> Compromiso de la alta gerencia para mejorar el sistema de control interno. Se avanza en la actualización de procedimientos, manuales e instructivos, lo que permite definir los controles de forma adecuada para el sistema de información y canales normados. Adecuada segregación de funciones, establecidas en el manual de funciones y competencias laborales. La Entidad cuenta en la definición y actualización de Procesos, Procedimientos, instructivos, manuales y controles. Manual de funciones y competencias laborales actualizado y aprobado por Junta Directiva en mayo de 2021. Se avanza con la seguridad informática en la institución. Se evalúa trimestralmente en el seguimiento el plan operativo anual PDA, la actualización de los procedimientos operativos y manuales. Se llevan los informes de auditorías y seguimientos al comité institucional de coordinación de control interno. <b>Debilidades:</b> Pendiente por actualizar el 30% de los procedimientos los cuales se tienen previsto en plan de desarrollo para cumplir en la vigencia 2023.	83%		4%
Información y comunicación	Si	82%	<b>Fortalezas:</b> Actualización del software Dinámica. Mejora en los flujos de información. Función de cuentas a todos los grupos de interés. Diagnóstico sobre el estado de gestión documental en la ESE. 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 financiera y a partir de esta se toman medidas correctivas y acciones que aseguran el cumplimiento de metas y objetivos. La Entidad dispone de diferentes mecanismos de información y comunicación mediante escritos, carteleras, portal web, intranet, redes sociales, campañas internas, sistema de sondeo interno, entre otros. Se tiene PINAR, para el tema de gestión documental es uno de los puntos en Ambiente de Control que se debe mejorar. Como parte de la ejecución del PINAR, se actualizó el Manual de Procesos de Gestión Documental aprobado en la reunión del 27 de mayo de 2021, el cual se encuentra en proceso de implementación y contiene los instructivos, procedimientos y formatos. Se cuenta con los instructivos para la "Conservación de Documentos", código: IN GT GDO-08, versión 01 y Para el Control de Disposición Final, código: IN GT GDO-07, Versión 01. Adicional a estos documentos, durante el periodo 2020-2023, se elaboraron los siguientes: - Instructivo para la valoración documental - Instructivo de recepción de objetos postales - Instructivo de trámite de solicitudes de información - Instructivo para consulta de documentos - Instructivo de envío de comunicaciones oficiales	82%		0%
Monitoreo	Si	86%	<b>Fortalezas:</b> Alto compromiso por parte de la Gerencia, sobre el establecimiento e implementación del control interno en la Entidad. En el comité institucional de coordinación de control interno, se presentan los seguimientos y evaluaciones realizadas por la tercera línea de defensa. Los comités operan y se integran para el análisis y seguimiento de la gestión. Se crea 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. La Entidad cumple con los informes de auditoría de ley y la rendición de cuentas ante los entes de control y regulación. <b>Debilidades:</b> La Oficina de Auditoría Interna aún cuenta con el plan a largo plazo el cual afecta el proceso de evaluación dado que aún no se han cubierto los seguimientos de ley, asesorías y acompañamientos, quedando muy poco tiempo para las auditorías de procesos y riesgos.	86%		0%