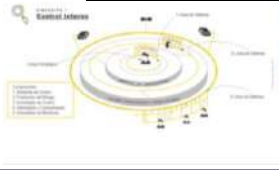


Nombre de la Entidad:  
Período Evaluado:

**ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS ANTIOQUIA**  
**SEGUNDO SEMESTRE 2023**



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

87%

**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):	<b>En proceso</b>	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. La ESE actualizó en un 67% los procedimientos y en ellos se incluyen los puntos de control definidos en estos. Viene creando aquellos documentos, formatos, manuales e instructivos requeridos para la adecuada ejecución de los procesos. Se encuentra operando el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y gestión y desempeño. La oficina de auditoría interna viene trabajando de manera articulada con la oficina asesora de planeación, buscando que las líneas de defensa segunda y tercera, se articulen para lograr objetivos comunes para la institución. Se realiza seguimiento al Plan Operativo Anual de forma trimestral buscando el mejoramiento y cumplimiento de las metas definidas.
¿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 identificadas y documentadas; 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 Superintendencia de Salud. 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 Evaluación y seguimiento. Adicionalmente se tienen claramente definidas las líneas de defensa y responsabilidades.

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	Avance final del componente
<b>Ambiente de control</b>	SI	88%	<p><b>Fortalezas:</b> Compromiso por parte de la Gerencia 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 opera tal como lo establece la resolución y desde allí se complementa con los análisis y revisiones de los temas que le compete. 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 son: controles, responsables, evidencias, entre otros. El avance de la actualización de los procedimientos al 21 de diciembre de 2023 fue del 87%. La política de Administración de riesgos fue revisada el 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 definió un Plan de Desarrollo con sus FOCAS, a los cuales se le realiza seguimientos trimestrales con el liderazgo 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 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 los objetos sociales y funciones con una planta de personal global, cumplir con la normatividad vigente y disminuir o eliminar la probabilidad de materialización de riesgos jurídicos, económicos y de corrupción, entre otros. Desde la alta dirección se realiza seguimiento mensual al comportamiento de los estados financieros. La Entidad actualizó el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2023. Se cuenta con el oficial de cumplimiento y suplente para SARIAPF, SICOF y PTTE. 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 con los recursos que se cuenta, el proceso de gestión documental ajustado con las normas expedidas por el Archivo General de la Nación. La Entidad actualizó el software Dinámica el cual se encontraba desactualizado y sin mantenimiento desde el 2015, lo cual permitió mejorar los flujos de información. La Entidad cuenta con un Plan Estratégico de Talento Humano. La Administración demuestra compromiso con la integridad y valores éticos.</p> <p><b>Debilidades:</b> Falta de definición de los mecanismos e indicadores para la medición de la eficiencia y efectividad de las acciones previstas en el Plan Estratégico de Talento Humano. Los procesos, procedimientos, manuales, instructivos y controles, en su mayoría, se encuentran totalmente desactualizados y otros que no están en el archivo documental de la Entidad, es por esto que la Administración debe en su Plan de Planeación 2023-2025, la actualización de la totalidad de los.</p>	85%	2%
<b>Evaluación de riesgos</b>	SI	90%	<p><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 evidencia por parte de la Gerencia un alto compromiso por la implementación y evaluación de riesgos. La política de Administración de Riesgos se presentó en la Comisión de Coordinación de Control Interno para su revisión y fue aprobada por junta directiva. La Política de gestión de riesgos fue desplegada al personal. En la Entidad se construye de manera anual el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, el cual además se publica en la página web de la institución en el link de transparencia y para la vigencia 2023 alcanzó un cumplimiento del 87%. 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 desplegó 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. Se cuenta con el oficial de cumplimiento para SARIAPF, SICOF y PTTE. La ESE viene cumpliendo con lo definido por la Superintendencia Nacional de Salud en cuanto a las directrices, criterios y parámetros mínimos definidos en la Circular Externa CE 109 de 2016 y CE 202217000005-5 para el riesgo, implementación y funcionamiento del Sistema de Administración de Riesgos de Salud de Activos y Pasivos del Territorio y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARIAPF) para prevenir que el riesgo de IAP/FPADM se materialicen. La ESE viene cumpliendo con lo definido por la Superintendencia Nacional de Salud en cuanto a las directrices, criterios y parámetros mínimos definidos en la CE 202217000005-5 sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Operación y Fraude - SICOF. <b>Debilidades:</b> No se encuentran institucionalizadas 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.</p>	87%	3%
<b>Actividades de control</b>	SI	88%	<p><b>Fortalezas:</b> Compromiso de la alta gerencia para mejorar el sistema de control interno. Se avanzó al 31 de diciembre de 2023 en la actualización del 87.1% de los procedimientos; adicionalmente se actualizaron manuales e instructivos, lo que permite definir los controles de forma adecuada y acorde con el sistema de información y cambios normativos. Adecuada segregación de funciones, establecidas en el manual de funciones y competencias laborales. Manual de funciones y competencias laborales actualizadas y aprobadas por junta Directiva en mayo de 2023. Se avanza con la seguridad informática en la institución. Se evalúa trimestralmente en el seguimiento al plan operativo anual POA, la actualización de los procedimientos priorizados y definidos. Se llevan los informes de auditorías y seguimientos al comité institucional de coordinación de control interno. Se cuenta con el comité de gestión y desempeño y se cumplieron con las agendas definidas en la resolución que lo reglamenta.</p> <p><b>Debilidades:</b> Pendiente por culminar la actualización de los procedimientos, dado que en este se definen los controles y responsables de estos.</p>	88%	-1%
<b>Información y comunicación</b>	SI	86%	<p><b>Fortalezas:</b> Actualización del software Dinámica Mejora en los flujos de información. Rendición 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 ajustes que apuntan al 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 sonido interno, entre otros. Se tiene PINAR, pero 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 2022, 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.GDD-08, versión 01 y Para el Control de Disposición Final", código: IN.GT.GDD-07, Versión 01. Adicional a estos documentos, durante el período 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 -Instructivo para organización de documentos. -Procedimiento de conservación de evidencias.</p>	82%	4%
<b>Monitoreo</b>	SI	86%	<p><b>Fortalezas:</b> Alto compromiso por parte de la Gerencia, sobre el establecimiento e implementación del control interno en la Entidad. La ESE cuenta con dos planes de evaluaciones de auditorías internas, uno que corresponde a las auditorías de ley con 23 auditorías realizadas y otro por procesos a riesgo con un total de 5 auditorías ejecutadas. Se ejecutó para el 2023 en un 100%. 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 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. La Entidad cumple con los informes de auditoría de ley y la rendición de cuentas ante los entes de control y regulación. En el mes de septiembre de 2023 la gerencia autorizó un apoyo de un profesional universitario para la oficina de auditoría interna.</p>	86%	0%