


Nombre de la Entidad: Fecha Evaluación:	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS ANTIOQUIA PRIMER SEMESTRE 2024
	Estado del sistema de Control Interno de la entidad: 85%

Condiciones generales sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (E/ en proceso/ No) Justifique su respuesta:	Si	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 86% los procedimientos y en ellos se incluyen los puntos de control definidos en estos y sus responsables. 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 seguras y recarea, 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:	Si	La Entidad avanza en la mejora del sistema y es una actividad prioritaria para la Administración. Lo anterior le ha permitido 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 identificadas y documentadas, definidas desde la Política de Gestión de Riesgos, revisada y validada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y aprobada por parte de la Junta Directiva, acorde con los lineamientos establecidos por la Superintendencia de Salud en noviembre 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 mecanismo de control interno. La Junta Directiva de la ESE aprueba la POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS Código: PD DE PLA.01 versión 2 del 17 de agosto de 2022, en ella se definieron los siguientes temas: Roles, responsabilidades y autoridades Nivel de aceptación del riesgo. Niveles para calificar el riesgo. Tratamiento de riesgos. Monitoreo y revisión de los riesgos. Implementación y evaluación. Derivación 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	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Entorno de control	Si	86%	<p>Fortalezas: El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno constituido y operando. Procedimientos actualizados al 30 de junio de 2024 fue del 86%. Política de Administración de riesgos aprobada por junta directiva con niveles de aceptación del riesgo y líneas de defensa. Seguridades trimestrales al Plan Operativo Anual POA. La ESE cuenta con una estructura Orgánica, Funciones generales de las dependencias y el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales. Seguridades trimestrales junta directiva al comportamiento de los estados financieros. Mapa de riesgos de cumplimiento actualizado para la vigencia 2024.</p> <p>Debilidades: Ausencia 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. No existe una cultura del reporte de la materialización de los riesgos al área de planeación. Conexión de recursos para intervenir el proceso de gestión documental.</p>	86%	<p>Fortalezas: 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 lleva 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. Se avanza en la actualización de los procedimientos al 31 de diciembre de 2023 fue del 87.1%.</p> <p>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 definió un Plan de Desarrollo con sus POAs, a los cuales se le realiza seguimiento trimestral en el formato de la Oficina Asesora de Planeación. Con el estudio de Modernización Administrativa y análisis de cargas de trabajo, la Administración aprobó que la Junta Directiva autorizó la nueva estructura Orgánica la matriz de segregación de funciones, funciones asignadas de los dependencias y el</p>	1%
Evaluación de riesgos	Si	81%	<p>Fortalezas: La política de Administración de Riesgos se presentó en el Comité de Coordinación de Control Interno para su revisión y fue aprobada por junta directiva. La Política de gestión de riesgos fue deslegada al personal. Identificación de roles y responsabilidades, lo que permite segregación de funciones. La Oficina de Planeación, como 2a línea de defensa, consultó información clave frente a la gestión del riesgo y se encargó de liderar la actualización de los mapas de riesgo y sus controles. La ESE viene cumpliendo con lo definido por la Superintendencia Nacional de Salud en cuanto a los documentos, ordenes y parámetros mínimos definidos en la Circular Externa (CE) 09 de 2016 y CE 2024170000005 para el diseño, implementación y funcionamiento del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAF) para prevenir que el riesgo de LAF/PTPADM materialicen.</p> <p>La ESE viene cumpliendo con lo definido por la Superintendencia Nacional de Salud en cuanto a los documentos, ordenes y parámetros mínimos definidos en la CE 2024170000005 sobre el Subsistema de Administración de Riesgo de Contaminación, Operables y Fraude - SICOF.</p> <p>Debilidades: 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 tecnológicos.</p>	86%	<p>Fortalezas: 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 el Comité de Coordinación de Control Interno para su revisión y fue aprobada por junta directiva. La Política de gestión de riesgos fue deslegada 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. 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 deslegó 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 mapas de procesos, la Entidad fomenta 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.</p> <p>La Oficina de Planeación, como 2a línea de defensa, consultó información clave frente a la gestión del riesgo y se encargó de liderar la actualización de los mapas de riesgo y sus controles.</p> <p>Debilidades: No se encuentran institucionalizados los análisis de entorno interno o externo, que</p>	9%
Actividades de control	Si	87%	<p>Fortalezas: Compromiso de la alta gerencia para mejorar el sistema de control interno. Segregación de funciones, establecidas en el manual de funciones y competencias laborales. 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 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 cumplen con las agendas, definidas en la resolución que lo reglamenta.</p> <p>Debilidades: Pendiente por cumplir la actualización de los procedimientos, dado que en este se definen los controles y responsabilidades de estos.</p>	86%	<p>Fortalezas: 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 y acorde con el sistema de información y cambios normativos. Adecuada segregación de funciones, establecidas en el manual de funciones y competencias laborales. La Entidad avanza en la definición y actualización de Procesos, Procedimientos, instructivos, manuales y contratos. 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 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. Cumplimiento de los lineamientos de la Superintendencia en materia de SARLAF.</p>	4%
Información y comunicación	Si	86%	<p>Fortalezas: Diagnóstico sobre el estado de gestión documental en la ESE. Se realizan reuniones del equipo directivo donde se analiza la información. 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 al tema de gestión documental es uno de los puntos en donde la Entidad que se debe mejorar.</p> <p>Debilidades: Pendiente por ejecutar el PINAR en lo programado, debido a la dificultad en la consecución de los recursos financieros y debido a la crisis por la que atraviesan las IPS en la recuperación de la cartera.</p>	86%	<p>Fortalezas: Mejora en los flujos de información. Atención 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 donde la Entidad que se debe mejorar.</p>	0%
Monitoreo	Si	86%	<p>Fortalezas: 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 otro por proceso o riesgo. 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. 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> <p>Debilidades: Las oficinas de control interno requieren un mayor número de profesionales que permitan aumentar el número de auditorías internas, pues el volumen de</p>	86%	<p>Fortalezas: 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 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.</p> <p>Debilidades: La Oficina de Auditoría Interna sólo cuenta con el apoyo de un profesional 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</p>	0%