

	<p><b>Nombre de la Entidad:</b> Hospital San Vicente de Paul de Caldas Antioquia</p> <p><b>Periodo Evaluado:</b> SEGUNDO SEMESTRE 2024</p>
<p><b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad:</b></p> <p style="text-align: right;"><b>86%</b></p>	

Condición general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno		
<p><b>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (E/ En proceso / No) (Justifique su respuesta):</b></p>	<p>SI</p>	<p>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 90% los procedimientos y en ellos se incluyen los puntos de control definidos en entes 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. Se realiza seguimiento al Plan Operativo Anual de forma trimestral buscando el cumplimiento y cumplimiento de las metas definidas. Se realizan evaluaciones de ley y riesgos y se aplica el proceso definido.</p>
<p><b>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (E/No) (Justifique su respuesta):</b></p>	<p>SI</p>	<p>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.</p>
<p><b>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno con una multifuncionalidad (líneas de defensa) que le permita la suma de decisiones frente al control (E/No) (Justifique su respuesta):</b></p>	<p>SI</p>	<p>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 y aprobada por parte de la Junta Directiva, acorde con los criterios emitidos por la Superintendencia de 2023. 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 seguimiento y control en la Entidad. La Junta Directiva de la ESE aprobó la POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS (Código: PD DE PLAD) 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. Identificación y evaluación. Divergencia e implementación. Evaluación y seguimiento. Adicionalmente se tienen claramente definidas las líneas de defensa y responsabilidades.</p>

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual, Explicación de las Debilidades y Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance Real del componente
Analisis de control	SI	86%	<p><b>Fortalezas:</b> El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno constituido y operando. Procedimientos actualizados al 30 de noviembre en un 90%. Política de Administración de riesgos aprobada por junta directiva con niveles de aceptación del riesgo y líneas de defensa. Seguros de riesgos en el Operativo Anual PQA. La ESE cuenta con una estructura Orgánica, Funciones generadas de las dependencias y el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales. Seguimiento trimestral a junta directiva al comportamiento de los estados financieros. Mapa de riesgos de cumplimiento actualizado para la vigencia 2024. Autoridad del sistema de administración de riesgos por parte de revisoría fiscal y auditoría interna con un concepto muy bueno.</p> <p><b>Debilidades:</b> 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.</p> <p><b>Implementación de revisiones para integrar el proceso de gestión documental:</b></p>	86%	<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 las respectivas acciones. El Comité de Gestión y Desempeño opera tal como lo establece la resolución y está al día con el cumplimiento con los análisis y revisiones de los temas que le compete. Se hace 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, responsabilidades, evidencias, entre otros. El avance de la actualización de los procedimientos al 30 de junio de 2024 fue del 84%. 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 PCAs, a los cuales se le realizó seguimiento trimestral con el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación. Con el estado 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 generadas de las dependencias y el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales, lo cual le permite a</p>	-1%
Evaluación de riesgos	SI	82%	<p><b>Fortalezas:</b> 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 delegada al personal. Identificación de roles y responsabilidades, lo que permite segregación de funciones. La Oficina de Planeación, como la línea de defensa, consigna información clave frente a la gestión del riesgo y se encarga de tener la actualización de los mapas de riesgos y sus controles. La ESE tiene comprometido a los directivos por el Superintendente Nacional de Salud en cuanto a las directrices, criterios y parámetros mínimos definidos en el Circular Externa CEJ 09 de 2019 y CE 20227000005-S para el diseño, implementación y funcionamiento del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Tránsito del Patrimonio y Prohibición de Armas de Destrucción Masiva (SARLAF) para prevenir que el riesgo de LAVITPACM se materialicen. La ESE viene cumpliendo con lo definido por el Superintendente Nacional de Salud en cuanto a las directrices, criterios y parámetros mínimos definidos en la CE 20227000005-S sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICOF.</p> <p><b>Debilidades:</b> 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.</p>	81%	<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 evolución del riesgo. 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 delegada al personal. En la Entidad se constituye de manera anual el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, el cual además se publica en la página web de la entidad en el fin de transparentar. 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 delegó a los líderes de proceso 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 realizar, 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 la línea de defensa, consigna información clave frente a la gestión del riesgo y se encarga de tener la actualización de los mapas de riesgos y sus controles.</p>	1%
Actividades de control	SI	88%	<p><b>Fortalezas:</b> 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 PQA, la actualización de los procedimientos priorizados y definidos. Se levan 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 regula.</p> <p><b>Debilidades:</b> Pendiente por continuar la actualización de los procedimientos, dado que en este se definen los controles y responsabilidades de estos.</p>	83%	<p><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 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 e informes. 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 PQA, la actualización de los procedimientos priorizados y definidos. Se levan los informes de auditorías y seguimientos al comité institucional de coordinación de control interno. Cumplimiento de los tratamientos de la Superintendencia de SARLAF.</p>	5%
Información y comunicación	SI	86%	<p><b>Fortalezas:</b> Diagnóstico sobre el estado de gestión documental en la ESE. Se realizan reuniones de equipo directivo donde se analiza la información. La Entidad dispone de diferentes mecanismos de información y comunicación mediante escritos, carteleras, panel web, internet, redes sociales, campañas internas, sistema de sonido interno, entre otros. Se tiene el PMAR para el tema de gestión documental es uno de los puntos en Ambiente de Control que se debe mejorar.</p> <p><b>Debilidades:</b> Pendiente por actualizar el PMAR en el programa, debido a la dificultad en la consecución de los recursos financieros y debido a la crisis por la que atraviesan los IPS en la recuperación de la cartera.</p>	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 garanticen el cumplimiento de metas y objetivos. La Entidad dispone de diferentes mecanismos de información y comunicación mediante escritos, carteleras, panel web, internet, redes sociales, campañas internas, sistema de sonido interno, entre otros. Se tiene el PMAR para el tema de gestión documental es uno de los puntos en Ambiente de Control que se debe mejorar.</p>	0%
Monitoreo	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 uno por proceso de 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 rendición. Seguimiento a los sistemas SARLAF, SICOF y PTEE.</p> <p><b>Debilidades:</b> Las oficinas de control interno requieren un mayor número de profesionales que permitan aumentar el número de auditorías internas, para el volumen de auditorías de ley no permitan destinar tiempo a las evaluaciones con enfoque en riesgo por procesos.</p>	86%	<p><b>Fortalezas:</b> 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 el 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 rendición.</p> <p><b>Debilidades:</b> Se requieren oficinas de auditoría interna fortalecidas.</p>	0%