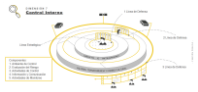
| | |
|---|---|
| **Nombre de la Entidad:** | **ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL** |
| **Periodo Evaluado:** | **JULIO-DICIEMBRE DE 2024** |



| **Estado del sistema de Control Interno de la entidad** | **63%** |
|---|---|

**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 | Los componentes del MECI, se encuentran presentes y operando.<br><br>Con respecto al primer semestre del 2024, el sistema de control en el segundo semestre 2024 obtuvo una disminución del 2%, esta disminución se dió especificamente en el componenete de Información y Comunicación el cual tuvo un nivel de cumplimiento del 54% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 71% (avance del -17%), Ambiente de Control que obtuvo un nivel de cumplimiento del 54% comparado con el cumplimiento de la evaluación anterior del 52% (avance del 2%), Evaluación de Riesgo con un nivel de cumplimiento del 54% comparado con el cumplimiento del informe anterior del 54% (avance 0%), el componenente de Actividades de Control obtuvo un nivel de cumplimeinto del 67% comparado con el informe anterior del 67%. (avance del 0%) y Monitoreo presento un nivel de cumplimiento del 86% que comparado con el cumplimento del informe anterior fue del 82% (avance 4%).<br><br>El componente con mayor variación en el cumplimiento fue el de Información y Comunicación con una disminución del -17%.<br>Los componentes que presentaron incremento fueron el de Monitoreo con un 4% y Ambiente de control con el 2%<br><br>Los componentes de Actividades de Control y Evaluación del Riesgo no presentaron variaciones.<br><br>Se debe seguir trabajando por parte de todos los responsables en las diferentes acciones establecidas y principalmente en las debilidades presentadas en esta evaluación, con el fin de lograr el cumplimiento de las metas y objetivos de la Institución. |
| **¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):** | Si | Es efectivo porque a través del sistema de Control Interno se esta mostrando la realidad institucional en lo referente a la ejecución de las diferentes acciones establecidas en los planes de la institución. Es importante que los diferentes procesos tengan en cuenta las recomendaciones de mejora, con el fin de cumplir los objetivos de la institución. Además del compromiso en la realización de las diferentes actividades por parte de los responsables. |
| **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 institución ha direccionado este tópico de las líneas de defensa establecidas en el Decreto 1499 de 2017 y las ha socializado con los responsables de la línea Estratégica, la primera, segunda y tercera líneas de defensa a través de los comité de Control Interno y MIPG. Además tiene designado un funcionario responsable por cada proceso institucional en pro de asegurar el autocontrol, la autoevaluación, direccionamiento y cumplimiento de las directrices establecidas por el nivel directivo. |

| **Componente** | **¿El componente está presente y funcionando?** | **Nivel de Cumplimiento componente** | **Estado actual: Explicacion 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** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ambiente de control** | **Si** | **54%** | **FORTALEZAS:**<br>-La institución cuenta con un manual de funciones aprobado<br>-La institución cuenta con un plan institucional de capacitaciones y se encuentra publicado en la página web.<br>-La institución cuenta con un código de integridad y esta publicado en la página web<br>-La institución tiene una matriz de riesgos de gestión y un programa de Etica Empresarial<br>-La institución formalizó el procedimiento de conflicto de intereses y estableció link de acceso en página web<br>-La institución cuenta con política de transparencia y acceso a la Información y política de seguridad digital.<br>- Se realizaron actividades de seguridad y salud en el trabajo, como las pausas activas, la evaluación de puestos de trabajo, exámenes de retiro del personal.<br>-La ESE cuenta con una política de riesgos<br>-La Oficina de Control Interno socializa con la Alta Dirección y los directos responsables sobre las observaciones y recomendaciones generadas en la realización de seguimientos, evaluaciones y auditorías internas.<br><br>**DEBILIDADES:**<br>No se realiza evaluación de las actividades relacionadas con el ciclo de vida del servidor público (ingreso - permanencia - retiro)<br>-No se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor en la realización de sus actividades.<br>-No se ejecuta correctamente el plan institucional de capacitaciones, lo que no permite evaluar su impacto<br>-No se cuenta con estrategias claras que permita evaluar los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo<br>-No se socializa el código de integridad<br>-No se socializa el procedimiento para el manejo de conflicto de intereses<br>-No se realiza un monitoreo permanente de los riesgos de gestión y riesgos de corrupción<br>-No se ha realizado socialización de la política de riesgos<br>-Debilidad en el seguimiento a las observaciones y recomendaciones establecidas en los informes de la Oficina de Control Interno<br>-No se encuentran formalizados los procesos, procedimientos y protocolos de la ESE | **52%** | Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora dirijidas a fortalecer y mejorar el diseño y ejecución. | **2%** |
| **Evaluación de riesgos** | **Si** | **54%** | **FORTALEZAS:**<br>- El plan de desarrollo institucional cuenta con los objetivos estratégicos<br>- La ESE cuenta con manual de funciones<br>- La ESE cuenta con una matriz de riesgos.<br>- Se realizó el seguimiento trimestral al plan de desarrollo y plan operativo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.<br>- La Entidad tiene definidos los procesos institucionales en el Mapa de Procesos<br><br>**DEBILIDADES:**<br><br>- Los riesgos de gestión no se encuentran articulados con los riesgos fiscales.<br>- Los riesgos de corrupción no se encuentran articulados con el SICOF Y SARLAFT<br>- Falta de capacitaciones que fomenten la gestión del riesgo para un proceso de calidad<br>- El seguimiento del POA no se realiza acorde al cronograma establecido<br>- Falta fortalecer la supervisión de los contratos<br>- Existe debilidad en el proceso de socialización de la matriz de riesgos institucional<br>- No se realiza seguimiento al cumplimiento de la medición de los indicadores | **54%** | Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución. | **0%** |
| **Actividades de control** | **Si** | **67%** | **FORTALEZAS:**<br>- La institución tiene establecido el organigrama donde la Oficina de Control Interno está ubicada en el nivel directivo y cuenta con un Jefe de Control Interno y un Técnico Operativo de planta.<br>-La institución cuenta con mapa de procesos.<br>- Se cuenta con el código de integridad, el código del auditor interno, el comité Institucional de coordinación de Control Interno, comité de MIPG y otros esenciales y especificos determinados por ley respaldados por circulares y/o actas debidamente elaboradas y aprobadas por la línea estratégica.<br>- Se realizan restricción de navegación en internet y para usuarios en la red<br>-La ESE tiene implementado el software RFAST (Sistema integrado de información Contable, Financiera y Asistencial).<br>- Se inicio la actividad de mantenimiento a los equipos de sistemas durante el segundo semestre de 2024.<br><br>**DEBILIDADES:**<br>- Se continúan presentando dificultades en los módulos del programa RFAST.<br>- No se ha dado total cumplimiento a los requisitos de la Ley 1712, la Resolución 1519 de 2020 y demás ítems de acceso a la información pública y accesibilidad de la página web.<br>- No se encuentran en su totalidad actualizados y legalizados los procedimientos de la Institución.<br>- No se ha culminado la actualización del mapa de riesgos articulando la política de integridad de riesgos, safaft, Sicof y programa de transparencia.<br>- El seguimiento por parte del Oficial de Cumplimiento presenta debilidades.<br>- No se ha realizado clasificación de los equipos y activos informáticos en obsolescencia<br>- Falta de socialización del manual de funciones teniendo en cuenta que existen algunos funcionarios que desconocen las funciones que les competen.<br>- No existe una cultura institucional de MIPG | **67%** | Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora dirijidas a fortalecer y mejorar el diseño y ejecución. | **0%** |
| **Información y comunicación** | **Si** | **54%** | **FORTALEZAS:**<br>-La ESE cuenta con el software R-FAST.<br>- Se tiene control de acceso y permisos asignados en el sistema.<br>- Se realiza seguimiento al uso de OneDrive como repositorio de documentos institucionales.<br>- Se realiza seguimiento al cargue de datos en las diferentes plataformas (PSS5, Supersalud, CHIP.<br>- Se realiza Validación de contenidos publicados en web e intranet.<br>-Ejecución del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.<br>- Se inicio mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y red.<br>-Se actualizan los contenidos estratégicos en la Intranet (SharePoint).<br>-Durante el segundo semestre se han mantenido operativos los controles tecnológicos implementados para proteger la red institucional mediante la solución Omada de TP-Link, fortaleciendo la seguridad de la información en ambientes cableados e inalámbricos.<br>-La entidad cuenta con un proceso de Ventanilla Única<br><br>**DEBILIDADES:**<br>-No se ha dado total cumplimiento a los requisitos de la Ley 1712, la Resolución 1519 de 2020 y demás ítems de acceso a la información pública y accesibilidad de la página web.<br>- No se ha socializado la política de gerencia de la información<br>-No se conocen por parte de todos los usuarios internos los canales de comunicación con que cuenta la ESE<br>-No se realizó en el segundo semestre de 2024 evaluación y seguimiento a al proceso de ventanilla única<br>-No se cuenta con un procedimiento para la entrega y control de los activos de información<br>- No se realiza medición de la percepción de los usuarios frente a las líneas de comunicación con que cuenta la institución. | **71%** | Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora para fortalecer y mejorar el diseño y ejecución. | **-17%** |
| **Monitoreo** | **Si** | **86%** | **FORTALEZAS:**<br>-Se cuenta con el plan de auditorías debidamente aprobado por el nivel gerencial y el Comité de Coordinación de Control Interno.<br>- Se han rendido oportunamente los informes a los organismos de control externos en cumplimiento de los roles determinados en el Decreto 648 de 2017.<br>- Se presentaron los informes respectivos de cada una de las evaluaciones, auditorías y monitoreos realizados en el segundo semestre de 2024.<br>- La oficina de Control Interno realizó informe de seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con la contraloría de Cali<br>-Se tienen documentados y aprobados los indicadores para evaluar la gestión de eficiencia, eficacia y calidad de la gestión de cada proceso<br>- Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento internos.<br>-Se realiza seguimiento a las PQRSDF<br><br>**DEBILIDADES:**<br>- Las personas responsables en los diferentes procesos no entregan la información requerida por la Oficina de Control Interno de manera oportuna, lo que no permite realizar una evaluación efectiva que evite la materialización de los riesgos.<br>- No se evidencia seguimiento al PAMEC por parte de Planeación<br>-Los responsables de cada proceso no cumplen en su totalidad con los indicadores establecidos en el plan de desarrollo y el plan operativo anual.<br>-No Se cumple por parte de los responsables con las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno. | **82%** | Se observó que el componente se encuentra funcionando, pero requiere establecer e implementar acciones de mejora dirijidas a fortalecer y mejorar el diseño y ejecución. | **4%** |