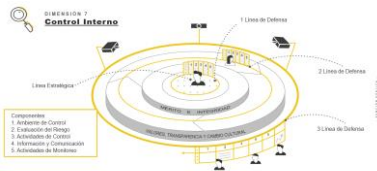


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE.
Periodo Evaluado:	ENERO 1 AL 30 DE JUNIO DEL 2023



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

73%

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 el Hospital los componentes se encuentran operando de manera integrada, no obstante se debe continuar generando sinergias con el fin de proporcionar una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que la ESE establezca acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituye en parte integral(autocontrol).
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La entidad opera en terminos adecuados, pero es necesario adelantar acciones de mejora en torno al Sistema de Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestion-MIPG
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Lineas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	Debe existir mayor compromiso por parte de los involucrados de Hospital, en lo relacionado con la implementación de las líneas de defensa las cuales sirven como una forma efectiva de gestionar el riesgo y de tener un buen control en todos sus procesos. Todos debemos tener claridad sobre los roles y sus responsabilidades, así como coordinar de forma correcta el proceso de la Gestión del Riesgo. Actualmente no se tiene una directriz que permita identificar las responsabilidades y acciones que debe asumir cada trabajador.

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	72%	DEBILIDADES: -No se estan cumpliendo los lineamientos establecidos en la politica de gestion y desempeño de talento Humano en lo referente al retiro de personal. -Los servidores públicos no tienen muy claro la responsabilidad que les compete a cada uno en la implementación de control interno .El comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional no es operativo -No se tiene documentado el Formato de las lineas de Defensa .-El Hospital no cuenta con una línea de denuncia interna que permita alertar sobre las irregularidades que se puedan presentar sobre situaciones o posibles incumplimientos al código de integridad . FORTALEZAS -El Hospital cuenta con el Comité de Sostenibilidad Contable en el cual se analiza la información financiera.-La entidad analiza los informes y proyecta acciones de mejora a partir de los hallazgos generados por parte del la oficina de Control Interno .-El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba el Plan de Auditoria presentado por parte de la oficina de control interno y hace seguimiento. -A través de la Oficina de Gestión Humana se evalua al Personal de Carrera Administrativa que hace parte de la Institución. Utilizando el aplicativo EDL-APP. . -Se adopta el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno según Resolución N° 153 del 7 de febrero del 2019. -Se elaboró el código de ética y valores para el Hospital Regional José David Padilla Villafañe, mediante Resolución N° 1166 del 23 de octubre del 2014. -Mediante actos administrativos se adopto el Plan de Capacitación, bienestar de vacaciones. estos reposan en la Oficina de Gestión	1%	1. Se realizó la ejecución del Plan de auditoria Interna con todas las áreas del Hospital en el cual se encontraron observaciones en los procesos y se proyectó la elaboración de planes de mejora. 2- El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se reunió periodicamente para abordar temas de su competencia. 3. El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano fue actualizado y la Oficina de Control Interno realiza los seguimiento de acuerdo a como lo estipula la norma.	71%

Evaluación de riesgos	Si	59%	DEBILIDADES: - La Alta Dirección no se han realizado updates al manual de Funciones, se está en espera que para la vigencia del 2022 se realice el estudio de cargas laborales de la planta del personal y posteriormente realizar los respectivos ajustes. - No se evidencia que la Alta Dirección analice de los resultados de la materialización de los riesgos. - No existe definida la Oficina de Planeación, por tal razón no Gerencia Riesgos como segunda línea de defensa. - Está por definir la líneas de defensa. - Desde la Alta Dirección no se hace seguimiento para saber si se materializan los riesgos de corrupción. FORTALEZAS: - El 24 de mayo del 2023, mediante Acuerdo 149 se realizó actualización al Manual de Funciones, teniendo en cuenta la norma. - Se evidencia que la alta Dirección se preocupa por las fallas en los controles y de ésta manera define plan de mejora - En la Plataforma Estratégica están definidos los objetivos, son medibles, alcanzables, en el tiempo - Se elaboró el Plan anticorrupción y atención al Ciudadano y se publicó en la página web institucional. - La Institución tiene una planta de personal con su respectivo manual de funciones, lo cual permite que cada persona tenga claridad de sus funciones. - La Alta Dirección evalúa fallas en los controles, cuando se realizan las Auditorías. La Alta Gerencia tiene conocimiento de los riesgos que pueden afectar cada proceso. - La Institución tiene una planta de personal con su respectivo manual de funciones, lo cual permite que cada persona tenga claridad de sus funciones.	19%	1- Los supervisores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de los contratos e informar las alertas a que haya lugar. 2- La Institución tiene una planta de personal con su respectivo manual de funciones, lo cual permite que cada persona tenga claridad de sus funciones. 3- Se construyó la matriz de riesgos de corrupción, sin embargo no se le ha hecho seguimiento por parte de los responsables. 4- Desde la oficina de control interno se realiza el respectivo seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano. 4- La entidad tiene en cuenta la importancia que tiene la implementación del Control Interno.	58%
Actividades de control	Si	63%	DEBILIDADES: - La Alta Dirección debe verificar que los responsables de los procesos estén ejecutando los controles como se han diseñado. - No se evidencia controles implementados por el proveedor de servicios. - No se evidencia la evaluación de los controles frente a la gestión del riesgo solo cuando se le solicita información a los jefes de dependencia. Estructurar y desarrollar el plan de acción para la implementación de MIPG en la ESE Hospital REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFÑE con la participación de todos los líderes de procesos. FORTALEZAS: En el manual de de funciones del Hospital se tienen definidas las funciones y responsabilidades, de cada trabajador. - A través de la implementación del manual de elaboración de documentos se hace el control documental de cada uno de los procesos basados en nuestro mapa de procesos y se verifican en cada una de las oficinas o dependencias su control documental, formatos, manuales, que hagan cumplir la norma ISO 9000 y que se pueda integrar con el sistema con la norma técnica de la función pública. - La oficina de control interno realizará los monitoreos acorde a la matriz de riesgos, con cada Jefe de área esto con el fin de que no se materialicen. - La Entidad tienen bien definidas las funciones del Cargo de Control Interno.	21%	1-Se evidencia que la Entidad actualizó el Plan de Contingencia que garantiza la continuidad y disponibilidad de los servicios Tecnológicos, así como la capacidad de atención y resolución de incidentes para ofrecer continuidad de la operación y la prestación de todos los servicios de la entidad y de TI. 2- La Oficina de Gestión Humana a través de oficio solicita al Jefe de Sistemas la autorización de usuario para el ingreso al Sistema (Software Dinámica Gerencial) teniendo en cuenta los roles y siguiendo los principios de segregación de funciones. 3- Desde la auditoría interna se audita el cumplimiento de funciones de todo el personal. 4- Para las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de funciones y estas se encuentran segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo. 5- La Oficina de Control Interno verifica a través de la Oficina de Calidad que se de estricto cumplimiento al diseño de sistemas de gestión bajo las normas o estándares internacionales como la ISO.	42%
Información y comunicación	Si	98%	DEBILIDADES: - La Entidad no cuenta con un proceso o procedimiento diseñado escrito para la evaluación periódica de los canales de comunicación, para la parte externas. FORTALEZAS: - La institución para dar cumplimiento a la normatividad elaboró el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI, así mismo el Jefe de Sistemas le permite el acceso a través de un usuario a cada trabajador para el ingreso al Sistema (Software Dinámica Gerencial) teniendo en cuenta los roles y siguiendo los principios de segregación de funciones - En el Hospital Regional José David Padilla Villafañe, se adoptó el Programa de Gestión Documental PGD mediante Resolución # 477 del 18 Abril del 2018. -La Institución cuenta con canales externos definidos en los procesos de comunicación Institucional, entre ellos se encuentran (Página web institucional, Red social Facebook), pautas radiales en emisoras locales), prensa, material impreso. -La Entidad ha adquirido a través del Software Dinámica Gerencial una herramienta que permite capturar toda la información de los procesos tanto administrativos como asistenciales que se transforman en datos para rendir informes a los diferentes Entes. - Los indicadores de información relevante tanto interna como externa incluye aquellos definidos en la resolución 0256 del 2016, el decreto 2193 del 2004 y los indicadores económicos y de manera mensual se puede contar con esta información cargada en las diferentes plataformas. - El Hospital aprobó la Política de Seguridad y Privacidad de la Información fue adoptado mediante resolución N° 077 del 2018, y socializada con todo el	10%	1- La Política de Seguridad y Privacidad de la Información fue socializada con todo el personal de Institución. 2-La oficina de control interno de manera periódica hace control del seguimiento a cada una de las plataformas que que el Hospital debe cargar información, la cual debe ser cargada de manera exitosa, adicionalmente hace acompañamiento a las diferentes oficinas para recordar su compromiso en el cargue de información. 3-El Hospital con el propósito de mejorar la prestación del servicio de la salud, como derecho fundamental del individuo, tiene implementado el sistema de buzón de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias ubicados en lugares estratégicos; para que los usuarios depositen sus inconformidades o sus felicitaciones, que persigue la mejora continua de los servicios ofertados por la entidad. 4- En el Hospital se adopta el Programa de Gestión Documental PGD como un instrumento para el desarrollo de una política de gestión de documentos, que contempla las herramientas necesarias las cuales aseguran el tratamiento adecuado de los documentos en ambiente físico y electrónico, con miras al mejoramiento de la eficiencia administrativa y a la cultura cero papel. 5- Todo el personal que labora en el Hospital es conocedor de los distintos medios de comunicación, a su vez estos son liderados por personas que se les ha designado la responsabilidad.	88%

Monitoreo	Si	75%	DEBILIDADES: Algunas areas deben comprometerse en dar cumplimiento a los planes de mejora. La entidad carece de políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno, sin embargo es claro que los reportes se deben realiar a la alta dirección . FORTALEZAS: -Se evalua de manera semestral el informe de PQRD por parte de la oficina de control interno y se envia a la alta direccion. - Durante éste semestre se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría Departamental del Cesar. -El hospital actualizó el comité institucional de coordinación de control interno a través de la resolución 153 del 7 de febrero del 2019, además proyectó la Resolución N° 079 del ocho (8) de febrero del 2022 por medio del cual se adopta el Programa Anual de Auditorías para la vigencia 2022. -La oficina de control interno realiza la verificación del avance y cumplimineto de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. - Una vez recibidos los informes de los entes externos se elabora planes de mejoras suscritos por los responsables y la oficina de control interno realiza los seguimientos.	5%	1-. La oficina de control interno realiza los informes de PQRD, semestral 2-Por parte de la Oficina de Control Interno se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría Departamental del Cesar, posteriormente es enviado al Ente de Control para mirar el grado de cumplimiento. 3-Los servicios tercerizados que tiene el Hospital son cooperativas de trabajo asociado, empresas temporales de servicios y los contratos sindicales, a las cuales se les hace seguimiento en cuanto al servicios que presta.	70%
-----------	----	-----	--	----	---	-----