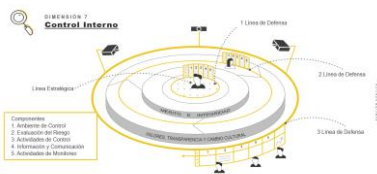


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE.
Periodo Evaluado:	ENERO 1 AL 30 DE JUNIO DE 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

78%

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 avances en la implementación de cada una de las dimensiones y políticas del MIPG, incluyendo la de Control Interno se encuentran operando de manera integrada, considerando que los controles establecidos, ejecutados, evaluados y mejorados en el Sistema de Control Interno se complementan con este modelo, 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	En nuestra Institución el Sistema de Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestion-MIPG opera en terminos adecuados, pero es necesario adelantar acciones de mejora. El Sistema de Control Interno de la E.S.E. ha sido eficaz y se ajusta a los planes y programas definidos por la entidad. Esto ha contribuido al logro de los objetivos institucionales, fortaleciendo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI). Además, ha permitido una ejecución adecuada de las auditorías internas, el seguimiento a los planes de mejoramiento y el monitoreo continuo de las herramientas de control
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):	No	En el Hospital debe existir mayor compromiso por parte de sus involucrados, 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. Es esencial continuar monitoreando el cumplimiento de las acciones establecidas, enfocando la mejora continua y la consolidación de los componentes de Ambiente de Control, Actividades de Control, Evaluación del Riesgo, Monitoreo Continuo, así como en el fortalecimiento de los flujos de Información y Comunicación desde la Línea Estratégica.

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: -Falta implementar las recomendaciones emitidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en el marco del Índice de Desempeño Institucional evaluado por el FURAG en el año 2023. 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 líneas 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 --La institución cuenta con diferentes mecanismos (planes) que permiten evaluar de manera periódica la planeación del recurso humano. - Se llevan al Comité Institucional Coordinador de Control Interno - CICC I los informes de cumplimientoos -Se dió cumplimientoa los lineamientos establecidos en la política de gestion y desempeño de talento Humano en lo referente al retiro de personal. - 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	1%	1.Se cumple con la planeación del comité rector: Comité Institucional Coordinador de Control Interno. 2.El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se reunió periódicamente para abordar temas de su competencia. 3- 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. 4, El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano fué actualizado y la Oficina de Control Interno realiza los seguimiento de acuerdo a como lo estipula la norma. 5.La institución cuenta con diferentes mecanismos (planes) que permiten evaluar de manera periódica la planeación del recurso humano. 6.Falta implementar las recomendaciones emitidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en el marco del Índice de Desempeño Institucional evaluado por el FURAG en el año 2023.	71%
Evaluación de riesgos	Si	65%	DEBILIDADES: - No se evidencia que la Alta Direccion analice de los resultados de la materializacion de los riesgos. No existe definida la Oficina de Planeacion, por tal razón no Gerencia Riesgos como segunda linea de defensa. -Está por definir la linea de defensa. - Desde la Alta Dirección no se hace seguimiento para saber si se materializan los riesgos de corrupción. FORTALEZAS: - La Oficina de Control Interno tiene definidos los objetivos, los cuales son medibles y alcanzables.- El 24 de mayo del 2023, mediante Acuerdo 149 se realizó actualización al Manual de Funciones, teniendo en cuenta la norma. -S e Evidencia que la alta Direccion se preocupa por las fallas en los controles y de ésta manera define plan de mejora - En la Plataforma Estratégica estan 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 funicones. - La Alta Direccion evalua fallas en los controles, cuando se realizan las Auditorias . - La Alta Gerencia tiene conocimiento de los riesgos que pueden afectar cada proceso.	1%	1- La Institución tiene una planta de personal con su respectivo manual de funciones, lo cual permite que cada persona tenga claridad de sus funicones. 2- Los supervisores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de los contratos e informar las alertas a que haya lugar. 3 - 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.	64%
Actividades de control	Si	71%	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 evaluacion de los controles frente a la gestion del riesgo solo cuando se le solicita informacion 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 VILLAFAÑE con la participación de todos los líderes de procesos. FORTALEZAS: En el manual de de funciones del Hospital se tienen definidas las funicones 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 ésto con el fin de que no se materialicen.	21%	1-Se evidencia que la Entidad actualizó el Plan de Contingencia que garantiza la continuidad y disponibilidad de los servicios Tecnologicos, asi como la capacidad de atencion y resolucion de incidentes para ofrecer continuidad de la operacion y la prestacion 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 auditoria interna se audita el cumplimiento de funciones de todo el personal. 4- Para las actividades de control, la entidad considera la adecuada division de funciones y estas se encuentran segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo.	50%

Información y comunicación	Si	98%	DEBILIDADES: - La Entidad no cuenta con un proceso o procedimiento diseñado escrito para la evaluación periodica de los canales de comunicación, para la parte externas. FORTALEZAS: - Se evidencia la Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública en la página web de la institución. -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 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 personal de Institución. -La Institución cuenta con canales externos definidos en los procesos de comunicación institucional, entre ellos se	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. 6. El proceso de Atención al Usuario cuenta con indicadores que miden su eficiencia, es de resaltar la importancia del seguimiento a las PQRS en los comités y demás escenarios de la mejora institucional.	88%
Monitoreo	Si	84%	DEBILIDADES: 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 2023 - 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. -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. -La institución consolida los informes recibidos de los organismos de control externos, como la Contraloría, Supersalud, INVIMA, Secretaría de Salud Departamental etc y los incorpora en el plan de mejoramiento institucional, fortaleciendo así el Sistema de Control Interno (SICI).	5%	1-. La oficina de control interno realiza los informes de PQRD, semestral 2-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. 3-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. 4.En la gestión administrativa se tienen en cuenta las auditorías realizadas por los entes de control, así mismo las oportunidades de mejora son ingresadas al plan de mejoramiento institucional, para su respectivo seguimiento.	79%