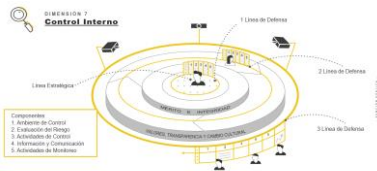


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE.
Periodo Evaluado:	JULIO 1 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

80%

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 nuestra Entidad para cada una de las dimensiones y políticas del MIPG, incluyendo la de Control Interno 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, es decir se debe dar continuidad al fomento de la cultura del 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	Se requiere capacitar en MIPG para lograr una más efectiva apropiación de responsabilidades bajo el esquema de Líneas de defensa. 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. 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, enfocándo 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
------------	---	----------------------------------	--	--	---	-----------------------------

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.	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 sú 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	88%	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 realizar a la alta dirección . FORTALEZAS: - Existirá mayor compromiso en lo relacionado con el Seguimiento y Control por parte del CICCI - 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. - 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 cumplimiento 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.	83%