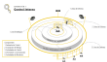


Nombre de la Entidad: HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE		Periodo Evaluado: ENERO A JUNIO DEL 2022				
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad	73%			
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
¿Se han realizado los compromisos operativos dentro de la materia inspectiva? (SI o NO)		En proceso	EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE, REGISTRA AVANCES SIGNIFICATIVOS EN SUS PROCESOS, SE HAN REALIZADO MEJORAS CONTINUAS, SE COMIENZA DE MANERA EFECTIVA EL MANEJO DE LOS CAMBIOS QUE PRESENTA, PERMITIENDO QUE LOS PROCESOS SE REALICEN DE FORMA PRECISA Y OPORTUNA. SE EVIDENCIA SATISFACCIÓN EN EL USO COMO DEL RECURSO HUMANO.			
¿Se efectúa el sistema de control interno para los objetivos establecidos? (SI o NO)		Si	EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE, ES EFECTIVO, CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS PROPUESTOS, CUMPLE CON LOS INFORMES OPORTUNOS DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN, ES RESPONSABLE DE LA GENERACIÓN AMBIENTE DE CONTROL, DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN, REALIZA SEGUIMIENTO OPORTUNO A LOS PLANES DE MEDICAMENTO SUJETOS CON LOS ACTUALES DEL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE NO TIENE ACTIVO SUS LINEAS DE DEFENSA LAS CUALES SIRVEN COMO UNA FORMA EFECTIVA DE GESTIONAR EL RIESGO Y DE TENER UN BUEN CONTROL EN TODOS SUS PROCESOS, TODOS LOS TRABAJADORES DEBE TENER CLARIDAD SOBRE LOS ROL Y SUS RESPONSABILIDADES ESPECIFICAS, ASÍ COMO COORDINAR DE FORMA CORRECTA, E			
¿La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institución?		No				
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de cumplimiento componente	¿Áreas actuales, explicación de las debilidades y/o fortalezas	Nivel de cumplimiento presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Asistencia final del componente
Ambiente de control	Si	73%	DEBILIDADES: El Comité Institucional de Gestión y Desarrollo Institucional no es operativo. 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. No se tiene documentado el Formato de las líneas de Denuncia. Los servidores públicos no tienen muy claro la responsabilidad que los compete a cada uno en la implementación de control interno. FORTALEZAS A través de la Oficina de Gestión Humana se evalúa al Personal de Carrera Administrativa que hace parte de la institución. Utilizando el aplicativo EDELAPP. El Comité Institucional de Construcción de Control Interno genera el Plan de Auditoría presentado por parte de la oficina de control interno y hace seguimiento. Se adopta el Comité Institucional de Construcción de Control Interno según Resolución N° 133 del 7 de febrero del 2021. La entidad analiza los informes y proyecta acciones de mejora a partir de los hallazgos generados por parte del Comité de Control Interno. Se elaboró el código de ética y valores para el Hospital Regional José David Padilla Villafane, mediante Resolución N° 1488 del 23 de octubre del 2024. Para la agosto 2022 se elaboró el Código Integridad, de acuerdo a los valores que lo conforman. Mientras tanto administrativos se adoptó el Plan de Capacitación, Plan de vacaciones, entre otros en la Oficina de Gestión Humana. Los Servidores Públicos dedicados a Entidad.	1%	1. Se realizó la ejecución del Plan de auditoría interna con todos los áreas del Hospital en el cual se encuentran observaciones en los procesos y se proyecta la elaboración de planes de mejora. 2. El Comité Institucional de Construcción de Control Interno se está preparando para dar atención a los compromisos. 3. El Plan Anticorrupción y Asesoría al Ciudadano fue actualizado y la Oficina de Control Interno realiza los seguimientos de acuerdo a como lo estipula la norma.	72%
Evaluación de riesgos	Si	56%	DEBILIDADES: - La fecha no se han realizado ajustes al Manual de Funciones, en esta, en espera que para la agosto 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 su parte se genera Riesgos como segunda línea de defensa. Está por definir la línea de defensa. - Desde la Alta Dirección no se ha hecho seguimiento para definir si se materializan los riesgos de corrupción. FORTALEZAS: - Se evidencia que la Alta Dirección se preocupa por hacer bien las cosas y que los datos, mejoran, según los mejor, en la Fundación. - Se controla el sistema de riesgos de corrupción, son medibles, actualizables, en tiempo. - Se tiene un plan anticorrupción y asesoría al ciudadano y se publicó en la página web institucional. - La institución tiene una planta de personal con su respectiva manual funciones, lo cual permite que cada persona tenga claridad de sus funciones. - La Alta Dirección evalúa flujos en los controles, cuando se realizan las Auditorías. - La Alta Dirección tiene conocimiento de los riesgos que pueden afectar cada proceso. - La institución tiene una planta personal con su respectivo manual de funciones, lo cual permite que cada persona tenga claridad de sus funciones.	1%	1. Se realizó la ejecución del Plan de auditoría interna con todos los áreas del Hospital en el cual se encuentran observaciones en los procesos y se proyecta la elaboración de planes de mejora. 2. El Comité Institucional de Control Interno se está preparando para dar atención a los compromisos. 3. El Plan Anticorrupción y Asesoría al Ciudadano fue actualizado y la Oficina de Control Interno realiza los seguimientos de acuerdo a como lo estipula la norma.	55%
Actividades de control	Si	63%	DEBILIDADES: - La Oficina de Gestión Humana no tiene un procedimiento diseñado escrito para la evaluación periódica de los canales de comunicación, para la parte externa. FORTALEZAS: - La Oficina de Gestión Humana, con la participación de todos los líderes de procesos. - No se evidencia controles implementados por el proveedor de servicios. - No se evidencia la existencia de los controles frente a la gestión del tiempo, solo cuando se solicita información a los áreas de dependencia. - La Alta Dirección debe verificar que los representantes de los procesos estén ejecutando los controles acorde a su manual de funciones, con cada jefe de área de área con el fin de que no se materialicen. - La Entidad tienen bien definidos las funciones del Cargo de Control Interno. - En el manual de las funciones del Hospital se tienen definidos los 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 manuales mejor de procesos y se verifican en cada uno 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 norma ISO 14000.	21%	1. Se realizó la ejecución del Plan de auditoría interna con todos los áreas del Hospital en el cual se encuentran observaciones en los procesos y se proyecta la elaboración de planes de mejora. 2. El Comité Institucional de Control Interno se está preparando para dar atención a los compromisos. 3. El Plan Anticorrupción y Asesoría al Ciudadano fue actualizado y la Oficina de Control Interno realiza los seguimientos de acuerdo a como lo estipula la norma.	42%
Información y comunicación	Si	93%	DEBILIDADES: - La Oficina de Gestión Humana no tiene un procedimiento diseñado escrito para la evaluación periódica de los canales de comunicación, para la parte externa. FORTALEZAS: - La Entidad adoptó la herramienta del Software Gestión General una herramienta que permite capturar toda la información de los procesos tanto administrativos como asistenciales que se transforman en datos para poder informar a los diferentes áreas. - La institución para el cumplimiento la normatividad elaboró el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI, así mismo la Alta Dirección tiene la política de acceso a través de un usuario a cada trabajador para el ingreso al Sistema (Software Dirección General) instalado en cuenta, los roles, y siguiendo los principios de seguridad de funciones. Los indicadores de información recibidos tanto internos como externos incluye aquellos definidos en la resolución 0558 del 23/11 de octubre del 2009 y sus indicaciones económicas y de carácter moral se puede contar con esta información cargada en los diferentes sistemas. El Hospital adopta la Política de Seguridad y Privacidad de la información la cual adoptó mediante resolución N° 177 del 2021, y socializada con todo el personal de institución. En el Hospital Regional José David Padilla Villafane, se adoptó el Programa de Gestión Documental PGD mediante Resolución E-77 del 18 del año del 2021. La institución cuenta con canales externos definidos en los procesos de comunicación institucional, entre ellos se encuentran (Página web institucional, Chat social WhatsApp, correo electrónico y teléfono).	10%	1. Se realizó la ejecución del Plan de auditoría interna con todos los áreas del Hospital en el cual se encuentran observaciones en los procesos y se proyecta la elaboración de planes de mejora. 2. El Comité Institucional de Control Interno se está preparando para dar atención a los compromisos. 3. El Plan Anticorrupción y Asesoría al Ciudadano fue actualizado y la Oficina de Control Interno realiza los seguimientos de acuerdo a como lo estipula la norma.	83%
Monitoreo	Si	79%	DEBILIDADES: Se requiere que algunos años se comprometan en dar cumplimiento a los planes de mejora. La entidad carece de políticas donde se establezca a quien reportar las deficiencias de control interno, se entrega en claro que los reportes se deben realizar a la Alta Dirección. FORTALEZAS: El Hospital actualizó el comité institucional de construcción de control interno a través de la resolución 153 del 7 de febrero del 2021, además proyecta la Resolución N° 179 del 2021 (31 de febrero del 2022) por medio del cual se adopta el Programa Actual de Control Interno para la agosto 2022. - Se evalúa de manera semestral el informe de PQCR por parte de la oficina de control interno y se envía a la Alta Dirección. - La oficina de control interno realiza la verificación del avance y cumplimiento de las acciones iniciadas en los planes de mejoramiento producidos de las autoevaluaciones. - Una vez recibidos los informes de los entes externos se elabora planes de mejora, sujetos por los responsables y la oficina de control interno realiza los seguimientos. Durante dos primer semestre se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría Departamental del Cauca.	5%	1. La oficina de Control Interno realiza los informes de PQCR, semestral. - Por parte de la Oficina de Control Interno se realizó el informe a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría Departamental del Cauca. 2. Se evidencia la existencia de la Oficina de Control para iniciar el grado de cumplimiento. 3. Los servicios suscritos que tiene el Hospital son cooperativas de trabajo conjunto, empresas temporales de servicio y los contratos subcontratos, a los cuales se les hace seguimiento en cuanto a servicios que presta.	74%