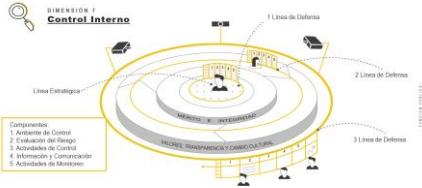


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE.
Periodo Evaluado:	1 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022.



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

72%

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 REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE,EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO REGISTRA AVANCES EN SUS PROCESOS, SE REALIZAN MEJORAS CONTINUAS, SE COMUNICA DE INMEDIATO LOS CAMBIOS QUE PRESENTAN, PERMITIENDO QUE LOS PROCESOS SE REALICEN DE FORMA PRECISA Y OPORTUNA.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO ES EFECTIVO, CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS PROPUESTOS, CON LOS INFORMES OPORTUNOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD, ES RESPONSABLE DE GENERAR AMBIENTE DE CONTROL DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN , REALIZA SEGUIMIENTO OPORTUNO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LOS ENTES DE CONTROL Y LOS RELACIONADOS CON LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA INSTITUCIÓN, PARA ASI PODER REALIZAR LAS ACCIONES DE MEJORA PERTINENTES EN ARAS DE MEJORAR LOS PROCESOS DE LA ENTIDAD.
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 MAYOR COMPROMISO POR PARTE DE LOS INVOLUCADROS DEL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE EN LO RELACIONADO EN 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 LOS TRABAJADORES DEBEN TENER CLARIDAD SOBRE LOS ROLES Y SUS RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS, ASÍ COMO COORDINAR DE FORMA CORRECTA EL PROCESO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO. LA ALTA DIRECCIÓN Y SU EQUIPO DE TRABAJO NO ASUMEN EL ROL DE LNEA DE DEFENSA, YA QUE NO TIENE UNA DIRECTRIZ QUE PERMITA IDENTIFICAR LAS RESPONSABILIDADES Y ACCIONES QUE DEBA 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	70%	DEBILIDADES: - 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 -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 Defensa FORTALEZAS -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. -Para la vigencia 2019 se elaboró el Código Integridad, de acuerdo a los 5 valores que lo conforman. -Mediante actos administrativos se adopto el Plan de Capacitación, bienestar, de vacaciones, estos reposan en la Oficina de Gestión Humana. - Los Servidores Públicos vinculados a la Entidad, actualizaron la información de la Declaración de Bienes y Rentas y de la actividad económica a través del Sistema de Información y	1%	1. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se reunió periódicamente para abordar temas de su competencia.2- 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. 3. 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.	69%
Evaluación de riesgos	Si	56%	DEBILIDADES: - A la fecha no se han realizado ajustes 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 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 líneas de defensa. - Desde la Alta Dirección no se hace seguimiento para saber si se materializan los riesgos de corrupción. FORTALEZAS: - 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. La Institución tiene una planta de personal con su respectivo manual de funciones, lo cual permite que cada persona tenga claridad de sus funicones.	1%	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 funicones. 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.	55%

Actividades de control	SI	58%	DEBILIDADES: - 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 . - La Alta Dirección debe verificar que los responsables de los procesos estén ejecutando los controles como se han diseñado. - Estructurar y desarrollar el plan de acción para la implementación de MIPG en la ESE Hospital REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE 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. - La Entidad tienen bien definidas las funciones del Cargo de Control Interno.	21%	1- 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. 2- Desde la auditoria interna se audita el cumplimiento de funciones de todo el personal. 3 - 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. 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. 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.	37%
Información y comunicación	SI	98%	DEBILIDADES: - La Entidad no cuenta con un proceso o procedimiento diseñado escrito para la evaluacion periodica de los canales de comunicación, para la parte externas. FORTALEZAS: - 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 (Pagina 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. -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 - 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	10%	1-EI 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. 2- 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. 3- 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. 4-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. 5- La Política de Seguridad y Privacidad de la Información fue socializada con todo el personal de Institución.	88%

Monitoreo	SI	79%	DEBILIDADES: -Se requiere que algunas areas se comprometan 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: - 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. -Se evalua de manera semestral el informe de PQRD por parte de la oficina de control interno y se envía a la alta direccion. -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-. 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. 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- La oficina de control interno realiza los informes de PQRD, semestral	74%
-----------	----	-----	---	----	--	-----

1





1