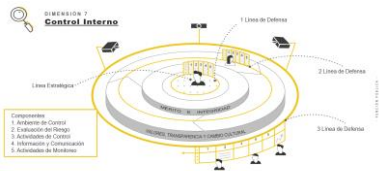


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE.
Periodo Evaluado:	JULIO 1 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	82%
---	-----

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):	Si	La E.S.E. Hospital Regional José David Padilla Villafañe realizó una verificación del estado de avance en la implementación del Sistema de Control Interno, basado en los cinco componentes clave: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo. Se concluyó que se encuentran operando de manera integrada y los controles están presentes y funcionando.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La E.S.E. Hospital Regional José David Padilla Villafañe realizó una verificación del estado de avance en la implementación del Sistema de Control Interno, basado en los cinco componentes clave: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo. Se concluyó que el Sistema de Control Interno es efectivo en el cumplimiento de los objetivos evaluados. Por lo tanto, se determina que, durante el segundo semestre de 2025, 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.
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	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: - Algunas áreas deben 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 2024 y acaando las recomendaciones. -El comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional no es operativo. -No se tiene documentado el Formato de las lineas de Defensa. FORTALEZAS: -El Hospital cuenta con una línea de denuncia interna (Software de la Secretarí de Salud Departamental. Email: sac@sac.com.co)que permite a los usuarios presentar las peticiones, quejas, felicitaciones. - Desde la Oficina de Control Interno y calidad se inician las auditorías a los Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo, con el fin de identificar fortalezas y debilidades en los procesos e identificar los riesgos presentes en la operación -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. - Mediante actos administrativos se adoptó el Plan de Capacitación, bienestar, de vacaciones, estos reposan en la Oficina de Gestión Humana. -La institución cuenta con diferentes mecanismos (planes) que permiten evaluar de manera periódica la planeación del recurso humano. -Se dio cumplimiento a los lineamientos establecidos en la política de	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 realizaron las auditorías programadas durante la vigencia. 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, Algunas áreas implementaron 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 2024.	71%

Evaluación de riesgos	SI	75%	DEBILIDADES: - - No existe definida la Oficina de Planeación, por tal razón no Gerencia Riesgos como segunda línea de defensa. -Las Líneas de defensa están por definir. - FORTALEZAS: - -La Entidad cuenta con Planes de mejoramiento por procesos, la Oficina de Control Interno y calidad realizan seguimiento. -Se evidencia que a través de los Comités la Alta Dirección analizan los resultados de la materialización de los riesgos. -La Oficina de Control Interno tiene definidos los objetivos, los cuales son medibles y alcanzables. -Se Evidencia que la alta Dirección se preocupa por las fallas en los controles y de esta manera define plan de mejora - En la Plataforma Estratégica están definidos los objetivos, son medibles, alcanzables, en el tiempo - Por parte de la Oficina de Control Interno se realiza seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano y se publica 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 Auditorias. -La Alta Dirección acorde con el entorno interno y externo , define los procesos y programas, susceptibles de actos de corrupción.	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.	74%
Actividades de control	SI	77%	DEBILIDADES: - EI Manual y elaboración de Control de documentos debe socializarse con todos los funcionarios y ejecutores de la Entidad, con el fin de garantizar la divulgación, distribución, identificación, control de cambios y actualización de los documentos internos generados para el sistema de gestión de calidad del Hospital. -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 JOSE DAVID PADILLA VILLAFANE con la participación de todos los líderes de procesos. FORTALEZAS: - En el manual de funciones del Hospital se tienen definidas las funciones y responsabilidades, de cada trabajador. - Desde la oficina de Control interno se realizan seguimientos a las solicitudes de acompañamiento y supervisión a los procesos y en su rol de asesor de suministrar recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles. -Se desarrolla de la mano con Talento Humano un cronograma de resocialización de los temas relacionados con todas las áreas de acuerdo a la estructura organizacional Institucional.	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 resolucio 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-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. 4- Desde la auditoria interna se audita el cumplimiento de funciones de todo el personal.	56%
Información y comunicación	SI	100%	DEBILIDADES: - La Entidad no cuenta con un proceso o procedimiento diseñado escrito para la evaluacion periodica de los canales de comunicacion, 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.	90%

Monitoreo	SI	86%				
			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 realizan auditorias de acuerdo al Plan Anual de Auditorias previamente aprobado por el comité de Control Interno, con el propósito de identificar falencias, generar recomendaciones y mitigar los riesgos que se pueden estar manifestando en la entidad. - 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).- Desde la Oficina de Control Interno se genera información sobre evaluaciones llevadas a cabo a cada uno de las áreas, de acuerdo a los informes de Ley, se evalúan los controles presentes en las políticas y procedimientos, pretendiendo el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional. - La ESE Establece y mantiene un sistema monitoreado y da las recomendaciones para su buena gestión. Se evalúa de manera semestral el informe de PQRD por parte de la oficina de control interno y se envía a la alta dirección.	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-- La oficina de control interno realiza los informes de PQRD, semestral. 3- 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. 4-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.	81%

