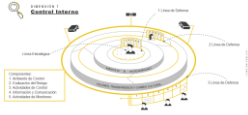


Nombre de la Entidad:
Período Evaluado:

E.S.E HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA
ENERO A JUNIO DE 2021



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? (Sí/ No) (Justifique su respuesta):	En proceso	En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, en el cual se articulan dos sistemas: El Sistema de Gestión con siete (7) dimensiones y el Sistema Institucional de Control Interno, con cinco componentes. Es posible observar que los componentes de ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo, se encuentran presente y funcionando, pero requieren mejoras frente a su diseño para que operen de una manera más efectiva e integrada, fortaleciendo cada uno de los componentes
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Sí	La Oficina de control interno realiza evaluación independiente , seguimiento y auditorías con base en riesgos, los cuales se socializan a la alta dirección para la identificación de mejoras y toma de decisiones El Sistema realiza un constante monitoreo a todos los procedimientos y auditorías que se remiten a la alta dirección con el propósito de identificar mejoras y tomar decisiones que permitan alcanzar el cumplimiento de los objetivos institucionales, se requiere fortalecer los controles , específicamente lo relacionado con la actualización documental de los procesos.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una Institucionalidad (línea de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Sí	Desde la oficina de control interno de gestión, en su calidad de tercera línea de defensa proporciona información sobre la efectividad del sistema de control interno a través de un enfoque basado en riesgos, incluida las actividades de primera y segunda líneas de defensa, de manera independiente y objetiva, mediante las auditorías interna, abarcando todos los componentes de control interno. La E.S.E Hospital Santa Marta de Samacá cuenta con el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno , por medio del cual se aprueba y se hace seguimiento del estado del Sistema de Control Interno institucionalizado a través de la Resolución 045 del 2020.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	¿El componente cumple con los requisitos establecidos en el informe anterior?	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Sí	69%	<p>Se encuentra presente y funcionando. Se actualiza la plataforma estratégica. Misión, visión, valores, principios éticos, objetivos institucionales. El mapa de procesos fue actualizado mediante resolución No 011 de 2021. Se reactiva el Comité Institucional de Control interno, se realiza la primera reunión, en la cual se aprueba el plan anual de auditoría vigencia 2021, se actualiza la Política de administración del riesgo, la cual se socializa en Comité institucional de Control interno y de Gestión de desempeño en el que establece responsabilidades de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento de control interno. (Primera, segunda y tercera línea de defensa) y se publica en la página web de la entidad.</p> <p>Se Actualizan lo riesgos institucionales y de corrupción de las diferentes áreas, según lineamiento de la guía de administración del riesgo del DAFP. Se actualización del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2021, se actualización del Código de integridad de la ESE el cual fue publicado en la página web institucional , se realiza campaña de autocontrol, mediante folleto institucional; en el cual se da a conocer la plataforma estratégica actualizada en el mes de febrero de 2021, se actualiza Manual de políticas institucionales. En el Comité de gestión y desempeño fue aprobado los planes institucionales que se van a desarrollar en la vigencia 2021. El Comité de coordinación de control interno, hace seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de auditorías, adicionalmente se verifica la efectividad del SCI, se realiza auditoría de gestión al proceso contractual, se evidencian hallazgos respecto a requisitos contractuales. Se debe avanzar en el proceso de la actualización documental de los procesos.</p> <p>En el marco de inducción y reintroducción se socializo el Código de ética, enfocándonos en los valores y principios institucionales y el fomento de la cultura del autocontrol. Se debe fortalecer las actividades relacionadas con el retiro del personal</p>	50%	<p>La entidad muestra el compromiso, con la integridad (valores) y principios. La entidad muestra el compromiso con la integridad, ya que cuenta con código de integridad en el cual se establecen los valores y principios éticos. Se estableció Plan de Bienestar e Incentivos, Plan de Capacitación con su respectiva evaluación.</p> <p>Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del sistema de control interno. Se reactiva el Comité de Control Interno, actualizándolo con la resolución No 045 de 2020, cuya naturaleza es órgano de asesoría y decisión en asuntos de control interno de la ESE, se define funciones integrantes y periodicidad de reuniones. Se realiza la primera reunión en la cual se replantea el plan anual de auditoría. Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Se tiene estructurada toda la planeación estratégica, acciones responsables, metas, tiempos, indicadores de cumplimiento que facilitan la aplicación y seguimiento de los controles. La Entidad adopta la Política de administración del riesgo, pendiente actualizarla y socializarla y publicarla en la página web de la entidad.</p> <p>Se tiene identificados los riesgos institucionales y de corrupción de las diferentes áreas. Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público - ingreso, permanencia y retiro. Se compromete con las competencias de todo el personal, por lo que la Gestión del talento humano estableció un plan de capacitaciones y bienestar</p> <p>La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno. El Comité de coordinación de control interno, hace seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de auditorías, adicionalmente se verifica la efectividad del SCI, para procurar el cumplimiento de los planes, programas, metas y objetivos previstos, constatando que el control este asociado a todas las actividades de la entidad y que se aplique los mecanismos de participación ciudadana.</p>	19%
Evaluación de riesgos	Sí	82%	<p>Se identificó, analizó y valoro los riesgos institucionales y de corrupción según los lineamientos establecidos en la guía de administración del riesgo versión 4 del DAFP. Se actualizó la política de administración de riesgos mediante la Resolución No 010 de 2021. la cual fue socializada en comités institucionales de Control interno y de Gestión de desempeño. Se realiza seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción del primer cuatrimestre de 2021 y primer semestre de 2021 de los riesgos institucionales, se generó informes de seguimiento.</p> <p>Se elaboró el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con el fin de determinar las posibles faltas en las que cuales se pueda incurrir y hacerle seguimiento periódico como control. Se publica los mapas de riesgos institucionales y de corrupción en la página web institucional.</p>	57%	<p>Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i) Estratégicos; ii) Operativos; iii) Legales y Presupuestales; iv) De Información Financiera y no Financiera. Se verifico y actualizo la plataforma estratégica, mapa de procesos, políticas institucionales. Igualmente se recomienda actualizar la documentación de la ESE con los líderes de cada proceso.</p> <p>Identificación y análisis de riesgos (Análisis factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos). Se cumple con la etapas de administración de riesgo como son: identificación , análisis y valoración, tanto de los riesgos institucionales como los de corrupción. Se requiere actualizarlos y socializarlos. La política de administración de riesgos debe ser actualizada. Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.</p> <p>Se realiza seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción del tercer cuatrimestre de 2020, generándose informe el cual debe ser socializado a la Gerencia en el próximo comité de control interno.</p> <p>Identificación y análisis de cambios significativos.</p> <p>Es importante identificar riesgos tecnológicos, seguridad y salud en el trabajo y ambientales, a demás realizar las actualizaciones necesarias frente al cambio de la plataforma estratégica.</p>	25%

Actividades de control	si	83%	<p>Se encuentra presente y funcionando, por lo tanto, se requiere de acciones y/actividades direccionadas a su continuidad dentro del marco de las líneas de defensa. La entidad a diseñado controles en cada uno de sus procesos alineados programas y programas de la ESE POA, implementados por la primer y segunda línea de defensa. Se realiza el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2021, el cual reúne el cronograma de actividades a realizar por el área de Control Interno o quien haga sus veces, aprobado mediante acta de reunión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p>Se actualizó la política de administración de riesgos mediante la Resolución No 010 de 2021, la cual fue socializada en comités institucionales de Control interno y de Gestión de desempeño. Se actualizan los mapas de riesgos de corrupción y los institucionales, se realizó proceso de identificación (contexto estratégico), análisis y valoración de riesgos, en el cual se ajustan las causas, consecuencias y los controles. Se realizó seguimiento del primer cuatrimestre de riesgos de corrupción y semestral de riesgos institucionales. Se actualizó el manual de procesos y procedimientos y se está trabajando en la actualización de la documentación de todos los procesos del Hospital.</p> <p>Con el SG-SST se pretende la implementación de políticas, procesos y procedimientos que sean aplicables a la disminución del riesgo de cada uno de los trabajadores de la entidad tanto en la parte administrativa como operativa.</p> <p>Se viene desarrollando el Comité de Gestión y desempeño. Desde el área de control interno, Cada líder de proceso es el encargado de la actualización de procesos, procedimientos, manuales o guías del área, en las auditorías independientes se evalúan los procedimientos, las cuales a la fecha se están actualizando</p>	<p>Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones). Se identifica para cada área, manuales, procesos, procedimientos, guías. Sin embargo se asignan líderes en cada área con determinadas funciones con el fin de reducir el riesgo en diferentes áreas</p> <p>Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos. Se requiere implementar el Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información, se incluye en el mapa de riesgos, el proceso de tecnología y de comunicaciones, sin embargo se requiere su actualización. Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos). Se aprobo resolución de Comité de Gestión y desempeño. Desde el área de control interno, Cada líder de proceso es el encargado de la actualización de procesos, procedimientos, manuales o guías del área, en las auditorías independientes se evalúan los procedimientos, instructivos y manuales, de los procesos, las cuales a la fecha dene ser actualizadas, se debe n crear las políticas de gobierno digital</p>	4%
Información y comunicación	si	75%	<p>Se encuentra presente y funcionando. La Institución ha colocado al servicio de la comunidad diversos medios de acceso a la información como son: redes sociales, Página Web, carteleras, buzones de sugerencias, folletos, para la administración de estos recursos y el manejo de las comunicaciones. Se cuenta con la oficina de Atención al Usuario SIAU, donde se canalizan muchas de las situaciones que se presentan en la entidad y el contacto directo con los usuarios es permanente aplicando la encuesta de satisfacción del usuario lo que permite que los resultados sean analizados en loa comités de calidad, ética y Gestión del Desempeño.</p> <p>La ESE Hospital Santa Marta de Samacá, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 78 de la Ley 1474 de 2011, En el mes de junio Llevó a cabo Audiencia Pública de Rendición de Cuenta el día 10 DE JUNIO DE 2021, con el fin de informar a la ciudadanía, la gestión de la entidad; facilitar y garantizar el ejercicio del control social; y generar transparencia y condiciones de confianza. Partiendo de lo anterior, la oficina de control interno de la entidad, en cumplimiento de su rol de evaluadora independiente del Sistema de Gestión Institucional, y conforme lo establecido en la normatividad relativa, presenta la evaluación del ejercicio de la audiencia Pública de Rendición de cuentas realizada.</p> <p>La Oficina Asesora de Control Interno en cumplimiento de sus funciones, establecidas en la ley 87 de 1993 en concordancia con el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 evalúa las actividades desarrolladas dentro del Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias de la Entidad, con el fin de plantear recomendaciones que permitan mejorar la atención y comunicación con nuestros clientes, usuarios, partes interesadas y comunidad en general.</p> <p>Se actualizó la página web institucional, teniendo en cuenta que es el medio de la publicación de informes y demás información relacionada de interés al ciudadano dando cumplimiento a Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública.</p>	<p>Lineamiento 13 Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internos y externos); Redes sociales: el hospital cuenta con dos redes sociales Facebook e Instagram. Por medio de estas herramientas se ha dado a conocer cada una de las campañas o jornadas de Salud realizadas por la entidad. También se realizan publicaciones recordando la importancia de la Salud impactando clientes internos y externos. Correo electrónico: el hospital cuenta con un correo para la institución, e igualmente cada área cuenta con su respectivo. (Equipos de Computo y Bases de Datos). Se requiere actualizar la política general de seguridad y privacidad de la información y seguridad digital, y adoptar el manual de políticas de seguridad de la información.</p> <p>Lineamiento 14. Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; Facilita líneas de comunicación en todos los niveles; Selecciona el método de comunicación pertinente). En el Manual de comunicaciones, se encuentra la estrategia de comunicación interna dentro de la cual se desarrollan reuniones y los comités institucionales cuyo objeto es fortalecer los procesos institucionales, carteleras institucionales, oficina de atención al usuario.</p> <p>Lineamiento 15. Comunicación con el exterior (Se comunica con los grupos de valor y con terceros externos interesados; Facilita líneas de comunicación).</p> <p>Se cuenta con la oficina de atención al usuario, importante realizar actualización página web, teniendo en cuenta ue es el medio de la publicación de informes y demás información relacionada de interés al ciudadano dando cumplimiento a Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública. Fortalecer el área de Gestión documental capacitando al personal responsable</p>	25%
Monitoreo	si	89%	<p>Se encuentra presente y funcionando. La ESE Hospital Santa Marta de Samacá, tiene adoptado el comité institucional de control interno, en el cual se aprueba el plan Anual de Auditoría, y realiza seguimiento a lo programado. Se realizaron informes de algunas dependencias. Sin embargo, es necesario que todas las dependencias evalúen procesos, contribuyendo así al mejoramiento continuo. En los comités se ha venido socializando las tres líneas de defensa y su función, con el fin de asignar responsabilidades y facilitar la comunicación y toma de decisiones en las áreas correspondientes. En el plan de auditoría también se encuentran incluidos los informes de ley que le corresponden a Control Interno, los cuales son reportados en los tiempos establecidos y publicados en la página web institucional.</p> <p>En los informes entregados a la alta dirección se informa las debilidades detectadas y los seguimientos a los planes de mejora correspondiente.</p>	<p>Lineamiento 16. Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando. El comité de control interno y calidad, aprobo para la vigencia 2020 el plan anual de auditoría, al cual se le hace seguimiento al cumplimiento de las actividades y a la presentación de los informes de ley, planes de mejora. Es importante Socializar al personal de la entidad las tres líneas de defensa y su función, con el fin de asignar responsabilidades y facilitar la comunicación y toma de decisiones en las áreas correspondientes</p> <p>Lineamiento 17. Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas) En los informes entregados a la alta dirección se informa las debilidades detectadas se reportan y hacen seguimiento a los planes de mejora correspondiente. Desde el área de control interno se requiere auditar los procesos o servicios tercerizados verificando su cumplimiento y evaluar su nivel de riesgo. Dar cumplimiento a la realización de los Comités de Coordinación de Control Interno</p>	3%