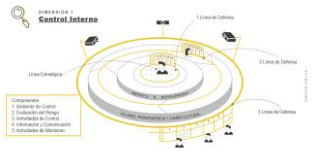
Nombre de la Entidad:	E.S.E. HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACÁ
Periodo Evaluado:	JULIO A DICIEMBRE DE 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	**74%**

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	Los avances en la implementación de cada una de las dimensiones y políticas del M.I.P.G., incluyendo la de Control Interno, son el resultado de una gestión articulada e integrada entre los diferentes responsables de las lineas de defensa; producto de ejercicios de autoevaluación y establecimiento de planes de acción integrados con los demás planes institucionales; a través de la cual, se evidencia tambien el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución y el fortalecimiento del M.E.C.I., por cuanto se trazan directrices a todos los niveles de la institución por áreas o servicios; se estructura un plan de auditorias orientado no solo a la auditoria sino también al monitoreo y seguimiento de los Planes de mejoramiento y presentación oportuna de informes institucionales; La oficina de Control Interno vela por la publicación de la información así dispuesta por la Ley de Transparencia .
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El sistema de Control Interno de la ESE Hospital Santa Marta de Samacá realiza un monitoreo constante a todos los procesos a través de la primera linea de defensa y con el apoyo de la segunda linea de defensa a cargo de la Oficina de Planeación, durante el segundo semestre de la vigencia 2021, se evidencia el fortalecimiento del SCI por el dinamismo y compromiso que ha caracterizado a la entidad respecto de la implementación del M.I.P.G. y por las directrices trazadas desde la Gerencia en los componentes administrativos, financieros, tecnológicos, asistenciales y de control; mejorando los niveles de confiabilidad y calidad de los procesos, acorde con el nivel de complejidad institucional. Igualmente, se debe resaltar que a pesar de que la entidad no cuenta con una Oficina de Control Interno debidamente fortalecida con un equipo multidisciplinario ára el cumplimiento de los roles de ley que por ley nos corresponde desarrollar; hay que reconocer el apoyo y articulación del profesional a cargo con los demás profesionales de otras áreas como Planeación, Calidad y SGSST.
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):	Si	La entidad cuenta con un Comité institucional de Control Interno, instancia de coordinación del sistema de control interno, encargado de asesorar y decidir sobre los asuntos de control interno del Hopsital Santa Marta de Samaca . En su rol de responsable y facilitador, hace parte de las instancias de articulación para el funcionamiento armónico del Sistema acorde con las directrices y metodología del D.A.F.P

Componente	**¿se esta cumpliendo los requerimientos ?**	**Nivel de Cumplimiento componente**	**Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente**
AMBIENTE DE CONTROL	**Si**	**75%**	De acuerdo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: En el **Lineamiento 1**.La entidad muestra el compromiso, con la integridad (valores) y principios. La ESE cuenta con codigo de Integridad en el cual se establecen los valores y principios éticos documentado y soscializado. Cuenta también con una gerencia de las responsabilidades que contribuyen a la consecución de los objetivos. Pendiente la implementacion de estrategias orientadas al control de conflictos de interés, transacciones con partes interesadas, uso inadecuado de información privilegiada y el establecimiento de una linea de denuncia. En cuento al **Lineamiento 2**. Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del sistema de control interno. Se sensibilizó y logró la operación eficiente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno durante la vigencia, fortaleciendo sustancialmente el rol de asesoría y desición en asuntos de control. En cuanto al **Lineamiento 3**. Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. La entidad establece lineas de reporte, responsabilidad y autoridad en todos los niveles de la entidad. y en los que respecta al al funcionamiento del Sisitema de Control Interno, El Comite de coordinacion de control interno, hace seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de auditorias, adicionalmente se verifica la efectividad del SCI, para procurar el cumplimeito 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. En cuanto al **Lineamiento 4**. El 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, en el marco del cual de vienen aunando esfuerzos en la Planeación del Talento Humano a través de Planes de Acción como: Plan Anual dePlan Anual de Formación y Capacitación, Plan de Bienestar e incentivos, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Preparar, liquidar y proyectar, la nómina, parafiscales, prestaciones sociales de los funcionarios de la DNBC y en proceso de fortalecimiento el *Plan Anual de Vacantes y Plan de Previsión del recurso humano*. En cuanto al **Lineamiento 5.** Se cuenta con una estructura de la planeación estrategica, acciones responsables, metas, tiempos, indicadores de cumplimiento que facilitan la aplicacion y seguimiento de los controles, se actualiza, adopta y socializa la Politica de administración del riesgo, pendiente publicarla en la página web de la entidad. Sin embargo es de anorar que se tienen identificados los riesgos institucionales y de corrupción de las diferentes áreas.

EVALUCION DEL RIESGO	Si	70%	En cuanto al **Lineamiento 6.** Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i) Estratégicos; Operativos Lagales y Presupuestales; iv)De Información Financiera y no Financiera, se realizó la verificación de la existencia y estado actualizado de la plataforma estrategica, el mapa de procesos, las politicas institucionales especialmente las enmarcadas en el MIPG. evidenciando actualización y socializacion de estos, avance en la actualización de algunos procesos, en proceso aun del fortalecimiento de los instrumentos de evaluación en caso de materización de los riesgos. En cuanto al **Lineamiento 7.** Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección: Determina como responder a los riesgos: Determina la importancia de los riesgos). Se cumplio con la estapas de administracion de riesgo como son identificacion, analisis y valoración, tanto de los los riesgos institucionales como los de corrupción, actualización y socialización. Así mismo se actualizó y socializó la politica de administración de riesgos, aun pendiente de publicación en página web. En cuanto al **Lineamiento 8**. Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento articulo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción. Se realiza seguimiento a los mapas de riegos de corrupción generando los respectivos informes y socialización de los mismos, sin embargo se requiere del fortalecimiento de las estrategias de evaluación de incentivos , las presiones, actitudes y justificaciones. En cuanto al **Lineamiento 9**: Identificación y análisis de cambios significativos. Es importante identificar riesgos tecnologicos, económicos, politico administrativos, seguridad y salud en el trabajo y ambientales. La institución esta comprometida en el desarrollo de este linemiento.
ACTIVIDADES DEL CONTROL	Si	80%	**En cuanto al Lineamiento 10.** 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 area, manuales, procesos, procedimientos, guias, protocolos, instructivos, los cuales contribuyen a la reducción de materialización de riesgos. Sin embargo, en ocaciones se ven escaso este tipo de controles al no ser conocidos por todos los colaboradores inheentes al proceso o procedimiento. **En cuanto al Lineamiento 11**. Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos, Se requiere actualizar el Plan de comunicaciones y el fortalecimiento de los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de las tecnologias. **En cuanto al Lineamiento 12.** Despliegue de politicas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las politicas y procedimientos; Adopta medidas correctivas: Revisa las políticas y procedimientos). En Comité Institucional de Gestión del Desempeño se aprueba matriz de POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL con su respectivo responsablde implementación de las mismas; adoptando y fortaleciendo permanentemente las estrategias de revisión y medidas correctivas. Desde este comité y el acompañamiento de control interno, se establece cada lider de proceso encargado de la actualizacion de procesos, procedimientos, manuales, protocolos o guias del area, avance y cumplimiento que es evaluado en las auditorias independientes.
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	Si	57%	En cuanto al **Lineamiento 13.** Utilización de información relevante (identifica requisitos de información: Capta fuentes de datos internas y extamas). Redes sociales: el hospital cuenta con dos redes sociales Facebook e Instagram. Por medio de estas herramientas se he 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 institucional, al igual que para cada una de las áreas o servicios respectivo. (equipos de Computo y Bases de Datos). Se actualiza la politica general de seguridad y privacidad de la información y seguridad digital, y adoptó el manual de politicas de seguridad de la información. Sin emabargo aun hace falta la actualización de la politica de gobierno digital. En cuanto al **Lineamiento 14.** Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalentes; Facilita lineas 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 conciben las reuniones de los comites institucionales cuyo objeto es fortalecer los procesos institucionales, especialmente en los instrumentos o mecanismos de comunicacion con el cliente interno y externo. En cuanto al **Lineamiento 15**. Comunicación con el exterior (Se comunica con los grupos de valor y con terceros externos interesados, Facilita lineas de comunicación). La ESE cuenta con la oficina de atención al usuario, se actualizó la estructura e imagen de la página institucional, sin embargo aun se requiere del fortalecimiento de las estrategias de apropiación de las responsabilidades por aprte los lideres de procesos para garantizar la actulización permanente de los contenidos de la página web, contribuyendo además con el cumplimiento la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y del Derecho de Accesa a la Información Pública, fundamental para mantener informados a los grupos de interés y ciudadano en general. Así mismo, se evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo el área de Gestión documental, tanto en la estructuración del sistema como en las estrategias de garantia de su sosteniblidad, entre las que encuentran la capacitación, el compromiso, los medios y la herramienta.
ACTIVIDADES DE MONITOREO	Si	90%	En cuanto al **Lineamiento 16.** Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorias) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando. El comité Institucional de Control Interno, aprobó para la vigencia 2021 el plan anual de auditoria, el cual concibe también seguimiento a planes de mejoramiento y presentación de informes de ley. S e trabaja en la estrategia de sensibilizacion de la importancia que tiene las tres líneas de defensa y los roles de control interno desde las mismas reas de la entidad, facilitando la comunicación y toma oportuna de decisiones. En cuanto al **Lineamiento 17**. Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas). El comité Institucional de control interno se reúne periódicamente para la revisión y seguimiento de los informes emitidos por la oficina, resultado de las auditorias internas desarrolladas en el marco del Plan Anual de Auditorias, buscando la mejora del Sistema de Control Interno con enfoque basado en riesgos, alineados con los objetivos y prioridades de la institución y los distintos sistemas adoptados en la entidad. La alta Dirección periódicamente analiza la evaluación de resultados obtenidos en los seguimientos, informes y Auditorias realizadas con el fin de tomar decisiones. Aun hace falta alinear el seguimiento de los mapas de riesgos de los sistemas de información por las tres lineas de defensa. se requiere fortalecer los aspectos relacionados con la oportunidad en la ejecución de las acciones de mejora o respuesta a las observaciones producto de la auditoria interna y en ocaciones las acciones correctivas planteadas en los planes de mejoramiento , no ataca la causa raiz de los no conformidades, lo que genera recurrencia en los hallazgos de las evaluaciones independiente.

