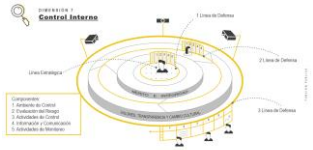
Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACÁ
Periodo Evaluado:	PRIMER SEMESTRE 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	**75%**

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	Se presentan avances el desarrollo de las dimensiones y en menor medida forluación de politicas del M.I.P.G., en mayor medida las de Control Interno; susceptible de mejoramiento para lograr un resultado optimoy una gestión articulada e integrada entre los diferentes responsables de las lineas de defensa; susceptible de mejoramiento para realizar autoevaluación y establecimiento de planes de acción integrados con los demás planes institucionales; se estructura un plan de auditorias para cada vigencia el cual incluye no solo a la auditoria sino también al monitoreo y seguimiento de los Planes de mejoramiento y presentación oportuna de informes institucionales; se continua velando por el cumplimiento de la Ley de Transparencia tanto orientando estructura como alimentación de contenidos con información relevante segun lineamientos normativos.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se cumple con el hecho de contar con un Sistema ade Control Interno, realizando monitoreo constante a todos los procesos a través de la primera línea de defensa y con el apoyo de la segunda línea de defensa a cargo de la Oficina de Planeación, durante el primer semestre de la vigencia 2022. Se evidencia sostenibilidad del SCI. Susceptibles de mejoramiento las estrategias de implementación del M.I.P.G. y de las directrices trazadas desde la Gerencia en los componentes administrativos, financieros, tecnológicos, asistenciales y de control; y por ende continuar mejorando los niveles de confiabilidad y calidad de los procesos, acorde con el nivel de complejidad institucional. De igual forma, se resalta 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, se reconoce el apoyo y articulación del profesional de los demás asesores y/o personal de las áreas como Planeación, Calidad, SGSST y Financiera.
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):	Si	La ESE Hospital Santa Marta de Samacá cuenta con el Comité institucional de Coordinación de Control Interno, instancia de coordinación del sistema de control interno, encargado de asesorar y decidir sobre los asuntos de control interno de la entidad. 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 suministradas por el 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%**	FORTALEZA La entidad muestra el compromiso, con la integridad (valores) y principios. La ESE cuenta con código de Integridad en el cual se establecen los valores y principios éticos documentado y socializado. DEBILIDAD Hace falta medir la adherencia a los lineamientos de este código y la realización de los cursos obligatorios orientados por la función pública. Continua Pendiente la implementación de estrategias orientadas al control de conflictos de interés, transacciones con partes interesadas, uso inadecuado de información privilegiada y el establecimiento de una línea de denuncia. FORTALEZA Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del sistema de control interno. Se sostiene la operación eficiente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno durante este primer semestre de 2022, contribuyendo al desarrollo del rol de asesoría y decisión en asuntos de control. FORTALEZA Este lineamiento es susceptible de fortalecimiento. La entidad realiza una planeación en la que se conciben aspectos fundamentales como asignación de responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que coadyuven en su cumplimiento. A través del Comité de coordinación de control interno, se hace seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de auditorías, se verifica la efectividad del SCI, procurando el cumplimiento de los planes, programas, metas y objetivos previstos. DEBILIDAD La conformación de equipo multidisciplinario en Control Interno Fractura en las líneas de reporte, responsabilidad y autoridad en algunos niveles de la entidad FORTALEZA En el marco de la premisa del 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 vienen realizando esfuerzos en la Planeación del Talento Humano a través de la formulación de los planes y programas DEBILIDAD

EVALUCION DEL RIESGO	Si	70%	FORTALEZA Actualización, adopción, socialización y publicación de la política de Administración del Riesgo se actualiza, adopta y socializa la Política de administración del riesgo, pendiente publicarla en la página web de la entidad. Riesgos Identificados, clasificados, analizados y valorados los riesgos institucionales y de corrupción por procesos y consolidados en mapas de riesgos. 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. Se realiza seguimiento a los mapas de riegos de corrupción generando los respectivos informes y socialización de los mismos. DEBILIDAD Se requiere el fortalecimiento de las estrategias de evaluación e incentivos, las presiones, actitudes y justificaciones. Es importante incluir en los mapas de riesgos institucionales la Identificación y análisis de los riesgos tecnológicos, económicos, político administrativo, seguridad y salud en el trabajo y ambientales entre otros. DEBILIDAD Al presentarse debilidades en la formulación de algunos Planes, se dificulta la realización del monitoreo y seguimiento, ejemplo de ello es el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Baja adherencia del personal al proceso de reporte de materialización de riesgos, dificultando la toma de decisiones y/o aplicación de correctivos y controles, seguimiento al riesgo y al cumplimiento de las actividades de control por parte de los responsables de los procesos.
ACTIVIDADES DEL CONTROL	Si	80%	FORTALEZA Se generan actividades de control especialmente desde las áreas administrativas hacia las asistenciales misionales, repercutiendo en la reducción de la materialización del riesgo en todo nivel. Se identifican y documentan para cada área, manuales, formatos, procesos, procedimientos, guías, protocolos, instructivos, los cuales contribuyen a la reducción de materialización de riesgos. El comité Institucional de Gestión del Desempeño adopta y fortalece permanentemente las estrategias de revisión y medidas correctivas, al igual que acompaña al comité de control interno en la orientación a cada líder de proceso encargado de la actualización de procesos, procedimientos, manuales, protocolos o guías del área, avance y cumplimiento que es evaluado en las auditorias independientes. DEBILIDAD Se evidencia que no siempre son conocidos los riesgos y por ende tampoco los controles por todos los colaboradores inherentes en los procesos y/o procedimientos. En ocasiones se ven escaso este tipo de controles al no ser conocidos por todos los colaboradores inherentes al proceso o procedimiento. De igual forma sucede que en ocasiones estos documentos no son fáciles de ubicar. Sobre aspectos relacionados con el proceso de información y comunicaciones: se requiere su fortalecimiento en cuento a documentación y orientación a fin de lograr los objetivos. Fortalecimiento de los procedimientos de Adquisiciones, Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, alimentación de contenidos en la web, desarrollo y mantenimiento de las tecnologías y el Plan de Comunicaciones. Sin bien se han establecido responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos y se adoptan medidas correctivas, algunas políticas de MIPG se encuentran rezagadas. Revisa las políticas y procedimientos.
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	Si	64%	FORTALEZAS El hospital cuenta con página web, dos redes sociales Facebook e Instagram y programa radial, herramientas que permiten dar a conocer cada una de las campañas o jornadas de Salud realizadas por la entidad. De igual forma se publicitan programas tanto para el cliente interno como externos enfocados al autocuidado de la salud especialmente el incentivo por el desarrollo de hábitos saludables. La entidad cuenta con una política general de seguridad y privacidad de la información, seguridad digital y seguridad de la información, de igual forma se cuenta con correos institucionales para cada una de las áreas y servicios, los equipos de computo se han venido reemplazando por unos mas modernos paulatinamente; de igual forma se realizan backups periódicamente y se cuenta con un servidor de alta capacidad de almacenamiento. También la entidad cuenta con todos los servicios sistematizados, lo que garantiza en gran mediada la seguridad de la información. La comunicación interna se encuentra fortalecida, se facilita líneas de comunicación en todos los niveles; se 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 comités institucionales cuyo objeto es fortalecer los procesos institucionales, especialmente en los instrumentos o mecanismos de comunicación con el cliente interno y externo. Sin embargo, en algunos casos se ve restringidas las líneas de actuación y algunos procedimientos son ineficientes como el de producción de la información para envío o presentación en algunos caos y otros la producción, revisión y publicación. En cuanto a la comunicación exterior (comunicación con los grupos de valor y con terceros externos interesados), se facilitan líneas de comunicación como la oficina de atención al usuario, una imagen institucional fresca, una página web funcional. DEBILIDAD Falta la actualización de la política de gobierno digital y socialización de las políticas adoptadas al personal que se va vinculando permanentemente. Se requiere del fortalecimiento de las estrategias de apropiación de las responsabilidades por parte los líderes de procesos para garantizar la actualización 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 Acceso a la Información Pública, fundamental para mantener informados a los grupos de interés y ciudadano en general. De igual forma, se evidencia la necesidad fortalecer el Sistema de Gestión documental, tanto en estructuración como en la implementación de estrategias que garanticen su sostenibilidad, como el establecimiento de un líder permanente, la capacitación, el compromiso, cultura, los medios y herramientas.

ACTIVIDADES DE MONITOREO	**Si**	**85%**	FORTALEZA Se realizan actividades de auditoria periódica a los procesos de mayor sensFORTALEZA Se realizan actividades de auditoria periódica a los procesos de mayor sensibilidad y se desarrollan actividades de autoevaluación, las cuales permiten determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando. En este periodo fue aprobado por el Comité de Coordinador de Control Interno el Plan de auditorías para la vigencia 2022, en el que se incluyen seguimiento a planes de mejoramiento y presentación de informes de ley. De igual forma, se realizan actividades tendientes a la evaluación de resultados, comunicación de resultados, deficiencias, debilidades y medidas correctivas. El mejoramiento del Sistema de Control Interno es gestionado a través del Comité Coordinador de Control Interno, se revisan los resultados producto de las auditorías internas en el marco del Plan Anual de Auditorias y en algunos casos de las externas, bajo el enfoque basado en riesgo alineados con los objetivos y prioridades de la institución, los distintos sistemas adoptados en la entidad y resultados de FURAG. La alta Dirección periódicamente analiza la evaluación de resultados obtenidos en los seguimientos, informes y Auditorías realizadas con el fin de tomar decisiones generalmente en el marco de los distintos comités institucionales. DEBILIDAD Se requiere diseño de nuevas estrategias de sensibilización a todo el personal de cada nivel institucional frente a la importancia que tiene las tres líneas de defensa y los roles de control interno, facilitando la comunicación y toma oportuna de decisiones. Se evidencia la necesidad de trabajar de forma más articulada entre áreas para fortalecer los aspectos relacionados con la oportunidad tanto en la formulación de las acciones correctivas o de mejora como en la ejecución de las mismas y/o respuesta oportuna a las observaciones producto de la auditoría interna y en ocasiones externas. Pues se ha hecho evidente que en ocasiones o no se plantean las acciones pertinentes de acuerdo a la causa raíz de las no conformidades, lo que genera recurrencia en los hallazgos de las evaluaciones independiente tanto por parte del evaluador interno como externo. Aun hace falta alinear el seguimiento de los mapas de riesgos de los sistemas de información por las tres líneas de defensa.

