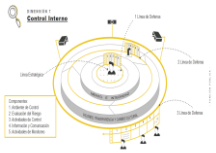
| | |
|---|---|
| Nombre de la Entidad: | ESE HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACÁ |
| Periodo Evaluado: | PRIMER SEMESTRE DE 2024 |



| | |
|---|---|
| Estado del sistema de Control Interno de la entidad | 67,95% |

## 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** | En proceso | La ESE Hospital Santa Marta de Samacá se presentan avances el desarrollo de las dimensiones y en menor medida formulación de políticas del M.I.P.G., en mayor medida las de Control Interno; susceptible de mejoramiento para lograr un resultado optimo una gestión articulada e integrada entre los diferentes responsables de las líneas de defensa; susceptible de mejoramiento para realizar autoevaluación y establecimiento de planes de acción integrados con la operatividad de los componentes de Ambiente de Control, Actividades de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Monitoreo Continuo y Acciones para mejorar la Información y la Comunicación. |
| **¿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, durante el primer semestre de 2024, aplicó los principios de Autocontrol, Autorregulación y Autogestión, lo que le permitió mantener la adherencia en el desarrollo de los procesos de control, logrando efectividad en los resultados, |
| **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 | 83% | 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 cuenta con el Comité institucional de Control interno, se realiza l el primero del año en la cual se aprueba el plan anual de auditoria vigencia 20234 y se publica en la página web de la entidad. No se cuenta con mapa de reisgos actualizado, según lineamiento de la guía de administración del riesgo del DAFP, Se actualización del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2024,se cuenta con el Código de integridad de la ESE el cual fue publicado en la página web institucional.<br>En el Comité de gestión y desempeño fue aprobado los planes institucionales que se van a desarrollar en la vigencia 2024, se realiza auditoria de gestión al operador de resideduos hospitalarios, laboratorio. Se emite informe de austeridad del primer trimestre y primer cuatrimestre del PAAC, y diligenciamiento FURAG DE VIGENCIA 2024. Se debe avanzar en el proceso de la actualización documental de los procesos. En el marco de inducción y reinducción, se debe fortalecer las actividades relacionadas con el retiro del personal, actualizacion de procesos y procedimientos con adherencia, que permita contar con documentos acorde a la realidad de la entidad . |
| EVALUCION DEL RIESGO | En proceso | 55% | Se cuenta con mapa de riesgos desactualizado, es importante que la entidad priorice la identificacion de los riesgos actuales en cada proceso, se socialice y se adopte de forma inmendiata en todo lo relacioando los riesgos institucionales y de corrupción según los lineamientos establecidos en la guía de administración del riesgo versión 4 del DAFP.<br>**Fortalezas**:<br>Control Interno realiza una verificación de cumplimiento a la evaluación de los riesgos y sus controles que realiza cada una de las áreas de la ESE Hospital Santa Marta de Samacá.<br>**Debilidades:**<br>No se realizo actualizacion de la Política de Administración de Riesgo, a través de la participación de los líderes que de los procesos para que realicen mensualmente la evaluación del riesgo en sus áreas y con ello eviatr que se materialicen. |
| ACTIVIDADES DEL CONTROL | Si | 70% | 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 ha 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 2024, 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. |
| INFORMACION Y COMUNICACIÓN | Si | 71% | La ESE Hospital Santa Marta de Samacá 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, correos institucionales, grupos de WhatsApp, buzones de sugerencias, 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. La ESE Hospital Santa Marta de Samacá, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 78 de la Ley 1474 de 2011, se Llevó a cabo Audiencia Pública de Rendición de Cuenta para la vigencia, 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. 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. 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. |
| ACTIVIDADES DE MONITOREO | Si | 60% | 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. Es necesario que todas las dependencias evalúen sus 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. En los informes entregados a la alta dirección se informa las debilidades detectadas y los seguimientos a los planes de mejora correspondiente. |

***DIANA ROSAURA ROBLES ROBLES***
CPS - Asesora de control interno