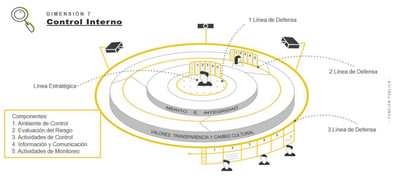
Nombre de la Entidad:	**E.S.E. HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACÁ**
Periodo Evaluado:	**VIGENCIA 2024**



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	**69%**

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	Actualmente se encuentran operando de manera conjunta e integrada, no obstante se debe continuar generando sinergias con el fin de proporcionar una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que la E.S.E establezca acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituye en parte integral (autocontrol).
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Durante el proceso se realizó un análisis del estado de los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI, con el fin de identificar si el Sistema de Control Interno de la entidad se encuentra presente y funcionando, a partir de este análisis, se definieron puntos de mejora para cada componente y su articulación con las Dimensiones de MIPG, identificando para cada requerimiento de cada componente los ítems de menor desarrollo (baja calificación) hasta aquellas con mejor calificación
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	Se recomienda capacitar al personal en MIPG para lograr una más efectiva apropiación de responsabilidades bajo el esquema de Línea de defensa . La E.S.E cuenta con una estructura de mejoramiento definida, pero así mismo se debe buscar mecanismos para que esto se replique con cada uno de sus colaboradores, logrando la sinergia necesaria para la sustentación de las líneas de defensa que a su vez permita obtener los datos y la información para la toma de decisiones oportunas y sustentables

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación 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	**No**	**85%**	La Línea Estratégica debe definir lineamientos claros frente a la estructura de control, por lo que específicamente a través del componente Ambiente de Control debe generar los espacios para el análisis y seguimiento de los temas relacionados con el Talento Humano, la Integridad y la Planeación Estratégica, claves para que se cuente con un ambiente propicio o favorable al control. Se debe sensibilizar y capacitar a toda la institución en el esquema de líneas de defensa, a fin de que se identifique a cual de ellas se pertenece y así conocer sus obligaciones y responsabilidades, especialmente en riesgos. .Desde la Segunda Línea de defensa se debe asegurar de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisando la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos.	**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 riesgos 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. 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 residuos 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, actualización de procesos y procedimientos con adherencia, que permita contar con documentos acorde a la realidad de la entidad .	**2%**
Evaluación de riesgos	**No**	**50%**	DEBILIDADES: Falta de seguimiento y control por parte de la Segunda línea de defensa y la alta gerencia a los riesgos y controles identificados. Es necesario continuar mejorando en el sentido de realizar una evaluación permite a los riesgos y sus respectivos controles e implementación de las políticas de gestión riesgos, contenidas en el Modelo Integral de Planeación y Gestión-MIPG. No se evidencia seguimiento por parte de la segunda línea de defensa a los riesgos y controles, más allá de brindar acompañamiento en su gestión. FORTALEZAS: Con ocasión a la retroalimentación ofrecida desde la Oficina de Control Interno en temas relacionados con MIPG que analiza las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, para este semestre se evidencia mejoramiento en la adherencia al monitoreo de los riesgos y sus controles por parte de los líderes de proceso de primera línea	**55%**	Se cuenta con mapa de riesgos desactualizado, es importante que la entidad priorice la identificación de los riesgos actuales en cada proceso, se socialice y se adopte de forma inmediata en todo lo relacionado los riesgos institucionales y de corrupción según los lineamientos establecidos en la guía de administración del riesgo versión 4 del DAFP. Fortalezas: 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. Debilidades: No se realizo actualización 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 evitar que se materialicen.	**-5%**
Actividades de control	**No**	**75%**	DEBILIDADES: Falta de seguimiento y control a los riesgos identificados por parte de la Segunda línea de defensa. Ajustar y actualizar caracterización de procesos que permita identificar claramente la segregación de funciones. Se requiere dar prioridad a la actualización de las caracterizaciones de los procesos. La Segunda Línea de defensa debe ajustar sus procesos internos de manera que pueda asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación.	**70%**	e 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.	**5%**
Información y comunicación	**No**	**75%**	DEBILIDADES: Un amplio rango de lineamientos del Componente Información y Comunicación, se llevan a Comités de Gerencia y otros, sin embargo, se deben socializar al Comité Institucional de Control Interno de acuerdo a lo establecido en MIPG. El sistema de información para la gestión documental, presenta inconvenientes de desactualización y se debe dar continuidad a la capacitación de funcionarios y contratistas. FORTALEZAS: La ESE vela por conservar y proteger toda información interna y externa que permita procesar datos como fuente o insumo para la toma de decisiones en la consecución de las metas y objetivos	**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.	**4%**
Monitoreo	**No**	**59%**	DEBILIDADES: Se requiere por parte de la Segunda línea de defensa una mayor acción con respecto al monitoreo de los riesgos y sus respectivos controles, que permita valorar la efectividad del control interno de la entidad; así mismo la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad. FORTALEZAS: El cumplimiento al Plan de Auditoría, así como la presentación de Informes de ley, permiten a la alta dirección tomar medidas correctivas y de gestión.	**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.	**-1%**

ERIKA TATIANA ROJAS RODRIGUEZ
Asesora de Control Interno