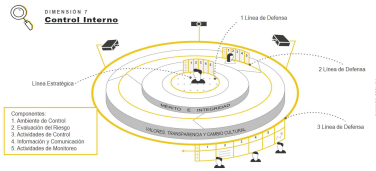


Nombre de la Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
Periodo Evaluado:	II SEMESTRE VIGENCIA 2021



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	Los componentes están operando a través de las 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional (Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con valores para resultados, Evaluación de resultados, Información y comunicación, Gestión del conocimiento y Control Interno), implementadas de manera articulada e intercomunicada, de acuerdo a la adopción que hizo la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, "MIPG". Se ejecutan procesos y procedimientos mediante la formalización de procedimientos que establecen un paso a paso de las diferentes actividades que se desarrollan en los diferentes servicios del Hospital. Se debe promover el fortalecimiento de los componentes que el sistema de control interno en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, para que sea eficiente y genere un impacto mayor en el logro de los objetivos de la Institución. Se hace su correspondiente evaluación en el comité de gestión y desempeño.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se sigue sosteniendo que la primera línea de defensa del sistema de control interno debe estar más comprometida con el fortalecimiento del sistema de control interno, y generar autoevaluaciones que nos permita determinar si la ejecución de las actividades y funciones, por parte de los funcionarios y contratistas no presentan desviaciones. Existen controles establecidos en los procesos y procedimientos, pero no se evalúan los mismos, ni tienen un seguimiento en aras de verificar su cumplimiento, se presenta como la mayor falencia porque son laxos en su ejecución y verificación. La estructura de procesos, políticas, procedimientos, manuales y otras herramientas que han sido diseñadas por el Hospital proporcionan seguridad razonable de que los objetivos y metas se alcanzarán y que los eventos no deseados se evitarán o bien se detectarán y corregirán, por lo tanto se va fortaleciendo el sistema de control interno.
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 sigue sosteniendo que la primera línea de defensa del sistema de control interno debe estar más comprometida con el fortalecimiento del sistema de control interno y generar autoevaluaciones que nos permita determinar si la ejecución de las actividades y funciones, por parte de los funcionarios y contratistas no presentan desviaciones. Existen controles establecidos en los procesos y procedimientos, pero no se evalúan los mismos, ni tienen un seguimiento en aras de verificar su cumplimiento, se presenta como la mayor falencia porque son laxos en su ejecución y verificación. La estructura de procesos, políticas, procedimientos, manuales y otras herramientas que han sido diseñadas por el Hospital proporcionan seguridad razonable de que los objetivos y metas se alcanzarán y que los eventos no deseados se evitarán o bien se detectarán y corregirán, por lo tanto se va fortaleciendo el sistema de control interno.

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	Si	65%	<p>El Comité Coordinador de Control Interno realiza dos (2) reuniones trimestrales durante el segundo semestre de la vigencia 2021, donde se presentan los informes, seguimientos y auditorías realizadas por la oficina de Control Interno, los cuales son analizados por el comité.</p> <p>El proceso de Talento Humano tiene desarrolladas actividades de evaluación de desempeño laboral, de bienestar e incentivos y plan de capacitaciones.</p> <p>En el Comité de Gestión y Desempeño, se continúa formalizando las políticas acorde al Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG" para todos los procesos y subprocesos de la institución.</p> <p>En el Comité de Gestión y Desempeño se realiza seguimiento de las estrategias aprobadas para la vigencia 2021 a través del Plan de Capacitaciones Institucionales, Plan de Bienestar e Incentivos; se tiene aprobada la política de administración de riesgo, en el que establece responsabilidades de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del sistema control interno (Primera, segunda y tercera línea de defensa).</p> <p>Se lleva al Comité de Gerencia de manera semanal e informe de manera mensual las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias, interpuestas por los usuarios y pacientes, lo que permite tomar decisiones concretas.</p> <p>Se cuenta con Código de Integridad.</p>	64%	<p>Se cuenta con Código de Integridad, el Comité Coordinador de Control Interno cumple con cuatro reuniones anuales, donde se realiza seguimientos y evaluaciones a los informes que presenta el jefe de Control Interno.</p> <p>El proceso de Talento Humano tiene desarrolladas actividades de evaluación de desempeño laboral, de bienestar e incentivos y plan de capacitaciones.</p> <p>Esta constituido el Comité de Gestión y Desempeño, donde se están formalizando las políticas acorde al Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG". En el Comité de Gestión y Desempeño en su mesa técnica de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias, no se tratan los temas sobre inconformidades de los pacientes y usuarios. En el Comité de Gestión y Desempeño se definen estrategias que se van a desarrollar durante la vigencia 2021 a través del Plan de Capacitaciones Institucionales, Plan de Bienestar e Incentivos; se tiene aprobada la política de administración de riesgo, en el que establece responsabilidades de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del sistema control interno (Primera, segunda y tercera línea de defensa).</p> <p>Eficacia y eficiencia en la selección meritocrática del talento humano, debe generarse un cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público.</p>	1%

Evaluación de riesgos	Si	71%	<p>Optimizar el componente de la administración de archivo, en aplicación de las tablas de retención documental. Debe existir coherencia entre la gestión del riesgo con el control y la sanción, mayor promoción de la transparencia, la integridad y la lucha contra la corrupción.</p> <p>Falta de registro de los pacientes que no se le ha podido asignar una cita, incurriendo en falta de oportunidad, el paciente debe acudir más de una vez para recibir una cita médica.</p> <p>Continua faltando fortalecimiento en la implementación de la política de administración de riesgos, se queda reflejado en el documento y el plan o programa para la aplicación de la política de la administración del riesgo, quedándose en una evaluación documental de un mapa de riesgos institucional, de la cual no se toman decisiones en aras de mitigar el riesgo, con el fin de que no se materialice.</p> <p>Los inventarios deben ser programados, verificados y hacer su trazabilidad en aras de mitigar los riesgos que se ha venido presentando. Falta de autocontrol por parte de las diferentes bodegas donde se continua observando faltantes y sobrantes, sin justificaciones claras y precisas, siendo esto un alto riesgo. Falta de trazabilidad en las solicitudes de pedido y ordenes de despacho.</p>	71%	<p>Mejorar en el componente de la administración de archivo, en aplicación de las tablas de retención documental. Debe existir coherencia entre la gestión del riesgo con el control y la sanción. Promoción de la transparencia, la integridad y la lucha contra la corrupción. No evidencia un monitoreo a los riesgos aceptados, igualmente no se revisan sus condiciones para ajustarlos o sostenerlos. Falta de revisión de la normativa. No se observa un registro de los pacientes que no han podido ser asignados con una cita. Falta de aplicativos informáticos para la asignación óptima de turnos. El paciente debe acudir más de una vez para recibir una cita médica. Los médicos se ausentan y los pacientes tienen que volver a reasignar citas. Continua faltando fortalecimiento en la implementación de la política de administración de riesgos, se queda reflejado en el documento y el plan o programa para la aplicación de la política de la administración del riesgo, quedándose en una evaluación documental de un mapa de riesgos institucional, de la cual no se toman decisiones en aras de mitigar el riesgo, con el fin de que no se materialice. Los inventarios deben ser planeados, verificados, y hacer su trazabilidad en aras de mitigar los riesgos que se ha venido presentando. Inventarios que han sido sobre diagnosticados por la oficina de control interno, mediante varias auditorías, pero siguen siendo de alto riesgo por la no aplicación procedimental establecida para los mismos en los ingresos y egresos que se hacen, de acuerdo a las solicitudes de pedido y ordenes de despacho. Tener planes de contingencia cuando se materializa el riesgo</p>	0%
Actividades de control	Si	58%	<p>Se evalúa si los controles están presentes (políticas y procedimientos) y funcionan, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional.</p>	54%	<p>a. Se evalúa si los controles están presentes (en políticas y procedimientos) y funcionan, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional.</p>	4%
Información y comunicación	Si	75%	<p>Se debe fortalecer el componente tecnologico, innovando constantemente. La información sirve para tomar decisiones con base en datos.</p> <p>Se guarda la privacidad y seguridad de la información.</p> <p>Se cumple con la rendición de cuentas ante la ciudadanía a través de medios virtuales, el Hospital mantiene sus canales externos de comunicación. Logrando una mayor cercanía con la población a través de emisiones de informes diarios.</p> <p>Se debe seguir fortaleciendo la matriz de cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, que le apunta al gobierno digital, a la transparencia, acceso a la información, lucha contra la corrupción, servicio al ciudadano y participación de la ciudadanía en la gestión pública.</p> <p>Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa.</p>	75%	<p>Se debe fortalecer el componente tecnologico, innovando constantemente. La información sirve para tomar decisiones con base en datos, Se guarda la privacidad y seguridad de la información, Se cumple con la rendición de cuentas ante la ciudadanía, el Hospital mantiene sus canales externos de comunicación, Medios de comunicación escritos, radiales y redes sociales. Emisión de informes diarios de salud en casa. Se caracterizan periódicamente los usuarios y los grupos de valor. Se debe seguir fortaleciendo la matriz de cumplimiento de la ley 1712 de 2014, que le apunta al gobierno digital, a la transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, servicio al ciudadano, participación de la ciudadanía en la gestión pública. Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa</p>	0%
Monitoreo	Si	77%	<p>Se elabora un Plan de Auditoría Anual con enfoque de riesgos, priorizando procesos y subprocesos de acuerdo a las inconformidades que se observan.</p> <p>La tercera línea de defensa aprueba los planes de mejoramiento de los procesos y subprocesos, derivados de las auditorías y seguimientos.</p> <p>Se realiza evaluación y seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento.</p> <p>Se realizan evaluaciones independientes para determinar el avance en el logro de las metas y objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno.</p> <p>Se determina, a través de auditorías internas, las debilidades y fortalezas del sistema de control interno y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados.</p> <p>A través de auditorías internas, se hace seguimiento sobre la efectividad de los controles.</p> <p>Se deben realizar evaluaciones continuas a los diferentes procesos o áreas de la entidad, en tiempo real, por parte de los líderes de proceso, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros, generando informes sobre evaluaciones llevadas.</p>	77%	<p>Se debe fortalecer el componente tecnologico, innovando constantemente. La información sirve para tomar decisiones con base en datos, Se guarda la privacidad y seguridad de la información, Se cumple con la rendición de cuentas ante la ciudadanía, el Hospital mantiene sus canales externos de comunicación, Medios de comunicación escritos, radiales y redes sociales. Emisión de informes diarios de salud en casa. Se caracterizan periódicamente los usuarios y los grupos de valor. Se debe seguir fortaleciendo la matriz de cumplimiento de la ley 1712 de 2014, que le apunta al gobierno digital, a la transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, servicio al ciudadano, participación de la ciudadanía en la gestión pública. Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa</p>	0%