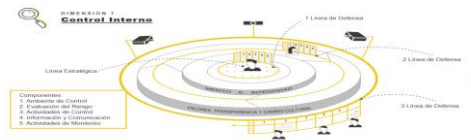


Nombre de la Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
Periodo Evaluado:	PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021

Estado del Sistema de Control Interno de la entidad	68%
--	------------



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, Dirección estratégica 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 permitan 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	El sistema de control interno en la operatividad de los componentes de la dimensión de control interno, se consideran en proceso de acuerdo a la evaluación independiente que hace la oficina de control interno si cuenta con una institucionalidad abrigada por la adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG". Se contemplan las tres líneas de defensa del modelo integrado de planeación y gestión, con el soporte del sistema de control interno. El modelo del sistema de control interno tiene institucionalizadas sus "Tres Líneas de Defensa" que es un esquema articulado en el que se asignan responsabilidades a funcionarios y contratistas dentro del Hospital, de forma que se conozcan claramente los alcances y roles, evitando las brechas en la cobertura de riesgos, la duplicidad de esfuerzos, el exceso de control y lograr como resultado directo una mejora en la gestión en transversalidad de las tres líneas de defensa. Existen las Líneas de Defensa, con una transversalidad débil, que no permite tomar decisiones frente al control, por las pocas actuaciones de las líneas respecto a ejercer control y su evaluación.

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	64%	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. El proceso de talento humano tiene desarrolladas actividades de evaluación de desempeño laboral, de bienestar e incentivos y plan de capacitaciones. 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 y reclamos, sugerencias, felicitaciones, 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 de control interno. (Primera, segunda y tercera línea de defensa), Eficacia y eficiencia en la selección meritovrativa del talento humano, Debe generarse un cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público,	57%	No existe política de gestión estratégica del talento humano El talento humano debe estar enfocado a la atención humanizada del usuario y su familia. Se debe generar los planes que se contemplan en la dimensión de talento humano, de acuerdo al modelo entregado de planeación y gestión. Se aplican los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público. Se cuenta con código de integridad, que se debe formalizar en aras de incluir el código de ética y el código de buen gobierno, se socializa permanentemente en inducción. Desde el proceso de planeación se orienta el direccionamiento estratégico, y la planeación institucional, asignando responsabilidades en el cumplimiento de los objetivos, que van de la mano del plan de gestión de la gerencia. Se toma la gestión del talento humano en la plataforma de la Hospital como un objetivo estratégico. No existe un control efectivo sobre el pago para las cesantías retroactivas, el cual es el aplicado para aquellos contratos celebrados antes de la entrada en vigencia de la ley 50 de 1990 para los empleados del sector privado, de la ley 344 de 1996 para los funcionarios de los órganos y entidades del Estado y de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 para los funcionarios del sector salud. No existe un control efectivo sobre la liquidación de prestaciones sociales de los funcionarios. Las actividades a ejecutar se alinean por direccionamiento de la alta gerencia, pero no por interés propio o iniciativa de los contratistas o funcionarios. El comité coordinador de control interno debe hacer supervisión a las decisiones que se toman, cuando se expone el estado actual del sistema de control interno. Los líderes de proceso como responsables no tienen claramente definido el papel de gestión del riesgo. Proveer a la alta dirección de toda la información, en particular cuando se trata de no conformidades. Los comités deben retroalimentar al gerente. Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento de los funcionarios	7%
Evaluación de riesgos	Si	71%	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 volverse a reasignar citas. Continúa 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 auditorias, 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	65%	No evidencia un monitoreo a los riesgos aceptados, igualmente no se revisan sus condiciones para ajustarlos o sostenerlos. No hace evaluación de proveedores y se tiene en cuenta los informes de los supervisores para tomar decisiones, con base en el análisis que hace la segunda y tercera línea de defensa Se genera semestralmente el Informe pormenorizado del sistema de control interno. Para evaluar los cambios que se presentan en el sistema de control interno. Los mapas de riesgos de los procesos y subprocesos, consolidado en el mapa de riesgos institucional. Se considera la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional, se genera el mapa de corrupción. Dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción. Se cumple generando el plan anticorrupción y atención al ciudadano anualmente, igualmente solicitándole a los procesos y subprocesos los posibles riesgos de gestión y corrupción que se pueda presentar en el ejercicio de sus funciones y de la operatividad del Hospital. Falta 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. Se debe dejar claro que a partir del entendimiento de los objetivos institucionales se realice una revisión técnica que oriente el modelo de operación por procesos a una estructura organizacional y la planta de personal hacia esos fines. 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 auditorias, 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	6%

Actividades de control	No	54%	Atención apropiada a los tramites, peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias de la ciudadanía. Se evalúa si los controles están presentes en las políticas y procedimientos y funcionan apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional. Se cuenta con información evaluativa independiente de la tercera línea, que se refleja en los comités de gestión y desempeño y comité coordinador de control interno. No se observa el diseño de otros sistemas de gestión bajo normas internacionales, como la ISO, pero se proyecta lograr la acreditación, empezando por la autoevaluación, en aras de lograr acreditación por incontec.	46%	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. Se actualizó el mapa de procesos. Se actualizan los procedimientos de los procesos y subprocesos. No se evidencia política de operación 4. Se caracterizan procesos. Aunque se establecen los controles, no se evidencia un seguimiento a los mismos. Se realiza el monitoreo a los riesgos, pero queda en el solo seguimiento, porque no se toman decisiones con base a la evaluación. Se verifica la responsabilidad de quien tiene que hacer el control, pero no se evidencia que se este ejecutando el control.	8%
Información y comunicación	Si	75%	Se debe fortalecer el componente tecnológico, innovando constantemente. La información sirve para tomar decisiones con base en datos. Se guarda la provacidad 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	75%	Se mantiene comunicación con los proveedores de parte del subproceso de compras y contratación. El Hospital cuenta con canales externos de comunicación, Medios de comunicación escritos, radiales y redes sociales. Emisión de informes diarios de salud en casa. Se cuenta con ventanilla única de correspondencia. Se caracterizan los pacientes de acuerdo a su patología y a su régimen e contratación. Se caracterizan periódicamente los usuarios y los grupos de valor. Fortalecer 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. Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos. Se realizan encuesta de satisfacción del usuario, Buzones de PQRS, en el hospital y puestos de salud, para determinar la percepción de los usuarios y los grupos de valor con respecto al Hospital. Se cuenta con oficina de prensa y comunicaciones	0%
Monitoreo	Si	77%	La oficina de control interno tiene actividades seguras que las basa en su ejercicio auditor y monitoreo, desde el comité de gerencia con transversalidad del proceso de planeación se está monitoreando los procesos y subproceso asistenciales y administrativos, generados direccionamiento y controles, sobre las no conformidades encontradas. Se realizan encuesta de satisfacción del usuario, Buzones de PQRS, en el hospital y puestos de salud, para determinar la percepción de los usuarios y los grupos de valor con respecto al Hospital. En el comité de gestión y desempeño se genera la evaluación del desempeño institucional, y se socializa los resultados del Furag de acuerdo al modelo integrado de planeación y gestión. Los controles deben estar presentes (en políticas y procedimientos) y funcionando, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional. Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso. Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso.	79%	Se elabora un plan de auditoría anual con enfoque de riesgos, priorizando procesos y subprocesos de acuerdo a las inconformidades que se observan. se evalúa evaluación y seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento. La línea de tercera defensa aprueba los planes de mejoramiento por procesos que deben generarse a raíz de las auditorías. Se realizan evaluaciones independientes para determinar el avance en el logro de las metas, resultados y objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno. No se cumple con el tiempo establecido para tomar los correctivos. Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas. Se determina, a través de auditorías internas, las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados. Se realimenta, a través de auditorías internas, sobre la efectividad de los controles. 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. Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso. Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso. Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa. Los controles deben estar presentes (en políticas y procedimientos) y funcionando, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional.	-2%

ELABORO OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA