

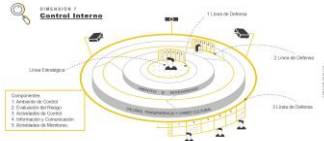
Nombre de la Entidad:

HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRA E.S.E

Periodo Evaluado:

01 de julio al 31 de diciembre de 2022

Codificado: Katherin Zamara Beltrán Barrera - Asesor de Control Interno



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

78%

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):	En proceso	Se realizó la evaluación del estado del Sistema de control Interno, articulado con las políticas y dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG; es posible observar, respecto al seguimiento realizado en el mes de enero (segundo semestre de 2020), se observa, incremento en la implementación de cada uno de los componentes MECI; que impactan positivamente el sistema de control interno que aumento de 50% a 58% respecto al semestre anterior; la Emergencia Nacional por COVID-19, afectó el normal funcionamiento de muchas instituciones y especialmente de la Entidades de salud, sin embargo, el Hospital, genero continuidad el desarrollo de sus actividades, las cuales han sido adaptadas a los medios tecnológicos para su desarrollo, logrando mantener la continuidad del ejercicio institucional, en la consecución de la Visión y el cumplimiento de la Misión Institucional, ampliando la prestación de los servicios. Por otra parte, se adelantan actividades de actualización de procesos y procedimientos tanto en área asistencial, como en el área administrativa; se mantiene el uso de herramientas de gestión, como el cuadro de mando integral, que permite la consolidación de información y facilita la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección. Se realizan actividades de monitoreo y seguimiento permanente que demandan tiempo y dedicación por parte de los líderes de proceso y que ayuda en la mejora continua de los procesos, sin embargo, se debe documentar, evidenciar los resultados. En lo que respecta al resultado de medición de desempeño de la vigencia 2020 (FURAC), se observa que el Hospital presta un puntaje de 70,7 respecto a la clasificación de las entidades ubicadas en el Nivel Básico (clasificación función Pública de grupo de entidades), vigencia del año anterior el resultado fue de 68,8, equivale a un incremento de 1,9 respecto a 2019; en lo que respecta a los resultados del Sistema de Control Interno-MECI de 67,7 en la vigencia 2020 y para vigencia 2019 fue de 69,2 reflejando una disminución de 1,5 respecto a la vigencia anterior.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Las acciones y la ejecución de los procesos pese a la falta de soportes siempre están direccionados al cumplimiento de los objetivos institucionales, tanto de su Plan de Desarrollo como de su Misión y Visión, encaminadas a brindar el mejor servicio a sus usuarios y partes interesadas.
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 dispone de institucionalidad de sistema de control interno y de las líneas de defensa con la adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Se capacito por la oficina de control interno a los integrantes del comité de Gestión y desempeño y Líderes de Proceso en MIPG- Tres líneas de defensa, con el objeto de generar cultura y adherencia a los roles. Se recomienda a la Línea Estratégica y a la oficina de planeación liderar la formalización de las líneas de defensa.

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	88%	Se evidencia que durante el periodo evaluado se evidenció resultado de las actividades de retiro de funcionarios, toda vez que una funcionaria salió pensionada de la entidad, de igual forma se evidencia que cuando se desvincula un funcionario de la entidad se le envía el formato establecido para tal fin donde deberá disponer del procedimiento establecido para el retiro. Se reconoce que se cuenta con una definición clara de las líneas de defensa, en atención a que se realizan revistas administrativas y asistenciales, se le hace seguimiento a las revistas semanalmente en el comité directivo que se realiza el segundo día hábil de la semana, de igual forma se lleva un archivo denominado cuadro de mando integral donde se le realiza trazabilidad a los procesos, sin embargo se sugiere documentar el riesgo para realizarse seguimiento.	85%	La entidad Cuenta con código de integridad adoptado mediante acto administrativo en el 2019, por lo cual al ingreso de los funcionarios, en la inducción se socializa este, los demás funcionarios ya lo conocen pues se realizó capacitación, para las PQRSDF internas existe encuesta en la plataforma somos remo, la cual funciona de forma instantánea, es decir al instaurar una PQRSDF cualquier trabajador de la ESE inmediatamente se notifica al área de talento humano, aunque se tiene en el manual y estatuto de contratación las inhabilidades e incompatibilidad, se recomienda implementar el mecanismo de conflicto de intereses, cuenta con matriz de riesgos de corrupción al cual se le realiza seguimiento a través de los informes del PAAC, la entidad cuenta con comité institucional de Coordinación de Control Interno el cual se reunió cuando se solicitó de este, se recomienda se realice coordinación de este comité con el comité de gestión y desempeño; se resalta que se cuenta con una definición clara de las líneas de defensa a la hora de tomar decisiones, pues se realizan revistas administrativas y asistenciales, donde se debate para la toma de decisiones cuando se requiere, de igual forma se cuenta con información registrada en el cuadro de mando integral. No se presentaron denuncias de actos de corrupción, sin embargo se sugiere realizar política de administración del riesgo. Durante el semestre a evaluar, se realizó evaluación de desempeño a los funcionarios de carrera administrativa, de igual forma la líder de talento humano realizó las actividades de ingreso de personal (inducción) y los exámenes médicos (ingreso), y de retiro, se esta cumpliendo con el plan de institucional de capacitaciones establecido para la vigencia.	3%
Evaluación de riesgos	Si	65%	Como ya se ha mencionado se recomienda que se actualice la política de gestión del riesgo adicional a ello se debe diseñar, elaborar e implementar el mapa de riesgos de la entidad para poder hacer seguimiento de los riesgos identificados, toda vez que la entidad carece de dicho mapa. Se el realiza verificación al plan de desarrollo del gerente mediante el cuadro de mando integral en el cual semanalmente se alimenta de la información de cada area, en dicho archivo se consignaron los procesos desarrollados por la entidad, lo cual conlleva a la verificación de los lineamientos planteados	71%	Se evidencia que la Entidad cuenta con el cuadro de mando donde reposa información para verificar el cumplimiento de plan del plan de desarrollo. Se observa monitoreo y seguimiento de algunos riesgos que son evidenciados en la ejecución de los procesos, sin embargo, no se ha implementado la metodología de administración del riesgo, de tal manera, que permita la actualización de la política de administración del riesgo; se elaboró el mapa de riesgos de corrupción, sin embargo, se requiere seguimiento por parte de la segunda línea de defensa. Se analizan los riesgos de actividades tercerizadas u otras figuras externas mediante la supervisión de los contratos. Se evalúan los riesgos y controles desde la 3a línea de defensa.	-6%
Actividades de control	Si	79%	Se reitera la recomendación de documentar los controles a los procesos con que cuenta la entidad, se recomienda que se actualice la política de riesgos y esta sea socializada, así como capacitar a los líderes sobre el diseño y evaluación de riesgos, aunque se cuenta con diferentes actividades para mitigar los riesgos es necesario contar con la política y con el mapa de gestión del riesgo y así tener documentados los posibles riesgos para hacerles control y mitigar los impactos. Es necesario que se tengan documentados los controles ejercidos por la primera y segunda línea de defensa en cuanto a la mitigación del riesgo.	75%	Teniendo en cuenta que la planta de personal es tan reducida, se realiza la tercerización de servicios para contar con división de funciones y así reducir el riesgo de error, frente a los sistemas de información se cuenta con el cuadro de mando integral, en el cual reposa la información actualizada de los procesos que se realizan en la Entidad, de igual forma se cuenta con sistemas de información se establecen controles de los sistemas; frente a los procesos desarrollados por la entidad se sugiere realizar revisión en cuanto a calidad, se recomienda que se documenten los controles a los procesos por lo cual se hace necesario realizar capacitación sobre diseño y evaluación de controles de los procesos y así se contribuye a la disminución del riesgo	4%

Información y comunicación	SI	79%	<p>Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento suscrito producto de la auditoría al índice de transparencia y acceso a la información pública sin evidenciar actividad alguna de mejora, no se cuenta con política de seguridad informática ni se encuentra documentado el riesgo para ejercerle control. Se sugiere que en atención a la ley de transparencia y acceso a la información pública se realice la publicación de los procesos, informes y contratos estatales en la página web de la entidad.</p>	79%	<p>Se realizó evaluación por parte de la 3a línea de defensa, al índice de transparencia y acceso a la información pública, que generó la suscripción de un plan de mejoramiento, con los líderes de proceso, que se encuentra en ejecución. Se observan aspectos para mejorar en temas de flujo de información interna, definir roles y responsabilidades frente al manejo de la información y consolidar el Plan de comunicaciones como una herramienta que apoya el proceso, se recomienda se diseñen e implementen las políticas de seguridad de la información y buen uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. En el semestre evaluado se implementó el sistema dinámica gerencial hospitalaria, mediante el cual en línea se integran las áreas administrativa, financiera, asistencial y operativa de la entidad, se recomienda que todo el archivo de la entidad (central, histórico y de gestión) repose de forma digital. La entidad cuenta con canales externos de comunicación como lo son página web, redes sociales, correos institucionales, mejorando con esto los procesos externos de comunicación de la entidad, sin embargo se sugiere que se realice publicidad de los procesos, informes y contratos en la página web institucional.</p>	0%
Monitoreo	SI	79%	<p>Se ejecuto el 100% de las auditorías programadas por la oficina asesora de control interno, se realizó seguimiento a procesos y procedimientos suscribiendo plan de mejoramiento, de igual forma se le realizó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos en auditorías de vigencia anteriores. Se dificulta la evaluación en el análisis de riesgo, en razón a que la metodología de administración del riesgo no se aplica, no se cuenta con mapa de riesgos.</p>	71%	<p>En el mes de enero se aprobó el plan de acción y programa anual de auditoría, por el comité institucional de coordinación de control interno, se están ejecutando las auditorías programadas.</p>	8%