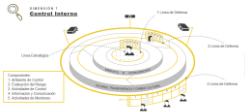


Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BELÉN DE UMBRÍA
Periodo Evaluado:	ENERO - JUNIO 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	70%
---	-----

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	La entidad asegura que los componentes se enmarcan en el sistema de gestión. Permiten prever los riesgos y tomar las medidas pertinentes para minimizar o eliminar su impacto en el cumplimiento de los objetivos organizacionales. A pesar de esto, la ESE aun esta en deuda con el desarrollo de algunas de las políticas de MIPG para la implementación de las mismas, esto no refiere a que no se trabaje sobre ellas, faltan en la institucionalidad mas no en la practica.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se concluye que a pesar de la falta de algunas de las políticas de MIPG, el sistema de control interno a sido efectivo, ya que presenta una articulación en sus 5 componentes, la cual permite realizar la trazabilidad del mismo, realizar un seguimiento a los objetivos estratégicos y realizar las correcciones pertinentes a que haya lugar.
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	Gracias a la adopción de la Política de Control Interno, se encuentran definidas dentro de la ESE las líneas de defensa y sus roles, lo cual permite la toma de decisiones acertadas frente a la actuación del 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	67%	A pesar de que no se encuentra definida la Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, ni la política de seguimiento y evaluación de desempeño institucional; Existe el compromiso y responsabilidad de la alta dirección en cumplir no solo con la integridad de lo público sino también con la consecución de los objetivos del sistema de control interno alineado en función del talento humano de la ESE Hospital Belén de Umbria.	53%	OBSERVACIONES: - La estructura organizacional actual, facilita la concentración de funciones en el personal administrativo, situación que se refleja en la debilidad importante con respecto al proceso de Recursos Humanos, se requiere organización y fortalecimiento. - Se evidencia la socialización y evaluación de los principios y valores a los servidores que ingresan a la entidad. RECOMENDACIONES: - Socializar el Programa de Bienestar Social con el personal de la ESE. - Programar jornadas de re-inducción para la vigencia 2020 con todos los colaboradores de la ESE.	14%
Evaluación de riesgos	Si	94%	Se tiene deficiencia, así mismo no se encuentra definida la Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos; no obstante la entidad cuenta con el mapa de riesgos por área, al cual se le realiza seguimiento periódico, también se posee la matriz de riesgos laborales, siendo esta un elemento esencial en el SGSST. En el mapa de riesgos de la entidad se encuentran definidas acciones a cumplir y seguir para el fortalecimiento de la evaluación de los riesgos dentro de las tres líneas de defensa establecidas en la política de control interno de la ESE.	56%	El mapa de riesgos de la entidad está en proceso de actualización con base en la metodología publicada por la Función Pública. La institución cuenta con la matriz de riesgos laborales como elemento fundamental del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. La ESE tiene actualizado y documentado el mapa de riesgos anticorrupción para la vigencia 2020, se hizo la publicación en la página web de la entidad de acuerdo al Decreto 124 de 2016	38%
Actividades de control	Si	54%	La entidad desarrolla actividades de control que conllevan a disminuir los riesgos que se presentan en la misma, llevando la entidad al alcance de los objetivos tratados por cada área; para ello se ha desarrollado la política de control interno, los mapas de riesgos de las áreas, el plan anti corrupción y atención al ciudadano, los planes operativos anuales. A pesar de que no se encuentra definida la política de seguimiento y evaluación de desempeño institucional, ni ha sido creada la política de racionalización de tramites, la política de gobierno digital, ni la política de seguridad digital; dentro de los planes operativos y los componentes del plan anti corrupción se tienen establecidas actividades de control, es necesario desarrollar las políticas nombradas.	50%	MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS La entidad realizó el ajuste del mapa de procesos entre octubre y diciembre de 2016. Igualmente se realizó caracterización de los procesos administrativos y asistenciales. En las reuniones del Comité de Planeación y Gestión (antes Comité Técnico), se socializan los indicadores de los procesos, tanto asistenciales como administrativos. OBSERVACIONES: - Pese a que la estructura organizacional facilita la concentración de funciones en el personal administrativo, se evidencia reasignación de tareas que permiten tener puntos de control y redistribuir actividades laborales. - Debilidad con respecto al proceso de Recursos Humanos, se requiere organización y fortalecimiento. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL. La estructura organizacional de la entidad está planeada tanto en el organigrama institucional como en el mapa de procesos, los cuales están definidos como procesos de Dirección: Estratégico, Misionales y de Apoyo. Se realizó la actualización del mapa de procesos incluyendo los procesos de evaluación y seguimiento, está pendiente la programación de la socialización con la gerencia para posterior aprobación por parte de la Junta Directiva.	4%
Información y comunicación	Si	52%	Existe la debilidad no se encuentra definida la política de seguimiento y evaluación de desempeño institucional, ni ha sido creada la política de racionalización de tramites, la política de gobierno digital, ni la política de seguridad digital; sin embargo la entidad realiza el seguimiento al mapa de riesgos a las diferentes áreas de la ESE. El esquema de líneas de defensa y sus actividades se encuentran en el documento de la política de control interno, MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA. Se realiza seguimiento a las acciones del plan anticorrupción y atención al ciudadano, las mismas son publicadas en la página web de la entidad, se realiza constante alimentación en la misma de la información de la ESE, se cuenta además con un Sistema de Gestión Empresarial que esta en constante actualización y brinda un apoyo a los funcionarios de la ESE mejorando la prestación de los servicios y facilitando el contenido de información a ser comunicada por la misma.	52%	No se tiene porcentaje de cumplimiento ya que se utilizaba un modelo y formato diferente. Con el equipo de trabajo del proceso de Sistemas de Información se ha venido avanzando en el mejoramiento de la página web institucional logrando una imagen más dinámica y moderna, actualización de contenidos; ajuste prueba y puesta en marcha de módulos de capacitación, cuentas de correo, programación de actividades, entre de reacciones. Se han ajustado y mejorado los módulos de asignación de citas, trámites, quejas y reclamos; además se agilo la implementación en la página web del módulo para el registro de eventos adversos. Por la situación que se vive a nivel nacional referente al COVID-19 se ha conato agenda como se ha solicitado por las comunicaciones del ministerio, se han retroalimentado los esfuerzos a la integración y control del mismo. Se adoptó un modelo adicional de solicitud de citas para garantizar el acceso de toda la población a los servicios ofrecidos por Hospital en medicina general y odontología; se realiza a través de internet, se dispuso de un punto virtual en las instalaciones de la ESE, se capacito a todo el personal para que puedan apoyar a los usuarios en la solicitud de las citas. También se tiene una App desde la cual se puede acceder al módulo desde cualquier celular que tenga acceso a internet. El compromiso de la entidad es formar a cada usuario que quede registrado en lista de espera para asignarle su cita. En el primer trimestre se tienen programadas jornadas de socialización de los canales de acceso que tienen los usuarios para la solicitud de las citas, por la situación actual referente al COVID-19, se han modificado la forma de atención y se han publicado por medio de la entidada comentarios además de la reunión con los líderes de jury y la página de la entidad.	0%
Monitoreo	Si	86%	A pesar de que no se encuentra definida la política de transparencia, accesos a la información publicay lucha contra la corrupción, se realiza el seguimiento al mapa de riesgos a las diferentes áreas de la ESE, el esquema de líneas de defensa y sus actividades se encuentran en el documento de la política de control interno cuenta con un punto de MONITOREO O SUPERVISIÓN CONTINUA, donde se analiza las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa, asegura que los servidores responsables tanto de la segunda como de la tercera línea de defensa cuentan con los conocimientos necesarios y que se generen recursos para la mejora de sus competencias; Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso, también informar periódicamente a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad, comunicar deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda, llevar a cabo evaluaciones para monitorear el estado de varios componentes del Sistema de Control Interno, además de monitorear e informar sobre deficiencias de los controles, también se realiza seguimiento a las acciones del plan anticorrupción y atención al ciudadano periódicamente.	84%	AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL. Con la Coordinación de Calidad se realizó la autoevaluación en el cumplimiento de requisitos de habilitación de los procesos asistenciales, a través de autoridades internas, se reforzó esta evaluación y se generaron planes de mejoramiento por procesos. Se realizó la autoevaluación de los estándares de acreditación. En el Comité de Planeación y Gestión, mensualmente se socializan los indicadores de los procesos asistenciales y asistenciales administrativos. Esta actividad permite identificar situaciones a intervenir oportunamente para lograr las metas propuestas. A partir de la primer semana de marzo de 2020 se realizaron acciones del control citado para el manejo del coronavirus COVID-19. - Se realiza el seguimiento y se consolidan los resultados del Plan Operativo Anual correspondiente a la vigencia 2019. AUDITORIA INTERNA Se realizó en el tercer trimestre de 2019 ocho (8) de auditorías internas a algunos procesos misionales con el fin de verificar el cumplimiento de requisitos de habilitación según la Resolución 2003 de 2016. Se están generando planes de mejora para subsanar los hallazgos evidenciados y aprovechar las oportunidades de mejora. En la comisión del año se realizaron inspecciones de orden, aseo, limpieza, íntegridad y verificación de uso de elementos de protección personal por parte de la Profesional de Salud Ocupacional. Desde la Oficina de Control Interno se realiza seguimiento y verificación a publicación de contratación en las plataformas SIA, OMBERVA y SECDP de la contratación 2020. Se programó ciclo de auditorías internas para el segundo semestre de 2020.	2%