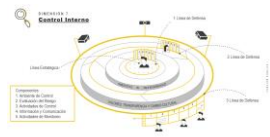


| | |
|-----------------------|--|
| Nombre de la Entidad: | ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELEN DE UMBRIA |
| Periodo Evaluado: | I SEMESTRE DE 2023 |



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

77%

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 | El sistema de control interno se encuentra en funcionamiento en todas sus dimensiones, trabaja articulada con el área de calidad y administrativa, buscando la mejora continua en la prestación de servicios de salud, se esta trabajando en el riesgo, su identificación y mitigación, falta implementar algunas de las políticas de MIPG. |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta): | Si | El sistema de Control Interno es funcional, estar en proceso de implementación, las acciones y actividades que se ejecutan en la entidad permiten lograr los objetivos tanto a nivel general como a nivel de procesos, no obstante, se requiere dar continuidad con la implementación de lineamientos y reforzar lo que actualmente se tiene, esto con el propósito de obtener mas y mejores resultados. |
| 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 | En la ESE, se encuentran definidas las líneas de defensa y sus roles, este empoderamiento de los líderes se fortalece en los comites de gestión, lo cual permite la toma de decisiones acertadas frente a la actuación del sistema de control interno. |

| Componente | ¿se esta cumpliendo los requerimientos ? | Nivel de Cumplimiento componente | Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|
| AMBIENTE DE CONTROL | Si | 88% | <p>FORTALEZAS</p> <p>En la ESE Hospital San Jose la Alta dirección está comprometida con la integridad y valores del servidor público, en las actividades de socialización y evaluación de su cumplimiento, fortaleciendo el compromiso institucional de los líderes y equipos de trabajo. Se realiza seguimiento y evaluación a la Gestión institucional. Se cuenta con la política de administración del riesgo actualizada, la cual contempla los niveles de responsabilidad y compromiso frente al riesgo.</p> <p>DEBILIDADES- Actualizar periódicamente los procesos y protocolos de la plataforma institucional de documentos controlados</p> <p>- Programar jornadas de re-inducción para la vigencia con todos los colaboradores de la ESE. realizar evaluaciones a los procesos de capacitación</p> <p>documentar las actividades de seguimiento mediante actas o listas de chequeo</p> |
| EVALUACION DEL RIESGO | Si | 75% | <p>FORTALEZAS:</p> <p>Cada líder de proceso cuenta con mapa de riesgos que se hace de forma anual y se le realiza la intervención y mitigación de acuerdo a la naturaleza propia de cada servicio.</p> <p>RECOMENDACIONES:</p> <p>Fortalecer el seguimiento periódico a los riesgos asociados a casa proceso.</p> <p>Identificar tempranamente las acciones que no aporten solución a un riesgo reportado en el mapa de riesgos para definir si se debe cambiar la acción que mitigue el riesgo</p> |
| ACTIVIDADES DEL CONTROL | Si | 70% | <p>FORTALEZAS:</p> <p>Los líderes de cada proceso, gestionan el riesgo y establecen acciones de control que intervienen las causas y disminuyen las consecuencias. Los líderes de proceso realizan el monitoreo a las actividades de control y la Oficina de control interno realiza seguimiento periódico, en el que evalúa el diseño del control, la ejecución y efectividad de las acciones de control formuladas.</p> <p>RECOMENDACIONES:</p> <p>Documentar todas las actividades de seguimiento y control que se realizan a los procesos y procedimientos</p> <p>Continuar en la mejora de la página web institucional de acuerdo a los lineamientos establecidos.</p> <p>Monitorear frecuentemente el proceso de agendamiento vía web para intervenir oportunamente los tiempos de respuesta a las solicitudes.</p> <p>Asegurar el funcionamiento del comité de seguridad del paciente para identificar y monitorear los Riesgos asistenciales.</p> <p>Asegurar la revisión y análisis e intervención de las PQRS registradas en la institución</p> <p>Continuar educando al usuario y su familia en deberes y derechos.</p> |

| | | | |
|--|------------------|-------------------|---|
| <p>INFORMACION Y COMUNICACIÓN</p> | <p>Si</p> | <p>86%</p> | <p>FORTALEZAS</p> <p>Se tienen establecidos espacios de participación con la comunidad como la asociación de usuarios, veedurías locales en procesos de contratación y participación comunitaria en el comité de ética hospitalaria, permitiendo una veeduría y control social permanente.</p> <p>se cuenta con página Web actualizada, la entidad cuenta con una oficina de atención al usuario en donde son presentadas las Peticiones Quejas, Reclamos y Felicitaciones, se realizan encuestas mensuales para la medición de la satisfacción del usuario, el informe de gestión de RQDS en donde se analiza el indicador de oportunidad y se formulan acciones de mejora para incrementar el porcentaje de oportunidad.</p> <p>RECOMENDACIONES:</p> <p>Continuar con la revisión y seguimiento trimestral del mapa de riesgo, continuar con el seguimiento al mapa anticorrupción y atención al ciudadano.</p> <p>Fortalecer y documentar el proceso educativo de deberes y derechos. Informar y educar a los usuarios y comunidad en general a través actividades educativas que impacten positivamente los ciclos de vida.</p> |
| <p>ACTIVIDADES DE MONITOREO</p> | <p>Si</p> | <p>65%</p> | <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se realizó en el primer semestre de 2023 ciclo de auditorías internas a algunos procesos misionales con el fin de verificar el cumplimiento de requisitos de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 y se generaron los respectivos planes de acción</p> <p>En conjunto con Calidad y SST se realizaron inspecciones de orden, aseo, limpieza, áreas locativas y verificación de uso de elementos de protección personal por parte de los colaboradores.</p> <p>Se realizaron auditorías internas a procesos administrativos y se generaron los respectivos planes de acción</p> <p>RECOMENDACIONES:</p> <p>A través de la ejecución Plan anual de auditorías, se generan las recomendaciones que permiten fortalecer los puntos de control definidos y establecer nuevos controles, como también a la generación de los planes de mejoramiento, los cuales permiten tomar acciones de mejora a los diferentes procesos de la entidad</p> |