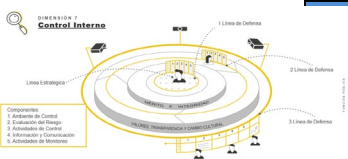


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL DEL SARARE ESE
Periodo Evaluado:	1 de Enero al 30 de junio del 2023



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

76%

**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 del MECI se encuentran integrados en los sistemas de gestión de la Entidad tales como Calidad, Ambiental, Seguridad y salud en el trabajo, así como en las políticas MIPG al igual que la armonización con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, lo cual permite un desempeño integral de los componentes. Se realizan actividades de autodiagnóstico, documentación, planeación, así como la articulación con los Subistemas de administración de riesgos.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta).	Si	Si dado que encuentra presente y funcionando el Sistema de Control Interno, este es pertinente y alineado a la plataforma estratégica, y contribuye al cumplimiento de los objetivos de cada subproceso así como los objetivos de los sistemas de gestión, se realizan con articulación de las tres líneas de defensa controles, evaluación.
¿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	Las líneas de defensa se encuentran definidas y articuladas a la los componentes del sistema dentro de la Política de control interno y de Administración del Riesgo. Desde la alta gerencia se monitorea el cumplimiento de los objetivos y dificultades generadas dentro de las diferentes subgerencia para el cumplimiento de los objetivos institucionales, se fortaleció el formato planes de mejoramiento y seguimiento continuo institucional con las líneas de defensa. La toma de decisiones se procura realizar basada en datos, se articulan los planes de acción a las necesidades de los sistemas de gestión así como a los objetivos institucionales. Se realizan mesas de trabajo, comités institucionales, reuniones de la alta dirección donde de manera estrategia se realiza la gestión del cambio, seguimiento a planes de acción, planes de mejora así como seguimiento a indicadores.

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	85%	<p><b>FORTALEZAS:</b> La alta dirección mediante Resolución N° 012 de 20 de enero del 2023 "por medio de la cual, se establece el procedimiento para la formulación del PAMEC vigencia 2023, se designa el equipo de planeación y liderazgos; y los grupos autoevaluadores de los estándares de acreditación V 3.1 y los adoptados por la Resolución 1328 de 2021, continúa vigente resolución No 22 de Líderes de procesos.</p> <p>Y alta dirección mediante Resolución No 128 Por la cual se deroga la Resolución No 07_A del 2018, se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del Hospital del Sarare ESE, y se dictan otras disposiciones" designó líderes para cada política MIPG asignando rol y funciones.</p> <p>Se desarrollaron en el marco del Sistema de Control interno mesas de trabajo con líderes designados de cada política para revisión de recomendaciones FURAG 2021 y la formulación del plan de acción para la vigencia 2023.</p> <p>La ESE en la presente vigencia inició con la implementación de un tablero de control Gerencial para la toma de decisiones esto permite contar con datos actualizados e indicadores.</p> <p>Se realizó informe semestral de PQRSF, socialización de este ante comité de Ética hospitalaria donde participa representantes de Asociaciones de usuarios. Y se implementó un plan de mejora para la oportunidad de respuesta el cual en el segundo trimestre dio resultado positivo.</p> <p>Se realizó actualización documental la cual se programa para aprobación ante Junta Directiva del mes de agosto de THS-00-R07 Programa de Transparencia y ética empresarial, de acuerdo Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 y del Código de Ética y buen Gobierno DIR-00-M04 en el marco de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> persiste la dificultad de herramientas informáticas pero se generaron espacios con la Junta directiva donde se presentó la necesidad con el compromiso de gestionar contizaciones para evaluar presupuestalmente la posibilidad de acceder a Software.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Realizar cronograma en el marco del Comité de Gestión y desempeño para seguimiento a implementación de las políticas MIPG, estos resultados llevarlos al escenario de comité de Control interno. Fortalecer el seguimiento a los planes de acción así como los planes de mejora.</p>	82%	<p><b>FORTALEZAS:</b> La alta dirección estableció Mediante resolución No. 022 del 2022 por medio de la cual se establece el grupo de planeación y liderazgo del sistema integrado de gestión - SOIG, se definen los roles, funciones y autoridad, se designan a líderes de proceso y de subprocesos, referentes de servicios y/o programas en el hospital del Sarare ESE y viene trabajando de manera articulada con el comité de desempeño institucional de acuerdo a los lineamientos de MIPG se ha venido articulando con los diferentes programas y componentes de los sistemas integrados de gestión de la entidad, es así como también se ha venido trabajado desde el programa de humanización se ha venido fortaleciendo la política de integridad y se han realizado actividades de interiorización integración de los valores y principios en la entidad en concordancia con el código de integridad y el trato humanizado e integrado con las actividades PAMEC.</p> <p>La Gestión estratégica del talento humano se encuentra alineada con los objetivos de la entidad estableciendo la planeación para la vigencia, estableciendo metas y actividades durante la vigencia para asegurar la adecuada administración estratégica del talento humano.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> Se percibe una baja capacidad para el fortalecimiento en las actividades de ambiente de control y no hay herramientas informáticas que apoyen a todos los subprocesos que conlleven a realizarlo de manera automatizada.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Realizar los seguimientos trimestrales de manera articulada (mesas de Trabajo) con los líderes de acuerdo a lo establecido en la adopción de los planes y lo programado encada uno de los mismos.</p>	3%

Evaluación de riesgos	Si	75%	<p><b>FORTALEZAS:</b> La alta dirección junto a líderes realizaron jornadas de trabajo para la actualización del análisis de entorno interno y externo, con el alcance de subsistemas de administración de riesgos. Se desarrolló actualización documental de Se realizó actualización del Manual de Gestión integral de riesgos (DIR-00-M03) por el cual se integran los Subsistemas SICOE y SARLAFT/FPADM el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la Circular Externa 009, Circular externa 2021170000005-5 DE 2021 por la cual se dan instrucciones generales relativas al subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOE). Se realizó seguimiento y monitoreo a los comités institucionales: misionales y administrativos. En los administrativos vienen adelantando la actualización e resoluciones reactivando espacios de participación.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> Se evidencia la necesidad de formación en líderes en la administración y gestión de riesgos. Se ha iniciado con el establecimiento de controles a través del Tablero gerencial pero se requiere fortalecer las actividades de seguimiento, de formulación de planes de mejora en caso de desviarse el indicador.</p> <p><b>RECOMENDACIONES</b> Con la actualización de la documentación relacionada con Sistemas de Administración de riesgos se recomienda continuar trabajando para terminar de documentar, controles estratégicos, controles contables, controles de seguridad de la información, controles de talento humano, controles de proveedores, controles físicos y patrimoniales. Y continuar gestionando herramientas tecnológicas para facilitar las actividades de seguimiento y verificación.</p>	71%	<p><b>FORTALEZAS:</b> Se adelantaron jornadas de capacitación, levantamiento de matrices de riesgos a procesos asistenciales, diseño de controles y gestión en la administración de riesgos en la institución.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> Se observan debilidades en los líderes de la mayoría de los procesos dificultadas para documentar los cambios significativos del entorno (interno y externo) y llevarlos a la herramienta dispuesta por la entidad No se han podido desarrollar actividades de control, debido a la falta de cultura de los líderes frente a los requerimientos de control interno.</p> <p><b>RECOMENDACIONES</b> Continuar con la consolidación y los monitoreos a los riesgos en todos los subprocesos a fin de que cada uno de los procesos adapten completamente la herramienta y halla una cultura de monitoreo permanente para la mitigación de riesgos analizando los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.</p>	4%
Actividades de control	Si	83%	<p><b>FORTALEZAS:</b> Se desarrolló el cronograma del plan de auditoría aprobado ante comité de control interno, se socializan resultados y se formulan planes de mejora. Se evidencian acciones para fortalecer la integración de sistemas de gestión. Se desarrollaron las actividades en el marco del PAMEC con el seguimiento respectivo a los líderes. La metodología del Plan de auditoría es basada en la Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas y su caja de Herramientas, y el Manual de auditorías internas basada en riesgos del departamento administrativo de la presidencia de la república – DAPRE.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> no se evidenció actualización del PETI. Debido a la ausencia de herramientas tecnológicas el ciclo del dato se dificulta generando gran inversión del tiempo de líderes para consolidar datos y disminuyendo los tiempos para los análisis, sin embargo a través de formatos de excel se trata de consolidar la información. Debido a la dimensión de la entidad se evidencian controles implementados pero no documentados lo cual no optimiza su uso a la hora del análisis situacional.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Es fundamental la adquisición de una herramienta tecnológica que permita un monitoreo continuo, contar con una trazabilidad del dato, que permita desde los diferentes líneas de defensa monitorizar y llegar al punto de tomar toda decisión basada en datos. De igual forma se recomienda estructurar procedimentalmente el ciclo del dato en el tema financiero, misional de manera que se pueda contar con responsabilidades claras a la hora de proporcionar datos para la generación de informes.</p>	83%	<p><b>FORTALEZAS:</b> Se actualizaron los planes de acción por procesos y subprocesos con el apoyo del área de planeación y calidad en la institución, mediante la resolución No. 025 del 2022 se aprobaron y articularon planes de trabajo de los subprocesos y se articularon con el PAMEC plane de gestión y desarrollo así como con los objetivos institucionales, los mismos fueron concertando compromisos de desempeño institucional</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> Se realizaron las herramientas y se dispuso la metodología para la programación de actividades sin embargo se evidencia a la fecha de elaboración del informe que existen debilidades para dar cumplimiento con las actividades delegadas a los líderes para el cargo de la información a la carpeta de líderes del sig en cada uno de los subprocesos.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Adquisición de una herramienta que permita llevar un control de las actividades planeadas y la trazabilidad automática de las gestiones que van desarrollando en los procesos y subprocesos a fin de que se consoliden y evidencien de manera automática los avances y cumplimiento de las metas y puedan reprogramarse a tiempo. Realizar mesas de trabajo antes de la terminación del trimestre con el fin de hacer seguimiento e incentivar a que no se queden las actividades programadas sin cumplimiento de acuerdo a lo planeado.</p>	0%
Información y comunicación	Si	54%	<p><b>FORTALEZAS:</b> En la vigencia 2023 se está implementando el Tablero de control gerencial la cual tiene la estructura de responsable, aspecto a evaluar, registro de datos de producción, indicadores de efectividad. Adicionalmente se tiene indicadores de Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en el marco de la Resolución 256, 1552, 408. Además los indicadores financieros los cuales la alta dirección realiza respectivo seguimiento así como la socialización ante la Junta Directiva. Se realizó el proceso de rendición pública de cuentas en los tiempos programados la cual se desarrolló de manera exitosa, la audiencia aumentó considerablemente respecto a la vigencia anterior. Se continúa con un programa radial donde se informa a los grupos de valor externo sobre las actividades del hospital y se tiene la nueva implementación de un Magacín informativo donde de manera mensual presenta noticias y eventos de la institución, además la revista digital informativa.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> no se evidenció actualización del PETI. Se vienen implementando acciones de comunicación pero no se cuenta con la debida estructuración del plan de comunicaciones sin embargo se realizó mesa de trabajo con base a las recomendaciones FURAG y la circular Circular Externa 100-010-2021 de Función Pública Lineamientos lenguaje claro para que Gestión de las TICs estructure adecuadamente el plan de comunicación.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Continuar implementando las diferentes herramientas como programas radiales, revistas digitales, programas magacín a los cuales los líderes informan y comunican las actividades. Se recomienda realizar la publicación de los indicadores de calidad y experiencia, implementar los lineamientos de función pública del lenguaje claro así como actualizar oportunamente la información publicada en la página web institucional. La ESE cuenta con Dinámica Gerencial herramienta tecnológica que consolida el dato tanto misional como financiero por lo cual se recomienda estructurar informes en dicha herramienta para mitigar la dificultad del no contar con software para el manejo del dato.</p>	54%	<p><b>FORTALEZAS:</b> implementación de aplicación informática para indicadores de calidad, seguridad y experiencia en la atención en marco de la resolución 0256 y 1552, así como indicadores de gestión hospitalaria con alimentación desde el Sistema de información dinámica gerencial. Se realizó el proceso de rendición pública de cuentas en los tiempos programados la cual se desarrolló de manera exitosa, aunque se contó con poca audiencia durante la transmisión. Se cuenta con un programa radial donde se informa a los grupos de valor externo sobre las actividades del hospital y se educa en salud a las comunidades de manera permanente.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> La información de los procesos y subprocesos no se encuentra de manera adecuada y comunicada por todos los medios dispuestos y en los tiempos oportunos.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Continuar incentivando a los líderes de los procesos la cultura de la información y la comunicación de las actividades en cada uno de los medios dispuestos por la entidad. Publicar los indicadores de calidad y experiencia en la atención en lenguaje claro y en buena periodicidad a la página web de la entidad. Contar con un sistema de información que integre las demás áreas administrativas que no tienen sistematizados sus procedimientos y armonizarlo con el sistema de información Dinámica Gerencial.</p>	0%

<p style="text-align: center;"><b>Monitoreo</b></p>	<p style="text-align: center;">SI</p>	<p style="text-align: center;"><b>82%</b></p>	<p><b>FORTALEZAS:</b> Segunda línea de defensa a desarrolladoun sistema para el seguimiento y control del modelo de Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, donde se puede identificar las actividades desarrolladas en el marco de la ruta, el porcentaje de cumplimiento, para los cursos de vida de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adultez y Vejez, de cada uno de los ciudadanos que hacen parte de la base de datos DINAMICA con EPS asignada. Reporte de control de calidad de datos diligenciado en la historia clínica, según lo requerido en el informe de adicionales de la nueva EPS. Los informes están en producción. Esto orientado a los servicios prestados en el Primer nivel de atención. En los servicios de la sede principal se cuenta con el tablero de control gerencial.</p> <p>El plan de auditoria se va desarrollando, se realizan seguimiento a informes normativos, se valida la información reportada en casos de No conformidades se realiza el análisis de causas con planes de mejoramiento.</p> <p>Alta dirección expidió la RESOLUCIÓN No. 066 DE 27 DE ABRIL DE 2023 Por medio de la cual se adopta la Política de calidad del dato y gerencia de la información en el Hospital del Sarare ESE. Basado en esta política se estructuraron controles para generación informes RIPS.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> La entidad a pesar de no contar con un Software ha generado herramientas que ya permiten contar con datos, pero no tiene definido procedimentalmente estos controles lo cual genera debilidad para la utilización de estos en las decisiones estrategicas u operativas.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Actualización documental referidada a manuales fundamentales de la ESE donde describa los controles, su monitorización. La segunda línea de defensa actua ante diferentes situaciones pero la trazabilidad aún no esta fortalecida, ya se realizan análisis de riesgos, gestión del cambio, pero se recomienda que la primera y segunda línea de defensa se articule con el fin de optimizar tiempos.</p>	<p style="text-align: center;"><b>82%</b></p>	<p><b>FORTALEZAS</b> Se aprobo por parte del comite de control interno el plan de auditorias y seguimeintos de la vigencia 2022, se priorizaron procesos que no se habian analizado.</p> <p><b>DEBILIDADES</b> La No documentacion y publicacion en los canales dispuestos de los monitoreos realizados por las diferentes lineas de defensa, genera desinformacion que conlleva a que la entidad no cuente con datos y evidencias documentadas que permitan evaluar el diseño y operacion de los controles establecidos para cada uno de los subprocesos.</p> <p>Se han presentado dificultades en el desarrollo del plan de auditorias de la vigencia 2022, los lideres no responden a las solicitudes de informacion por parte de la oficina de control interno.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Mejorar en las actividades de monitoreo y seguimiento y/o supervision acorde con el esquema de lineas de defensa que se han implementado por cada uno de los procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2da línea de defensa, a fin de contar con informacion clara y oportuna para la toma de desiciones, basada en evidencias.</p>	<p style="text-align: center;"><b>0%</b></p>
---	---------------------------------------	---	---	---	---	--