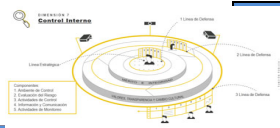


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL DEL SARARE ESE
Periodo Evaluado:	1 de Julio al 31 de Diciembre del 2024



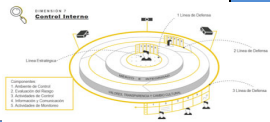
Estado del sistema de Control Interno de la entidad

80%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y ¿es efectivo el sistema de control interno para los objetivos?	Si	Los componentes del MECI se encuentran integrados en los sistemas de gestión de la Entidad tales como Calidad, Ambiental, Gestión documental y seguridad y salud en el trabajo, lass políticas MIPG al igual que la armonización con el Sistema Obligatoria 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 Subsistemas de administración de riesgos, actualización, formulación de comités.
¿Existen debilidades dentro de su Sistema de Control Interno?	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. Se participa de manera continua en espacios institucionales para generar articulación de diferentes procesos así como la integración de las acciones e información optimizando los recursos disponibles.
¿Existen fortalezas dentro de su Sistema de Control Interno?	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. Se generar herramientas de monitoreo y espacios de evaluación del 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 para lo cul se implementan estrategias para mejorar la calidad del dato.

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	89%	<p>FORTALEZAS: La entidad realizó actualizó mapa de procesos y adoptó la gestión por procesos mediante acuerdo de Junta Directiva No 022 del 2024. La entidad realizó actualización de la plataforma estratégica aprobada mediante acuerdo de Junta Directiva No 021 del 2024. Se actualizó la política de Administración y gestión del riesgo a través de la Resolución 205 del 2024. Se evidenció informe gestión la el Plan de acción Política de humanización articulada con la política de integridad con un cumplimiento del 90%. La ESE contó con los espacios institucionales del comité de Gestión y desempeño, comité de Control interno en los cuales se realizaron se desarrolló el ciclo PHVA para las políticas MIPG, se continuó con los líderes referentes de cada política. Se ejecutó el Plan de auditoría para la vigencia 2024 con un 98%, se evidenció el desarrollo del mismo con la publicación de los informes respectivos, se suscribieron los planes de mejora respectivos, dentro del plan de auditoría se incluyó auditoría interna del PTEE y subsistemas de administración de riesgos el cual se socializó ante Junta Directiva del mes de diciembre. Se realizó seguimiento a través de los informes respectivos los cuales se presentan sus resultados ante el comité de control interno, tales informes como; Se realizó seguimiento a mapas de riesgos - Plan Anticorrupción, informe de austeridad del gasto, PQRSF, indicador de satisfacción, y Plan de gestión integral de residuos, seguimiento a la políticas FURAG, Evaluación control interno contable, Informe derechos de autor de software, seguimiento a los planes de acción, evaluación por dependencias, seguimiento a los comités institucionales, informes en el marco del plan de auditorías internas, seguimiento planes, programas, auditoría externas.</p> <p>DEBILIDADES: debilidad en documentar en el seguimiento a los planes de acción, y debilidad en la consolidación de información de planes de mejora de auditorías externas, por lo cual dificulta el seguimiento, rotación o cambios frecuentes de líderes de proceso.</p> <p>RECOMENDACIONES: fortalecer los espacios de socialización e implementación y creación e implementación de metodología de liderazgos de procesos donde asegure el ciclo PHVA.</p>	89%	<p>FORTALEZAS: Se fortaleció el momento de Planeación evidencia de esto se expidió la Resolución No 030 por medio de la cual se aprueban los planes de acción, planes institucionales y Estratégicos de la ESE, se expidió la Resolución No 22 del 26 de enero del 2024 por la cual se definen roles, funciones, autoridad y se asignan líderes de procesos y colideres de procesos misionales, responsables de subproceso y/o sistema, referentes de servicio y/o programas institucional del Hospital del Sarare ESE. Y se expidió Circular interna No 001 desde Gerencia para la designación de roles, funciones y responsabilidades. En el marco de los planes de Acción se contemplaron las políticas MIPG para enmarcar el desarrollo de actividades específicas, se contó con los autodiagnósticos como insumo para dicha planeación, a nivel de dirección se incluyó en el plan de gestión la el Plan de acción Política de humanización articulada con la política de integridad con un desarrollo de actividades mínimo de un 90%. La ESE contó con los espacios institucionales del comité de Gestión y desempeño, comité de Control interno en los cuales se realizaron se desarrolló el ciclo PHVA para las políticas MIPG, se continuó con los líderes referentes de cada política. Se aprobó y publicó el Plan de auditoría para la vigencia 2024, se evidenció el desarrollo del mismo con la publicación de los informes respectivos, se suscribieron los planes de mejora respectivos, dentro del plan de auditoría se incluyó auditoría interna del PTEE y subsistemas de administración de riesgos. Se realizó seguimiento a través de los informes respectivos los cuales se presentan sus resultados ante el comité de control interno, tales informes como; Se realizó seguimiento a mapas de riesgos - Plan Anticorrupción, informe de austeridad del gasto, PQRSF, indicador de satisfacción, y Plan de gestión integral de residuos, seguimiento a la políticas FURAG, Evaluación control interno contable, Informe derechos de autor de software, seguimiento a los planes de acción, evaluación por dependencias, seguimiento a los comités institucionales, informes en el marco del plan de auditorías internas, seguimiento planes, programas, auditoría externas. Se evidenció documentado retro del personal, y desarrollo de actividades para prepensionados.</p> <p>DEBILIDADES: debilidad en documentar las actividades desarrolladas, y en el seguimiento periódico a nivel interdisciplinar de los planes y programas, necesidad de generar el hábito del seguimiento y no solo para los informes normativo o en comités. Los planes de mejora, se evidencia debilidad para la unificación de estos, debido al no contar con un sistema de información genera el uso de archivos de Excel pero su ubicación.</p> <p>RECOMENDACIONES: fortalecer los espacios de socialización e implementación del control interno en primera línea de defensa, desarrollar las actividades de evaluación a proveedores y la necesidad de la actualización del mapa de procesos.</p>	0%
Evaluación de riesgos	Si	82%	<p>FORTALEZAS: Se actualizó la política de administración del riesgo bajo la resolución 205 del 2024 se incluyeron los riesgos Fiscales y seguridad de la información, Definición de responsabilidades desde las tres líneas de defensa y desde los espacios institucionales como son el comité de Riesgos, comité de gestión y desempeño, comité institucional de control interno, Nivel de aceptación de riesgos, Niveles para calificar el impacto. Tratamiento del riesgo. Se desarrolló en el marco de plan de auditoría 2024 auditoría interna al PTEE y de los subsistemas de administración de riesgos y se socializó informe ante junta Directiva. La entidad documentó matriz de riesgos: SICOF, Seguridad Digital Seguridad de la Información, Operacionales, Programa de Transparencia y Ética empresarial, Talento Humano, Riesgos de Corrupción Tecnológicos-Biomédicos, Estratégicos, Cumplimiento, Actuariales, Crédito, Imagen o Reputacional. Comité de administración y gestión del riesgo sesión 2 veces al año, propuso actualización de la política de riesgos e hizo seguimiento a matriz de riesgos.</p> <p>DEBILIDADES: Se evidencia la necesidad de finalizar la caracterización de procesos, para identificar puntos críticos y riesgos, complementando la matriz de riesgos institucional. De igual forma se evidencia debilidad en documentar las acciones emprendidas en diferentes situaciones que pueden generar un valor de aprendizaje para próximas situaciones.</p> <p>RECOMENDACIONES Realizar caracterización de todos los procesos, complementando la matriz de riesgos por proceso.</p>	79%	<p>FORTALEZAS: Se aprobó mediante acuerdo de Junta Directiva No 005 del 2024 El plan de gestión del Gerente de la ESE Hospital del Sarare 2024-2027. Se evidencia implementación de tablero de control gerencial. Junta Directiva realizó Revisión General del Informe Plan de Gestión vigencia 2023, si el director o gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia. De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar la no aplicabilidad de la evaluación del plan de gestión Gerencial 2023. Plan de auditoría se elaboró con la metodología de gestión y administración de riesgos. Se incluyó en el programa plan de auditoría, la auditoría interna del PTEE y de los subsistemas de administración de riesgos la cual se desarrollará en el segundo semestre del 2024. Se planea para la vigencia realizar la actualización de la plataforma estratégica. Se realizó seguimiento y monitoreo a los comités institucionales: misionales y administrativos. Y se realizó seguimiento al plan anticorrupción y matriz de riesgos. La ESE desarrolló actividades de formación continua de gestión y administración de riesgos</p> <p>DEBILIDADES: Se evidencia la necesidad de establecer criterios para la matriz de riesgos de sistemas y procesos, realizando una adecuada interrelación ya que se puede generar duplicidad en la información, de igual forma se evidencia debilidad en documentar las acciones emprendidas en diferentes situaciones que pueden generar un valor de aprendizaje para próximas situaciones.</p> <p>RECOMENDACIONES Realizar la actualización de la plataforma estrategia y acorde a ello la actualización de los mapas de riesgos.</p>	3%

Nombre de la Entidad:		HOSPITAL DEL SARARE ESE				
Periodo Evaluado:		1 de Julio al 31 de Diciembre del 2024				
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad	80%			
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
Actividades de control	SI	88%	<p>FORTALEZAS: Se aprobó mediante acuerdo de Junta Directiva No 12 del 2024 actualización del manual de funciones y Acuerdo No 17 del 2024 por el cual se definen la naturaleza de los empleos de planta del personal. El plan de auditoría anual se realiza basado en riesgos, se realizó un análisis para la priorización. Informe de Auditoría del Programa de Transparencia y ética empresarial y subsistemas de administración del riesgo se socializó ante sesión de diciembre de la Junta Directiva, y se recibieron informes de la vigencia de los oficiales de cumplimiento. Se actualizó comité de control interno institucional mediante expedición de la Resolución No 204 de agosto 2024. Se realizaron los seguimientos respectivos a mapas de riesgo de corrupción, operacionales, seguridad informática, seguimiento a la planeación institucional e indicadores.</p> <p>DEBILIDADES: Se requiere revisar necesidad de actualización de la política de Gobierno digital.</p> <p>RECOMENDACIONES: Es fundamental la adquisición de una herramienta tecnológica que permita un monitoreo continuo y manejar de manera integral el tema de gestión y administración de riesgos. Al contar con la actualización de la plataforma estratégica y mapa de procesos se considera pertinente realizar la caracterización de procesos y de acuerdo a este una nueva actualización de la matriz de riesgos institucional.</p>	83%	<p>FORTALEZAS: Se desarrolló el cronograma del plan de auditoría aprobado ante comité de control interno, se realizó una actualización este incluyendo dos auditorías de obligatorio cumplimiento las cuales fueron Auditoría del Programa de Transparencia y ética empresarial y subsistemas de administración del riesgo, así como Auditoría interna gestión documental. Los informes de auditoría se socializaron ante los líderes y equipo auditado, así como en el comité de control interno y Junta Directiva.</p> <p>Seguimiento cuatrimestral a mapas de riesgo de corrupción, operacionales, seguridad informática. Seguimiento a la planeación institucional e indicadores. Se debe fortalecer el monitoreo con evidencias para ser evaluados por la oficina de control interno.</p> <p>Desde el equipo de talento humano y comisión de personal se han realizado mesas de trabajo para la propuesta de actualización del manual de funciones el cual se proyecta presentar ante la Junta Directiva para la vigencia 2024.</p> <p>Se realizó actualización del comité de gestión y desempeño a través de la expedición de la resolución No 128 del 10/07/2023 en la cual se definieron funciones transversales del MIPG, Funciones relacionadas con gestión de la calidad, gestión ambiental, gestión documental, Seguridad y salud en el trabajo, gestión de seguridad de la información, e inventarios</p> <p>DEBILIDADES: no se evidenció actualización del PETI. Se evidencia necesidad de actualizar la política de riesgos teniendo en cuenta un análisis de contexto actualizado, así como actualizar la política de Gobierno digital.</p> <p>RECOMENDACIONES: Es fundamental la adquisición de una herramienta tecnológica que permita un monitoreo continuo y manejar de manera integral el tema de gestión y administración de riesgos, realizar la caracterización completa de los 18 procesos, matriz de riesgo institucional integral, y actualizar las políticas de riesgos y de gobierno digital.</p>	5%
Información y comunicación	SI	59%	<p>FORTALEZAS: En el marco de la auditoría interna de SIAU se verificó la política de transparencia y acceso a la información, se evidenció ejecución de un plan de mejoramiento el cual evidenció publicación de información en la página web institucional.</p> <p>Se continua en ejecución el plan Estratégico de Tecnologías de la Información. La entidad adquirió un servidor para el almacenamiento de información y desde el sistema de gestión documental se inició a implementar el FUID de documentos electrónicos y se inició la transferencia de información electrónica ya que se cuenta con servidor de almacenamiento.</p> <p>DEBILIDADES: se evidencia debilidad en la socialización de los mecanismos y canales de información se avanzó en los aspectos documentales, se evidencia información publicada en la página web.</p> <p>RECOMENDACIONES: Complementar la caracterización de usuarios o grupos de valor, revisar el estado de actualización de la política de gobierno digital, se requiere adelantar actividades tecnológicas para la modernización de la página web institucional</p>	59%	<p>FORTALEZAS: La entidad formuló el Documento Plan de comunicaciones en el que se incluyó estructura de oficina de prensas comunicaciones, productos y canales, tipos de documentos, criterios para elaboración de documentos, mecanismos para solicitudes, identificación de partes interesadas y necesidades de información y protocolo para el manejo de crisis.</p> <p>En los planes de capacitación se han ido incluyendo temas de riesgos. El ESE producto del plan de mejora generado en el marco de las Auditorías internas de Gestión documental en el cual iniciaron con la implementación de suscripción de actas de transferencia documental.</p> <p>La entidad adquirió un servidor para el almacenamiento de información y desde el sistema de gestión documental se inició a implementar el FUID de documentos electrónicos e iniciarán las transferencias digitales ya que se cuenta con servidor de almacenamiento.</p> <p>Adicionalmente se realizó en la actualización y aprobación de planes la actualización del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.</p> <p>La entidad adquirió un servidor para el almacenamiento de información y desde el sistema de gestión documental se inició a implementar el FUID de documentos electrónicos e iniciarán las transferencias digitales ya que se cuenta con servidor de almacenamiento.</p> <p>DEBILIDADES: se evidencia debilidad en la socialización de los mecanismos y canales de información se avanzó en los aspectos documentales, además se evidencia debilidad en el canal de comunicación de la entidad como lo es la página web, se requiere la migración a metodologías páginas web de TICS.</p> <p>RECOMENDACIONES: Complementar la caracterización de usuarios o grupos de valor, revisar el estado de actualización de la política de gobierno digital, migrar la página web institucional a TICS Ministerio.</p>	0%
Monitoreo	SI	82%	<p>FORTALEZAS: El comité Institucional de Coordinación de Control interno aprobó el plan de auditoría anual el cual se cumplió en un 98%. Se realizó seguimiento a planes, programas comités, mesas de trabajo de acompañamiento.</p> <p>Se atendieron las auditorías externas de entes de control, se han suscrito los planes de mejora y se ha dado respuestas a las solicitudes de manera oportuna. El seguimiento a informes normativos de la ESE se ha realizado a través de metodologías de mesas de trabajo</p> <p>DEBILIDADES: se evidenció debilidad documental no se cuenta con el manual y procedimiento de auditoría interna.</p> <p>RECOMENDACIONES: Generar estrategia para implementación de actividades de auditoría interna concurrente, y documentar el Manual y procedimiento de auditoría interna. Generar espacios de formación para auditores internos, la segunda línea de defensa realizar seguimiento a los planes de mejora en torno a auditorías externas e internas</p>	82%	<p>FORTALEZAS: El comité Institucional de Coordinación de Control interno aprobó el plan de auditoría anual el cual se ha ido desarrollando, en este se incluyó de acuerdo a la metodología de riesgos y priorización de estos la auditoría al Plan de mantenimiento Hospitalario, se continuó con plan de auditoría incluyendo dos normativas como son Gestión documental como requisito del Archivo general de la Nación y auditoría del Programa de transparencia y ética empresarial y subsistemas de administración del riesgo respondiendo a diferentes circulares de la Supersalud.</p> <p>Se ha realizado seguimiento a los planes, programas así como a los comités institucionales, se han desarrollado mesas de trabajo donde se socializan los informes de seguimiento y en las cuales se generan correctivos o planes de mejora. Se ha brindado constante acompañamiento a líderes segunda línea de defensa.</p> <p>Se han atendido las auditorías externas de entes de control, se han suscrito los planes de mejora y se ha dado respuestas a las solicitudes de manera oportuna.</p> <p>El seguimiento a informes normativos de la ESE se ha realizado a través de metodologías de mesas de trabajo</p> <p>DEBILIDADES: a través del tiempo se han suscrito planes de mejoramiento en el marco de auditorías externas, internas, y demás espacios pero al no contar con un sistema de información se ha generado multiplicidad de archivos, al no contar con un sistema automático de alertas para los plazos de cada actividad se genera dificultad en los seguimientos así como en la ejecución de estos. Adicionalmente no es posible garantizar una adecuada trazabilidad.</p> <p>RECOMENDACIONES: Generar espacios de formación para auditores internos, la segunda línea de defensa realizar seguimiento a los planes de mejora en torno a auditorías externas e internas, unificar criterios para organizar los registros de planes de mejora.</p>	0%