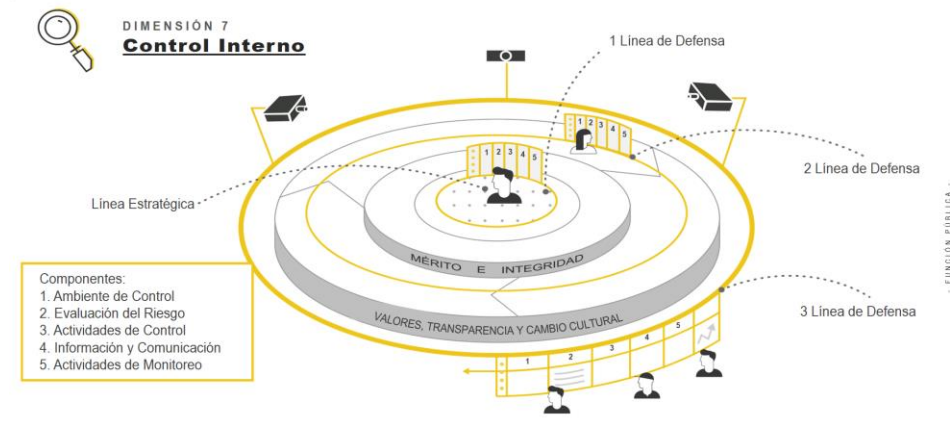


| | |
|-----------------------|---|
| Nombre de la Entidad: | HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II DE SAN JUAN DEL CESAR LA GUAJIRA |
| Periodo Evaluado: | ENERO-JUNIO DE 2024 |



| | |
|---|-----|
| Estado del sistema de Control Interno de la entidad | 85% |
|---|-----|

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 | El SCI que opera en la institución opera de acuerdo a la metodología emitida por el DAFP, desarrollando los 5 componentes de manera integrada, con el propósito de cumplir la planeación estratégica, objetivos y metas propuestos, fortaleciendo y actualizando la estructura de acuerdo a lineamientos nacionales. |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta): | Si | El SCI que se implementa en la institución se define como efectivo, debido a que existe un trabajo articulado entre las diferentes líneas de defensa y la ejecución de cada componente, apuntando al cumplimiento de los objetivos. Ambiente de control: compromisos y protocolos éticos, desarrollo de talento humano. Evaluación al Riesgo: identificación, valoración y evaluación del riesgo. Actividad de Control: políticas, procedimientos, manuales indicadores. Info y comunicación: tipos de información, canales de información y Actividad de monitoreo: autoevaluaciones, evaluaciones, auditorías y planes de mejoras. |
| 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 | La E.S.E. Hospital San Rafael Nivel II con una línea de defensa definida con sus funciones de acuerdo a la normatividad legal vigente, identificada por los líderes de áreas, la oficina de planeación, la oficina de control interno, la alta dirección y los diferentes comités institucionales como el de control interno, de gestión y desempeño, de contratación, de conciliación, de calidad, de ética, de cartera, facilitando la identificación de riesgos y definición de acciones de control de forma oportuna evitando que se materialice riesgos. |

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente | Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas | Nivel Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior | Avance final del componente |
|---------------------|---|----------------------------------|---|---|--|-----------------------------|
| Ambiente de control | Si | 83% | En la institución en el primer semestre del 2024 se ha venido desarrollando la sensibilización de la integridad, y la medición de la precepción la cual obtiene un puntaje de muy alto, con un excelente trabajo se reflejando la integridad en el actuar de los servidores públicos. Como también se realiza seguimiento por parte de la primera línea de defensa de la PQRSDF, sostenido por planes de mejoramiento. En la institución se mantiene la política de seguridad, confidencialidad, privacidad de la información y protección de los datos y la política comunicación y transparencia de la información, la cual es socializada y evaluada por medio de indicadores por parte de planeación estratégica de la segunda línea de defensa. La política de administración al riesgo se encuentra en proceso de actualización de acuerdo a lineamientos de la superintendencia de salud. Cabe resaltar que el plan de Gestión de Talento Humano fue socializado ante comités y aprobado, se encuentra en implementación y seguimiento. El plan de auditoría los servicios de los usuarios por medio de la gestione las PQRSDF de las cuales se generan acciones de mejoras, como también la evaluación constante de la at | 92% | En la ESE Hospital San Rafael Nivel II, se encuentra activo y funcionando el componente ambiente de control, debido a que desde la alta dirección se encuentra adoptada la política de administración al riesgo, la cual se centra en la implementación de la metodología de administración al riesgo establecida por el DAFP; fundamentada en el diseño y cumplimiento de el plan de auditoría basada en riesgo a cargo del área de control interno como tercera línea de defensa, quien evaluar las áreas con respecto al desempeño de las políticas de MIPG, para ser socializado ante el comité institucional de control interno y así obteniendo un ambiente se evaluación y control permanentemente. Aspectos para mejorar mayor seguimiento a los contratistas en el cumplimiento de sus funciones como la activación de comités administrativos. | -8,7% |

| | | | | | | |
|----------------------------|----|-----|--|-----|--|------|
| Evaluación de riesgos | Si | 84% | <p>En E.S.E. Hospital San Rafael Nivel II se tiene una planeación estratégica, permitiendo diseñar planes operativos las cuales se les realiza seguimiento por la segunda línea de defensa, reportada a Dirección por medio de comités, también se diseña y se define un presupuesto anual. La política de administración al riesgo se encuentra en proceso de actualización de acuerdo a lineamientos de la superintendencia de salud y Departamento Administrativo de la Función Pública. Pero cabe tener en cuenta que se encuentra definido un Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, evaluando el entorno interno y externo, la posible materialización de riesgos.</p> | 96% | <p>En la institución se encuentra estructurado el proceso de planeación estratégica la cual se encuentra a cargo de la alta dirección, y se fundamenta en el desarrollo de un plan de gestión el cual es evaluado cada dos meses por medio de sus indicadores; dentro del proceso de planeación estratégica también se evalúa la plataforma estratégica trimestralmente que comprende el seguimiento al cumplimiento de los planes y políticas institucionales. Cabe tener en cuenta que dentro de las políticas evaluadas está la de administración al riesgo la cual esta sujeta al diseño e implementación del mapa de riesgo de corrupción y el mapa de riesgo institucional, donde se evalúan los riesgos de los procesos internos o tercerizados para diseñarle su acción de control; los cuales son evaluados cuatrimestralmente y presentados al Comité Institucional de Control Interno.</p> | -12% |
| Actividades de control | Si | 88% | <p>En la institución se mantiene su organigrama y manual de funciones acuerdo a la normatividad vigente aplicable, en el cual se define funciones y responsabilidades a los diferentes cargos. Al igual cuando se requiere la realización de una actividad específica que no se contempla en el manual de funciones se realiza la contratación de personal, que esta sujeto a un estatuto y manual de contratación. Cabe tener en cuenta que en la institución se requiere una evaluación de carga laboral para la distribución de funciones de mayor efectividad. En la ESE cabe resaltar que las auditorías integrales están enfocada en los diferentes sistema de gestión, calidad, control interno, ambiental, seguridad y salud en el trabajo y de acreditación. Como control de la tecnología de la información se implementa la política de seguridad, confidencialidad, privacidad de la información y protección de los datos y la política comunicación y transparencia de la información, las cuales son evaluadas perenemente por la segunda línea de defensa, y la tercera línea de defensa realiza seguimiento en el control de riesgos identificados tanto internos como externos. En la ESE se encuentran definidos los procesos y procedimientos y en base a eso se realiza el diseño de la política de administración al riesgo y al control de los posibles riesgos que se pueden materializar, actualmente se encuentra en actualización debido a nuevos lineamientos.</p> | 96% | <p>En la ESE se encuentra diseñado un manual de funciones el cual se implementa, pero es necesario realizar un estudio de carga laboral para segregarse funciones y mitigar los riesgos de errores. En la institución se cuenta con un plan de auditoría integral, donde interviene diferentes sistemas como SCI, SGA, SGSST y SGC, que funcionan de manera integral. Con respecto al componente de TI actualmente se están implementando dos políticas institucionales como la política de comunicación y transparencia de la información pública y la política de seguridad, confidencialidad, privacidad de la información y protección de datos, esto con el fin de implementar controles ante presuntamente riesgos, complementado con el diseño del mapa de riesgo institucional donde se toman todos los procesos de la institución para identificar los riesgos materializados y potenciales y así diseñar su acción de control.</p> | -9% |
| Información y comunicación | Si | 82% | <p>En la E.S.E. se diseñaron las políticas de seguridad, confidencialidad, privacidad de la información y protección de los datos; y la de comunicación y transparencia de la información, las cuales son evaluadas y medidas trimestralmente por la segunda línea de defensa, debido a que se considera una fuente amplia de datos tanto interna como externa las cuales son procesadas por medio de un software Rfast para el cumplimiento de objetivos y programas. Y con el propósito de minimizar la probabilidad de materializarse algunos riesgos relacionados a la información posee diseñado el Manual de seguridad de la información y manual de comunicaciones. Como también la institución posee diversos canales de información externos e internos que permiten que la información sea de forma transversal desde la alta dirección a todos sus servidores; como también gestionar las PQRSD presentadas ante la institución.</p> | 82% | <p>La entidad con el propósito de implementar el componente de información y comunicación ha diseñado e implementado manual de seguridad y comunicación, política de comunicación y acceso a la información pública, y política de seguridad, confidencialidad, privacidad de la información seguridad y protección de datos. Estas políticas están enfocadas en el debido procesamiento y custodia de información suministrada por los procesos internos de la institución y los usuarios, en brindar unos canales de información internos y externos que cumplan con las expectativas de nuestros clientes y funcionarios; teniendo en cuenta que estas políticas son evaluadas y socializadas antes los respectivos comité con el fin de desarrollar oportunidad de mejora.</p> | 0% |
| Monitoreo | Si | 86% | <p>Anualmente se diseña plan de auditoría integral donde interviene Control interno, calidad, gestión ambiental y seguridad y salud en el trabajo, es aprobada en comité institucional de control interno, y al ser efectuada se genera informe que contempla las acciones de mejora a tomar, las cuales son monitoreada por cada responsable de auditoría para su cumplimiento. El proceso de monitoreo está definido según responsabilidades y funciones de las líneas de defensas identificadas en la institución. En la E.S.E. se reciben contantemente auditorías externas por EAPB, como de entes de control de las cuales se emiten informes y se definen planes de mejoras, a los cuales se les realiza seguimiento y monitorea al cumplimiento de las acciones de mejoras suscritas. Al igual a los procesos tercerizados son objeto de auditoría y seguimiento por parte del área de las diferentes áreas, como también por parte de los supervisores con el propósito de minimizar la probabilidad que se materialice algún riesgo. En la entidad es evaluada los servicios de los usuarios por medio de la gestione las PQRSD de las cuales se generan acciones de mejoras, como también la evaluación constante de la atención al cliente.</p> | 86% | <p>En la institución se el área de control interno diseña un plan de auditorías, el cual es expuesto ante el comité institucional de control interno y aprobado por el mismo para su implementación, este plan se realiza basado en el riesgo es decir, con el fin de realizar detección de desviaciones que puedan permitir materializarse el riesgos en las diferentes áreas de la institución y teniendo en cuenta auditorías externas. Al implementar las auditorías y detectadas las desviaciones se diseña un plan de mejoramiento permitiendo diseñar acciones de oportunidad de mejora a las cuales se les realiza seguimiento periódicamente y son reportadas ante la alta dirección.</p> | 0% |