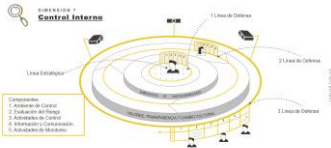


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II DE SAN JUAN DEL CESAR LA GUAJIRA
Periodo Evaluado:	JULIO -DICIEMBRE DE 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

96%

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	Se evidencia en la vigencia 2024 que los componentes del Sistema de Control Interno funcionaron de manera conjunta e integrada, obteniendo un resultado optimo, enfocado en las oportunidades de mejora y estructurado bajo los lineamientos de la líneas de defensa.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El sistema de control interno de la institución es efectivo debido a que se evidencio un cumplimiento en los objetivos y metas establecidos en los planes, programas y proyectos de la E.S.E. Hospital San Rafael Nivel II.
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 E.S.E. se encuentran definidas las diferentes líneas de defensas por medio de acto administrativos en el marco del Modelo Integral de Planeacion y Gestión, donde se definieron responsabilidades y funciones claras y precisas, con relacion al tratamiento y gestion de los riesgos identificados en los procesos, de corrupcion y de salud.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel Cumplimiento de componente	Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel Cumplimiento de componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	98%	Fortaleza: En la E.S.E. Hospital San Rafael Nivel II se mantiene durante la vigencia 2024 un ambiente de control mediante; la sensibilización e implementación del código de integridad, el cual es reflejados en la evaluación de la percepción de la integridad con un 92%; el cumplimiento de la ley de transparencia y acceso de la información pública medida mediante el índice de transparencia con un 100% de cumplimiento; la actualización, socialización e implementación de la política de administración al riesgo, asignado responsabilidades mediante líneas de defensa. Debilidades: No existe una oportunidad en el proceso de seguimientos a los contratistas, por lo tanto se recomiendo definir lineamiento y formato; como también.	83%	En la institución en el primer semestre del 2024 se ha venido desarrollando la sensibilización de la integridad, y la medición de la percepción 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 PQRSD, 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 PQRSD de las cuales se generan acciones de mejoras, como también la evaluación constante de la at	14,9%
Evaluación de riesgos	Si	99%	Fortaleza: En la institución se actualizo, implemento y evaluó la política de administración al riesgo mediante los mapas de riesgos por procesos, de salud y de corrupción, el cual tuvo un cumplimiento de las acciones de control de un 97%, teniendo en cuenta cambios internos y externos y un alcance transversal. También en la vigencia evaluada se diseñó, implemento y evaluó la plataforma estratégica con un porcentaje de cumplimiento superior a 80%. Debilidad: Falta de oportunidad en la realización de actividades establecidas en los programas, planes y proyectos de la institución.	84%	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.	15%

<p>Actividades de control</p>	<p>Si</p>	<p>96%</p>	<p>Fortaleza: En la E.S.E. se segregó las responsabilidades de control de riesgo basándose en las funciones establecidas en el manual de funciones, de acuerdo a los procesos que se desarrollan en funcionamiento de la institución; en la vigencia 2024 se diseñó e implemento actividades para la Acreditación en salud logrando un resultado superior; se ha implementado la política de seguridad digital, implementando sistemas de protección de la información cambiando el servidor y diseñando restricciones al acceso de la información en el software Rfast; se han actualizado y mejorado los procesos institucionales logrando un mejoramiento en el fortalecimiento institucional. Debilidades: No existe una oportunidad en el proceso de seguimientos a los contratistas, por lo tanto se recomienda definir lineamiento y formato; como también.</p>	<p>88%</p>	<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>	<p>8%</p>
<p>Información y comunicación</p>	<p>Si</p>	<p>95%</p>	<p>Fortaleza: En la institución se diseñó, implementó y se le hizo seguimiento el PETIT en un 100%, existe un sistema de información interno de forma transversal donde se da a conocer los objetivos, Metas y estrategias institucionales, también existe un sistema de información externa como la página web con puntaje de índice de transparencia de 100%, la E.S.E. contemplo en la vigencia 2024 los canales de comunicación como boletines de prensa, redes sociales, carpetas institucionales de WhatsApp, pagina web, programa radiales, carteleras informativas, entre otros; como los de presentación de PQRSDF, las cuales son tratadas y gestionadas oportunamente en más del 90%. Se capacito al personal de la institución sobre trato digno, humanizado con enfoque intercultural e inclusión de género. Debilidades: No se evidencia protección a la información generada de los procesos administrativos.</p>	<p>82%</p>	<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 PQRSDF presentadas ante la institución.</p>	<p>13%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>Si</p>	<p>95%</p>	<p>Fortaleza: En la E.S.E. Hospital San Rafael Nivel II se diseño e implemento plan de auditoria del area de control interno y calidad, del cual fue desarrollada a mas de un 70%, estas evaluaciones fueron socializadas en los diferentes areas y dependencias, tambien se verificó el cumplimiento de las diferentes acciones de control asignadas líneas de defensas de acuerdo a su responsabilidades y funciones. Debilidades: Falta de oportunidad en la realización de actividades establecidas en los programas, planes y proyectos de la institución.</p>	<p>86%</p>	<p>Anualmente se diseña plan de auditoria 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 auditoria 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 auditorias 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 auditoria y seguimiento por parte del área de las diferentes areas, 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 PQRSDF de las cuales se generan acciones de mejoras, como también la evaluación constante de la atención al cliente.</p>	<p>9%</p>