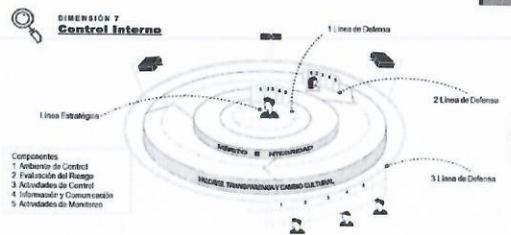


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.
Periodo Evaluado:	ENERO - JUNIO/2020



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

--	--

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	Se puede decir que los componentes algunos están en proceso, porque como se están volviendo a redistribuir liderazgos entre el personal nuevo que ha ingresado, y se tiene planteado realizar capacitaciones sobre MIPG a todos los funcionarios y especialmente a los que están ubicados en la 2da línea de defensa, para que así dichos líderes puedan entender de qué se trata este modelo, en este momento solo 3 personas cuenta con un conocimiento mínimo de dicho proceso, lo cual hace que el trabajo se vaya realizando de una manera no muy rápida, ya que no es posible avanzar como no lo exigen los entes de control, en lo referente a la implementación. La alta rotación de personal y la poca colaboración de administraciones pasadas han ocasionado que se presenten estas dificultades en cuanto a la implementación, ya que todos lo ven desde el punto de vista que es responsabilidad del área de control interno la implementación del sistema. Como también por ser una institución de primer nivel con pocos funcionarios en la segunda línea de defensa deben realizar múltiples funciones e implementar diferentes sistemas, programas, reportes de informes periódicos que cada día solicitan los entes de control por lo tanto se hace un poco más complejo avanzar en en todos a la vez.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	No es efectivo debido a que no se tienen definidas la 2da línea de defensa, adicional a esto falta mucho compromiso de los colaboradores de la institución, lo cual evidencia que en la entidad se realizan muchas cosas, las cuales no quedan documentadas, y a la hora de evaluarlas no se cuentan con las evidencias como soporte legal, lo cual dificulta demostrar ante las entidades que se están haciendo las actividades y/o procedimientos, esto conlleva a que el área de control interno cuando realiza los seguimientos, monitoreo, revisiones, encuentre muy pocos soportes para sustentar ante entes de control lo que se pide. Siendo esta una dificultad desde la definición del rol de la implementación de este ya que no se cuenta con una persona que oriente, consolide y monitoree el MIPG
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):	No	Para este periodo de Enero - Junio/2020, al inicio de año se presentó rotación de personal, no se contó con el debido apoyo de la alta dirección, para el mes de Abril/2020, se inicia con una nueva administración y con algunos líderes nuevos, lo cual hace que se tengan que definir nuevos roles en los diferentes líderes de procesos, adicional a esta situación con el motivo de la pandemia hay líderes que no están laborando presencial si no de manera remota, lo cual dificulta llevar a cabo algunas actividades. Se está en la organización de un equipo de trabajo para que así se definan los responsables de las líneas de defensa, y así mismo poder asignar tareas y responsabilidades a cada uno, lográndose realizar dicha actividad se lograría mejorar notablemente la eficiencia del sistema de control interno, ya que es difícil hacer seguimientos y monitoreo cuando no se cuenta con documentación y apoyo por parte de las 2da línea de defensa, teniendo en cuenta la dificultad en la rotación de personal más por el área asistencial la cual son la mayoría de funcionarios de la segunda línea de defensa.

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	No	46%	<p>Debilidades: **No se tienen bien claras y definidos los funcionarios responsables de las líneas de defensa. **Falta más divulgación, evaluación y seguimiento a la operatividad del código de integridad. **No están documentados los riesgos de corrupción. **No se cuenta con políticas claras relacionadas con la responsabilidad de cada funcionario en el desarrollo y mantenimiento del control interno (1ra línea de defensa). **Falta de compromiso de las áreas al momento de alimentar información para la construcción del plan de capacitaciones. **Falta de compromiso de los líderes de procesos en el momento en que los entes de control externo solicitan información para ser enviada. Fortalezas: La entidad se encuentra definiendo con la nueva admiración responsabilidades en las líneas de defensa, principalmente en la 2da línea. **Se cuenta con el compromiso de la Gerencia para apoyar en los avances de MIPG. **Los integrantes del C.C.C.I. cuentan con toda la disposición y compromiso para desde ahí realizar todos los ajustes que son necesarios para que los procesos funciones como deben ser.</p>	40%	<p>**Fortalecer la implementación de la Planeación Táctica del talento humano, mejorar la estructura del componente financiero del programa de capacitación, Seguridad y Salud en el Trabajo, acorde con la disponibilidad de recursos. **En la Institución se adoptó mediante Resolución el Código de Integridad y fue socializado con todos los funcionarios, con el fin de dársele a conocer y que lo interioricen en cada uno de sus puestos de trabajo. El área de Planeación deberá estar realizando actividades permanentes sobre los principios y valores éticos para todos los funcionarios de la E.S.E. **La Institución cuenta con la metodología para la evaluación del desempeño laboral de la Comisión Nacional del Servicio Civil y se hace necesario realizar la evaluación dentro de los términos establecidos, comunicar los resultados y elaborar los planes de mejoramiento individual. **La organización debe implementar estrategias pedagógicas y comunicativas para reforzar el tema de la humanización y la responsabilidad que todo servidor público tiene con la comunidad y partes interesadas. **Los directivos de la organización deben motivar a los equipos de trabajo a que adopten los valores institucionales y se comprometan con el logro de los resultados. Igualmente tener la habilidad de dirigir y aconsejar a los servidores del equipo de trabajo, para anticipar y gestionar los problemas y dificultades en el desempeño de sus labores con el fin de demostrar el compromiso hacia la mejora continua y la innovación orientada a cumplir los objetivos propuestos. **Aún continúa sin activar el Link de "Quejas y Reclamos" en la página web.</p>	6%
Evaluación de riesgos	No	43%	<p>Debilidades: **No se cuenta con una política de riesgos actualizada por lo tanto la matriz de riesgos que se tiene cambiara en el momento que esta política se actualice. **La 2da línea de defensa no consolida información frente a la gestión del riesgo. **Los líderes de procesos no le dan la importancia a las auditorías que realiza control interno, por tal motivo no cumplen en un 100% los planes de mejoramiento suscritos. **No se realiza un análisis por parte de la alta dirección sobre el impacto que causa los cambios en los niveles jerárquicos y organizacionales en la entidad. Fortalezas: Se cuenta con un manual de funciones donde se encuentran segregadas las funciones en diferentes personas para reducir el riesgo. **Se cuenta con una matriz de riesgos donde se tienen identificados los controles para la mitigación de estos. **Se realizan auditorías periódicas a los procesos y los informes se socializan con la Gerencia para que se tomen decisiones. **Se realiza evaluación a proveedores de manera semestral. Se realizan 2 al año al área jurídica.</p>	42%	<p>**Programar la actualización del Mapa de Riesgos de acuerdo a la nueva versión expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y sensibilizar a los líderes sobre el permanente seguimiento y evaluación de los riesgos de los procesos institucionales, depurando riesgos que permitan contar con un mapa mucho más efectivo y ajustado a las actividades de las caracterizaciones. ** Actualizar la política de administración del riesgo, acorde con los objetivos estratégicos de la entidad, a fin de tener insumos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. ** En la actualización del Mapa de Riesgos la entidad debe unificar los riesgos por proceso, los riesgos de corrupción y los riesgos de seguridad del paciente, con ello se asegura un efectivo seguimiento y control.</p>	1%
Actividades de control	No	44%	<p>Debilidades: **No se les realizan actividades de control a los proveedores de tecnología cuando nos presentan sus servicios. **No se cuenta con una matriz donde se tengan plasmados los roles de los usuarios. **Control interno no cuenta con insumos de control a proveedores para poder evaluar posibles riesgos que se mitigan. Fortalezas: **Se cuenta con un cronograma donde se tienen las fechas definidas para la presentación de informes a entes de control, al cual se le hace seguimiento por parte de control interno y se solicitan soportes de envío. **Se cuenta con un proveedor el cual se es el encargado de cubrir la falta de talento humano en las diferentes áreas cuando se presentan falencias en los servicios.</p>	42%	<p>**La institución cuenta con el modelo de operación por procesos, en el cual se determinan las interacciones entre los diferentes procesos de la entidad. **Las políticas de operación están inmersas en los procedimientos establecidos por cada proceso. **Aún no se han definido controles en materia de Tecnologías de Información y Comunicación. **Cada procedimiento establecido en la organización tiene inmerso los controles a los riesgos, los cuales se comprueban por medio de la auditoría interna.</p>	2%
Información y comunicación	Si	50%	<p>Debilidades: **La institución no ha implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos de la información. ** Los canales de comunicación interno no son evaluados para verificar si son apropiados y efectivos. **No se cuenta con una política de operación. **Las áreas de la entidad no le prestan la importancia a la página web para publicar las actividades relevantes en cada área. **No se cuenta con un procedimiento que evalúe la efectividad de los canales de comunicación externa. Fortalezas: **La institución cuenta con un software integrado el cual permite la captura de datos para la generación de diferentes informes, según su parametrización. **Se tienen definidos los niveles de autoridad y responsabilidad. **Se cuenta con una oficina del SIAU y con buzón de sugerencia para que los usuarios internos y externos denuncien irregularidades en los diferentes servicios. **Se cuenta con un área de ventanilla única que es donde se radica toda la información que ingresa y sale del hospital. Se cuenta con página web.</p>	41%	<p>**De conformidad con el artículo 9 Ley 1712 de 2014, la Institución debe publicar y mantener actualizada en su página Web. **De conformidad con el artículo 11 Ley 1712 de 2014, la Institución debe publicar y mantener actualizada en su página Web. **Agilizar la puesta en marcha de la página web institucional, para brindar la transparencia en la información y la comunicación a los usuarios y partes interesadas. **Una vez se actualice la página web, establecer la estrategia de Gobierno Digital, de acuerdo a los plazos establecidos por la normatividad legal vigente. **Colocar en funcionamiento el Link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias, a través de la página web.</p>	9%
Monitoreo	No	48%	<p>Debilidades: **Los líderes de los procesos no le dan importancia a las auditorías internas que realiza control interno, esto se evidencia cuando se realizan los seguimientos a los planes de mejoramiento internos suscritos. **No se cuentan con procedimientos de monitoreo continuo para que sean ejecutados por los líderes de procesos. **No se cuenta con una política que establezca como reportar deficiencia de control interno en el monitoreo continuo. Fortalezas: Se cuenta con un plan anual de auditorías el cual de aprobado por el C.C.C.I. **Se cuenta con certificación externa de ICONTEC. ** Se tienen suscritos planes de mejoramiento con entes de control, estos hacen que logremos mejorar en las falencias que ellos detectan. ** Se evalúa la información suministrada por los usuarios a través de las PQRD a través del comité de calidad con el fin de dar respuesta oportuna y mejorar los procesos de los cuales se quejan.</p>	39%	<p>**Fortalecer el autocontrol, autorregulación y autogestión en la Institución, desde la misma elaboración de Planes de Mejoramiento, tanto internos como externos, y su posterior cumplimiento dentro de los plazos establecidos; contribuyendo así con el mejoramiento continuo del Hospital. **Se requiere hacer efectiva la implementación y cumplimiento de Planes de Mejora individuales y por proceso derivados de las Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, que llegan a la Entidad, tanto internas como externas. **Producto de la auditoría interna de la vigencia 2019 se suscribieron cinco (5) planes de mejoramiento por los líderes de proceso, a los cuales de acuerdo con el tiempo de ejecución programado, se les realizó el respectivo seguimiento y evaluación, y se pudo concluir que de nueve (9) hallazgos, solo se cerraron tres (3) quedando abiertos seis (6) los cuales los líderes de procesos no los alcanzaron a cerrar por diferentes situaciones, las cuales quedaron plasmados en los seguimientos y cierre de estos.</p>	9%