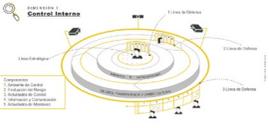


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL DEL SARARE ESE
Período Evaluado:	1 de Enero al 31 de diciembre del 2023
Estado del sistema de Control Interno de la entidad	78%



**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, Gestión documental y seguridad y salud en el trabajo, lass políticas MPG 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 Subistemas de administración de riesgos, actualización, formulación de comités.
¿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. 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.
¿La empresa 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. 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 contínuo institucional con las líneas de defensa. La toma de decisiones se procura realizar basada en datos para lo cual 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><b>FORTALEZAS:</b> Se realizó actualización del Manual de Gestión integral de riesgos (DIR-00-M03) por el cual se integran los Subistemas SICOFF y SARLAFT/FPADM el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Superintendencia en la Circular Externa 008, Circular externa 2021170000005-5 DE 2021 por la cual se dan instrucciones generales relativas al subistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOFF) y la actualización del programa de Programa de Transparencia y ética empresarial, de acuerdo Circular Externa 202215100000053-5 de 2022 y del Código de Ética y buen Gobierno DIR-00-M04 en el marco de la Circular Externa 2021170000004-5 de 2021 se crearon los canales de recepción de denuncias el cual es a través de la página web y del correo electrónico. Dichos documentos se aprobaron mediante acuerdos de Junta Directiva No 07 y 08 del 2023, se realizó socialización de dichos documentos ante el comité de Sostenibilidad contable, Control interno. Se realizó la primera auditoría interna del PTEE y Subistemas de administración de riesgo, por lo anterior se puede evidenciar un avance en el aspecto documental.</p> <p>Se desarrollaron espacios de formación continua con líderes de subprocesos funcionarios en general para fortalecer la primera línea de defensa. Se desarrollaron las actividades de verificación y seguimiento a través de los informes de: Austeridad al gasto, PQRSF, PQRASA, Plan anticorrupción, seguimiento mapa de riesgos de corrupción, seguimiento a comités institucionales, seguimiento a planes de mejora auditorías externas, e informes respectivos anuales.</p> <p>Se fortaleció la implementación de las Políticas MPG, realizando actualización del comité a través de Nueva Resolución 128 de julio 2023 donde se designó líder para cada política, se establecieron funciones de dichos líderes y organización de la periodicidad y funcionamiento del comité.</p> <p>Mediante resolución No 141 del 27/07/2023 se creó el comité de Gestión integral de riesgos, al cual es el encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión del riesgo del Hospital del Sarare ESE.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> Se evidencia debilidad en el desarrollo de actividades de liderazgo de líder de subproceso, todos los subprocesos deben contar con un plan de acción con su debido seguimiento, Se evidencia documental el retro del personal, y fortalecer la cobertura de Gestión estratégica del talento humano independiente del tipo de contrato o modalidad.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Se recomienda fortalecer los espacios de socialización e implementación del control interno en primera línea de defensa, se requiere incluir en el plan de acción de Gestión estratégica del talento humano actividades de Retro de personal, y fortalecimiento capacitación y evaluación de contratistas. Desarrollar actividades de evaluación proveedores.</p>	86%	<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 formación 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. 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 MPG 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 202215100000053-5 de 2022 y del Código de Ética y buen Gobierno DIR-00-M04 en el marco de la Circular Externa 2021170000004-5 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 cotizaciones para evaluar presupuestalmente la posibilidad de acceder a Software.</p>	3%
Evaluación de riesgos	Si	79%	<p><b>FORTALEZAS:</b> Mediante resolución No 141 del 27/07/2023 se creó el comité de Gestión integral de riesgos, al cual es el encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión del riesgo del Hospital del Sarare ESE. Mediante comité de Control interno se realizó seguimiento a: plan de mejora sistema institucional control interno, seguimiento plan anticorrupción, informe austeridad al gasto con medidas tomadas por segunda línea de defensa, seguimiento a políticas MPG. Mediante acuerdo de junta directiva No 008 POR MEDIO DE LA CUAL SE APRUEBA LA ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y SE REALIZA DESIGNACIÓN DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE LOS SISTEMAS SARLAFT/FPADM, SICOFF DE LA ESE HOSPITAL DEL SARARE En el manual se definen la autoridad y responsabilidad en la gestión del riesgo; junta directiva, comité de Gestión integral de Riesgos, funciones del Representante legal, Unidad de Gestión del riesgo, Oficial de cumplimiento o persona encargada por entidad en la ejecución del SICOFF, Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SARLAFT/FPADM, Requisitos del oficial de cumplimiento para el SARLAFT/FPADM, elementos del sistema de Gestión integral de riesgo SIGR, políticas institucionales (Políticas de manejo de efectivo), Requisitos administrativos, políticas operativas, políticas documentales, lineamientos generales del SIGR (Políticas de manejo de efectivo). 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><b>DEBILIDADES:</b> Se evidencia la necesidad de optimizar los espacios institucionales creados como comités para generar acciones con mayor impacto, analizar datos y realizar un seguimiento más definido a los planes de mejoramiento.</p> <p><b>RECOMENDACIONES</b> Con base a la información documental aprobada mediante acuerdo de Junta Directiva realizar la gestión de la formación de los oficiales de cumplimiento del PTEE, SARLAFT así como realizar seguimiento y actualización de la matriz.</p>	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 subistemas 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 Subistemas SICOFF y SARLAFT/FPADM el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Superintendencia en la Circular Externa 008, Circular externa 2021170000005-5 DE 2021 por la cual se dan instrucciones generales relativas al subistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOFF). 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</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 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><b>DEBILIDADES:</b> 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><b>RECOMENDACIONES:</b> 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 TB procesos, matriz de riesgo institucional integral y actualizar las políticas de riesgos y de gobierno digital.</p>	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 monitorear 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>	0%
Información y comunicación	SI	55%	<p><b>FORTALEZAS:</b> Se realizó auditoría interna de SIAU, solicitando la suscripción del plan de mejora, socializando los resultados ante el comité de control interno. Se definió documentalmente una Línea de ética empresarial a través de un correo electrónico y un link de encuesta esta última no se evidenció publicada en la página web de la institución. En cumplimiento del Manual de administración de Riesgos aprobado mediante acuerdo de Junta Directiva No 08 de septiembre del 2023 se publica el Link formulario de reporte de eventos por riesgo operacional. <a href="https://forms.gle/XhGhK3cA1xbMM6">https://forms.gle/XhGhK3cA1xbMM6</a> Y el correo unidad de gestión del riesgo dispuesto es <a href="mailto:unigestiondelriesgo@gmail.com">unigestiondelriesgo@gmail.com</a>. Se definió documentalmente una Línea de ética empresarial a través de un correo electrónico y un link de encuesta esta última no se evidenció publicada en la página web de la institución. En cumplimiento del Manual de administración de Riesgos aprobado mediante acuerdo de Junta Directiva No 08 de septiembre del 2023 se publica el Link formulario de reporte de eventos por riesgo operacional. <a href="https://forms.gle/XhGhK3cA1xbMM6">https://forms.gle/XhGhK3cA1xbMM6</a> Y el correo unidad de gestión del riesgo dispuesto es <a href="mailto:unigestiondelriesgo@gmail.com">unigestiondelriesgo@gmail.com</a></p> <p><b>DEBILIDADES:</b> no se evidenció actualización del PETI. Respecto a aprobación y publicación de datos abiertos, está a cargo de Gestión de las TICs, se realizó un trabajo articulado con personal de imagen corporativa pero no se avanzó significativamente porque la información la maneja solo la líder de Gestión de las TICs y por múltiples actividades no ha avanzado en estas. Se evidencia usuario y acceso desde Planeación, no se evidencia articulación de esta plataforma con SIAU. Se evidenciaron registro de algunos procedimientos, pero desactualizados. Se requiere capacitación y formación en el manejo de esta plataforma.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Realizar la formulación del PETI para la vigencia 2024-2026, estructurar el plan de comunicaciones incluyendo la identificación de partes interesadas así como la necesidad de información. Realizar la caracterización de usuarios o grupos de valor, revisar el estado de actualización de la política de gestión documental y de gobierno digital.</p>	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 esta 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 entera, la audiencia aumentó considerablemente respecto a la vigencia anterior.</p> <p>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 Magazin 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 magacin a los cuales los líderes informar 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.</p> <p>La ESE cuenta con Dinámica Gerencial herramienta tecnológica que consolida el dato <i>todo misional como financiero por lo cual se recomienda estructurar informes en dicha</i></p>	1%
Monitoreo	SI	82%	<p><b>FORTALEZAS:</b> El plan de auditoría 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. Se realizó actualización del 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 Superintend Expedición de la Resolución 128 del 2023 Por la cual se conforma el Comité de Compras y contratación para Adquisición de bienes y servicios de la ESE Hospital del Sarare. Ante el comité de sostenibilidad contable se realizó seguimiento al plan de mejoramiento de auditoría externa de Controlaría departamental. Desarrollo de auditoría interna del proceso de gestión jurídica, creación del comité de compras y desarrollo del mismo con participación de superiores, seguimiento al PAA, ejecución de contratos Informe semestral SIC, se socializan las auditorías y los informes con las acciones pertinentes así como informes a Junta Directiva.</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 estratégicas u operativas. No se evidencia con un plan de mejoramiento consolidado de auditorías externas.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> 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</p>	82%	<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, por 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 auditoría 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. 069 DE 27 DE ABRIL DE 2023 Por medio de la cual se adopta la Política de calidad del dato y generación de la información en el Hospital del Sarare ESE. Basado en esta política se estructuraron controles para generación informes RPS.</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 estratégicas u operativas.</p> <p><b>RECOMENDACIONES:</b> Actualización documental referida a manuales fundamentales de la ESE donde describa los controles, su monitorización. La segunda línea de defensa actúa ante diferentes situaciones pero la trazabilidad aún no está 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>	0%