

Nombre de la Entidad:		HOSPITAL DEL SARARE ESE					
Período Evaluado:		1 de Enero al 30 de Junio del 2024					
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad					
		76%					
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno							
¿Existen todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si o en proceso o 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 Obligatorio 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.					
¿Se efectúa el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Sí/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 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 (Sí/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 genera 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 cual se implementan estrategias para mejorar la calidad del dato.					
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual, Especificación 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%	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, adicionalmente se expidió la Resolución No 22 del 26 de enero del 2024 por la cual se definen roles, funciones, autoridades y se asignan líderes de procesos y colideres de procesos misionales, responsables de subproceso y/o sistema, referentes de servicio y/o programas institucionales del Hospital del Sarare ESE. Y se expidió Circular interna No 001 desde Gerencia para la designación de roles, funciones y responsabilidades a líder estratégico, líder y colider de proceso, responsable de sistema o programa, responsable de subproceso, referente por especialidad o referente del servicio y de programas y cumplimiento en lo establecido en la Resolución No 022 del 2024. En el marco de los planes de Acción se contemplaron las políticas MPG 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 PAVA para las políticas MPG, 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 subistemas 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: Plan Anticorrupción, informe de autenticidad del gasto, PQRSF, indicador de satisfacción, y Plan de gestión integral de residuos, seguimiento a la política 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 preparaciones. DEBILIDADES: Se evidencia debilidad en documentar las actividades desarrolladas, y en el seguimiento periódico a nivel interdisciplinar de los planes y programas, es decir se evidencia la 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 general de uso de archivos de Excel pero su ubicación se difiere en muchas carpetas digitales lo que dificulta su seguimiento. RECOMENDACIONES: Se recomienda fortalecer los espacios de socialización e implementación del control interno en primera línea de defensa, aún se requiere desarrollar las actividades de evaluación a proveedores. La cantidad de subprocesos 48 en total, genera un sistema de Gestión bastante amplio por lo cual la medida optada por estructurar planes de acción por proceso, se considera fue favorable, pero evidencia la necesidad de la	89%	FORTALEZAS: Se realizó actualización del Manual de Gestión integral de riesgos (DIR-00-M03) por el cual se integran los Subistemas SICOP y SARLAFI FPADM el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Superintendencia en la Circular Externa 009, Circular externa 2021170000009-5 DE 2021 por la cual se dan instrucciones generales relativas al subistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOP) y la actualización del programa de Programa de Transparencia y ética empresarial, de acuerdo Circular Externa 20231500000093-5 de 2023 y del Código de Ética y Buen Gobierno DR-00-M04 en el marco de la Circular Externa 2023170000004-5 de 2023 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. Se desarrollaron espacios de formación continua con líderes de subprocesos funcionales en general para fortalecer la primera línea de defensa. Se desarrollaron las actividades de verificación y seguimiento a través de los informes de: Autenticidad al gasto, PQRSF, PGRASA, Plan anticorrupción, seguimiento mapa de riesgos de corrupción, seguimiento a comités institucionales, seguimiento a planes de mejora auditorías externas, e informes respectivos anuales. 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. 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. DEBILIDADES: 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 documentado el retiro del personal, y fortalecer la cobertura de Gestión estratégica del talento humano independiente del tipo de contrato o modalidad. RECOMENDACIONES: 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 Retiro de personal, y fortalecimiento capacitación y evaluación de contratistas. Desarrollar actividades de evaluación a proveedores.	0%	
			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, y el director o gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizó 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 General 2023. Plan de auditorías se elaboró con la metodología de gestión y administración de riesgos. Se incluyó en el programa plan de auditorías, la auditoría interna del PTEE y de los subistemas de administración de riesgos la cual se desarrolló 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 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. RECOMENDACIONES: Realizar la actualización de la plataforma estrategia y acorde a ello la actualización de los mapas de riesgos.		79%	FORTALEZAS: 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 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 SARLAFI FPADM, SICOP 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 SICOP, Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SARLAFI/FPADM, Requisitos del oficial de cumplimiento para el SARLAFI/FPADM, elementos del sistema de Gestión integral de riesgo SICOP, políticas institucionales (Políticas estratégicas, políticas administrativas, políticas operativas, políticas documentales, lineamientos generales del SICOP (Política de manejo de riesgo). 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 riesgo DEBILIDADES: 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.	79%
Evaluación de riesgos	Si	79%	FORTALEZAS: El plan de auditoría anual se realiza basado en riesgos, se realizó un análisis para la priorización, adicionalmente se incluyen auditorías normativas como la Auditoría del Programa de Transparencia y ética empresarial y subistemas de administración del riesgo, así como Auditoría interna gestión documental y Auditoría control interno contable. Los informes de auditoría se socializan ante los líderes y equipo auditado, así como en el comité de control interno y Junta Directiva. Se realizaron los seguimientos respectivos a mapas de riesgo de corrupción, operacionales, seguridad informática, seguimiento a la planeación institucional e indicadores. Desde el equipo de talento humano continúan trabajando la propuesta de actualización del manual de funciones el cual se proyecta presentar ante la Junta Directiva para la vigencia 2024. Se evidenció actualización de los programas y planes incluyendo el PET. DEBILIDADES: Se evidencia debilidad en el estado de actualización de la política de riesgos, así como actualizar la política de Gobierno digital. 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, posterior a la actualización de la plataforma estratégica realizar la caracterización completa de los procesos, matriz de riesgo institucional integral, y actualizar las políticas de riesgos y de gobierno digital.	79%	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 subistemas de administración del riesgo, así como Auditoría interna gestión documental. Los informes de auditoría se socializan ante los líderes y equipo auditado, así como en el comité de control interno y Junta Directiva. 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. 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. 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 definen funciones transversales del MPG, 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 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. 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.	0%	
			FORTALEZAS: La entidad formuló el Documento Plan de comunicaciones en el que se incluyó estructura de oficina de prensa 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. 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. La entidad adquirió un servidor para el almacenamiento de información y desde el sistema de gestión documental se inició a implementar el FUD de documentos electrónicos e iniciarán las transferencias digitales ya que se cuenta con servidor de almacenamiento. Adicionalmente se realizó en la actualización y aprobación de planes la actualización del 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 FUD de documentos electrónicos e iniciarán las transferencias digitales ya que se cuenta con servidor de almacenamiento. 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. 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.		83%	63%	0%
Actividades de control	Si	83%	FORTALEZAS: El plan de auditoría anual se realiza basado en riesgos, se realizó un análisis para la priorización, adicionalmente se incluyen auditorías normativas como la Auditoría del Programa de Transparencia y ética empresarial y subistemas de administración del riesgo, así como Auditoría interna gestión documental y Auditoría control interno contable. Los informes de auditoría se socializan ante los líderes y equipo auditado, así como en el comité de control interno y Junta Directiva. Se realizaron los seguimientos respectivos a mapas de riesgo de corrupción, operacionales, seguridad informática, seguimiento a la planeación institucional e indicadores. Desde el equipo de talento humano continúan trabajando la propuesta de actualización del manual de funciones el cual se proyecta presentar ante la Junta Directiva para la vigencia 2024. Se evidenció actualización de los programas y planes incluyendo el PET. DEBILIDADES: Se evidencia debilidad en el estado de actualización de la política de riesgos, así como actualizar la política de Gobierno digital. 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, posterior a la actualización de la plataforma estratégica realizar la caracterización completa de los procesos, matriz de riesgo institucional integral, y actualizar las políticas de riesgos y de gobierno digital.	83%	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 subistemas de administración del riesgo, así como Auditoría interna gestión documental. Los informes de auditoría se socializan ante los líderes y equipo auditado, así como en el comité de control interno y Junta Directiva. 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. 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. 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 definen funciones transversales del MPG, 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 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. 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.	63%	0%
			FORTALEZAS: La entidad formuló el Documento Plan de comunicaciones en el que se incluyó estructura de oficina de prensa 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. 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. La entidad adquirió un servidor para el almacenamiento de información y desde el sistema de gestión documental se inició a implementar el FUD de documentos electrónicos e iniciarán las transferencias digitales ya que se cuenta con servidor de almacenamiento. Adicionalmente se realizó en la actualización y aprobación de planes la actualización del 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 FUD de documentos electrónicos e iniciarán las transferencias digitales ya que se cuenta con servidor de almacenamiento. 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. 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.		83%	63%	0%
Información y comunicación	Si	59%	FORTALEZAS: La entidad formuló el Documento Plan de comunicaciones en el que se incluyó estructura de oficina de prensa 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. 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. La entidad adquirió un servidor para el almacenamiento de información y desde el sistema de gestión documental se inició a implementar el FUD de documentos electrónicos e iniciarán las transferencias digitales ya que se cuenta con servidor de almacenamiento. Adicionalmente se realizó en la actualización y aprobación de planes la actualización del 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 FUD de documentos electrónicos e iniciarán las transferencias digitales ya que se cuenta con servidor de almacenamiento. 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. 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.	55%	FORTALEZAS: 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 alta 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 exitosa, la audiencia aumentó considerablemente respecto a la vigencia anterior. 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 Magacin informativo donde de manera mensual presenta noticias y eventos de la institución, además la revista digital informativa. DEBILIDADES: 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. RECOMENDACIONES: Continuar implementando las diferentes herramientas como programas radiales, revistas digitales, programas magacin a los líderes informar y comunicar 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. La ESE cuenta con Dinámica Gerencial herramienta tecnológica que consolida el dato tanto misional como financiero por lo cual se recomienda estructurar informes en dicha herramienta para mitigar la dificultad del no contar con software para el manejo del dato.	55%	4%
			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 subistemas de administración del riesgo respondiendo a diferentes circulares de la Superintendencia. 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. 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. El seguimiento a informes normativos de la ESE se ha realizado a través de metodologías de mesas de trabajo 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. 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.		82%	82%	0%
Monitoreo	Si	82%	FORTALEZAS: 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 subistemas de administración del riesgo respondiendo a diferentes circulares de la Superintendencia. Expedición de la Resolución 129 del 2023 Por la cual se conforma el Comité de Compras y subcomisión 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 Contraloría departamental. Desarrollo de auditoría interna del proceso de gestión jurídica, creación del comité de compras y desarrollo del mismo con participación de supervisores, 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. DEBILIDADES: 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. 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.	82%	FORTALEZAS: 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 subistemas de administración del riesgo respondiendo a diferentes circulares de la Superintendencia. Expedición de la Resolución 129 del 2023 Por la cual se conforma el Comité de Compras y subcomisión 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 Contraloría departamental. Desarrollo de auditoría interna del proceso de gestión jurídica, creación del comité de compras y desarrollo del mismo con participación de supervisores, 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. DEBILIDADES: 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. 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.	0%	