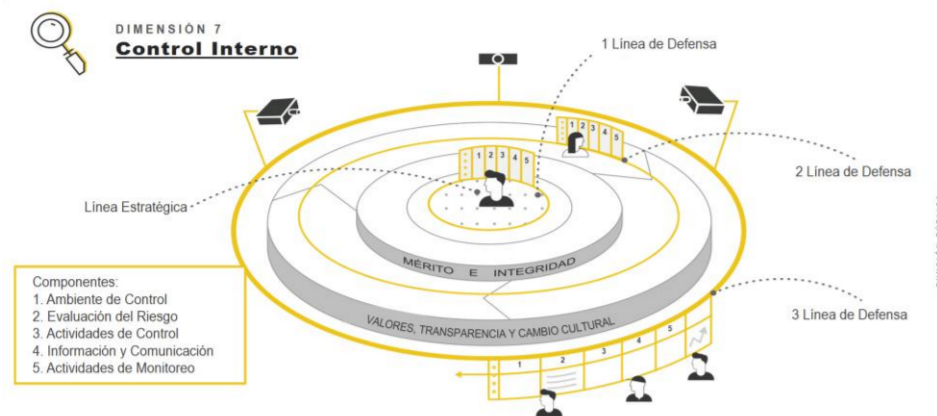


|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nombre de la Entidad: | HOSPITAL REGIONAL SOGAMOSO   |
| Periodo Evaluado:     | ENERO A JUNIO DE 2021 CONTROL INTERNO GEYMAN HERNAN CARDOZO PULIDO |



|   |     |
|---|-----|
| Estado del sistema de Control Interno de la entidad | 50% |
|---|-----|

**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 | Las dependencias realizan caracterización de procesos y procedimientos, pero hace falta establecer los procesos de las líneas de defensa. Se esta realizando monitoreo y evaluación del mapa de riesgos de corrupción. La evaluación general del sistema de control interno, da como resultado un nivel de resultados del 50% y un incremento de cumplimiento del 11%, con respecto del semestre anterior. |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):  | Si         | En la entidad se tiene definidos varios planes, manuales, políticas, procesos y procedimientos, guías siendo objeto de revisión, actualización.  |
| 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         | Se definieron las líneas de defensa en la política de administración de Riesgo donde se establece responsabilidades de cada línea.   |

| 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  | 53%                              | Se tiene aprobado mediante acto administrativo el código de integridad y los principios del servidor público. Se adelantan actividades plasmadas en la caja de herramientas acerca de política de integridad propuestas por la función pública. La gestión del talento humano propende por implementar políticas, guías, formatos. El Hospital a través de la oficina de talento humano define y establece normas de conflicto de interes. En este orden de ideas aumento las actividades de control aumento en un 11% | 42%  | Se tiene aprobado mediante acto administrativo el código de integridad y los principios del servidor público, la recomendación es que la parte de la subgerencia administrativa realice talleres con los servidores que ingresan y permanecen en la institución . Se actualizó el comité institucional de control interno, pero hace falta implementar periodicidad de reuniones y coordinar temas con el comité de gestión y desempeño. La gestión del talento humano debe propender por implementar políticas, guías, formatos y luego socializar con el personal. En el Hospital se hace necesario definir, establecer, y socializar normas de conflicto de interes. | 11%                         |
| Evaluación de riesgos  | No  | 47%                              | Se realizo la política de administración del riesgo, se ha consolidado el mapa de riesgos de Corrupción, se realizo matriz de riesgos de corrupcion, se realiza cronograma para el Monitoreo y seguimiento a riesgos. Se detecta que debe propenderse por realizar más controles, actualizar los controles de acuerdo a la guía de administración para entidades públicas año 2021. Aumenta en un 26%  | 21%  | No se a definido la gestión del riesgo en la entidad, no se ha consolidado el mapa de riesgos. Esta en proceso la actualización de la política de administración del riesgo y se estan caracterizando y actualizando los procesos.  | 26%                         |
| Actividades de control | No  | 46%                              | En los informes y reportes de soportes, se logra evidencia, que se reconoce las obligaciones adquiridas con terceros, originadas en el desarrollo de sus actividades y de las cuales se espera la salida de un flujo financiero fijo o determinable a través de efectivo, equivalente al efectivo u otro instrumentos. Se garantiza reporte de información. Aumentando en una proporción de 4% de cumplimiento.  | 42%  | Es necesario especificar roles y responsabilidades de las líneas de defensa y determinar fecha, periodicidad de informes, objetivos, alcance definición de roles y valorar los riesgos.   | 4%                          |

|  |           |            |  |            |   |            |
|--|-----------|------------|--|------------|---|------------|
| <p><b>Información y comunicación</b></p> | <p>No</p> | <p>46%</p> | <p>Teniendo en cuenta el Plan de Comunicaciones del año 2021, se han implementado nuevas estrategias de comunicación interna, adicionales al Boletín mensual que se venía elaborando. Se trata de una agenda HRS, de las actividades y eventos de cada semana: Adicionalmente se potencializó el Sistema Auditivo Interno, organizando la redacción de los mensajes leídos para informar internamente a trabajadores del Hospital y a usuarios, con el diseño de un formato de control. También se creó una estrategia de comunicación noticiosa interna y de campañas, con Vídeos, Flyer, fechas especiales, conmemoraciones. Apoyo al Talento Humano en todas las políticas. Adicionalmente se elaboraron nuevos formatos de Calidad para la organización de la Comunicación Interna Organizacional. Se cuenta con el SGDEA que permite la comunicación entre dependencias; actualmente se encuentra en implementación. Para medir el desempeño es necesario que los líderes reporten informes periódicos y adopten manuales de información y comunicación para mejorar la efectividad de los procesos. Se mantienen en calificación, puesto que no se ha implementado la política de seguridad digital y la política de gobierno digital. La información y comunicación interna y externa tiene un incremento del 7%. Un nivel significativo con respecto al semestre anterior.</p> | <p>39%</p> | <p>La institución cuenta con la política de comunicaciones, página web, call center y whatsapp exclusivo para atención a usuarios, se maneja redes sociales, correos electrónicos institucionales, la entidad tiene el licenciamiento del software integral CITISALUD, donde captura la información de todos los servicios prestados en la institución mediante la Historia Clínica en los diferentes servicios. Se cuenta con el SGDEA que permite la comunicación entre dependencias; actualmente se encuentra en implementación. Para medir el desempeño es necesario que los líderes reporten informes periódicos y adopten manuales de información y comunicación para mejorar la efectividad de los procesos.</p> | <p>7%</p>  |
| <p><b>Monitoreo</b></p>                  | <p>Si</p> | <p>55%</p> | <p>La oficina de Planeación, en conjunto con la oficina de calidad realizaron procesos y procedimientos gestión del riesgo, monitoreo Planes Operativos Anuales y Monitoreo plan de desarrollo. - Es necesario seguir fortaleciendo los procesos, procedimientos y reportes de la primera y segunda línea de defensa. - Se debe propender por realizar autoevaluaciones por parte de la segunda y primera línea de defensa y suscribir planes de mejoramiento producto de las no conformidades. En la dimensión de Monitoreo y control existe un crecimiento significativo, del 19% debido al seguimiento y evaluación.</p>  | <p>36%</p> | <p>Es necesario contar con procesos, procedimientos y reportes de la líneas de defensa, propendiendo por el cumplimiento de los principios de Autorregulación, autogestión y autocontrol para contribuir al mejoramiento continuo de la institución.</p>  | <p>19%</p> |