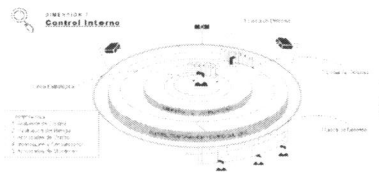


Nombre de la Entidad:

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.

Periodo Evaluado:

01 de enero al 30 de junio de 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

85%

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	<p>En el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. a través de la Política de Control Interno Resolución N° 283 del 24 de Agosto de 2022, se evidencia el compromiso de la entidad con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI en articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG a través del desarrollo de los siguientes componentes: ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo. Sin embargo, los componentes evaluación de riesgos, actividades de control e información y comunicación se encuentran en proceso de articulación y fortalecimiento, debido a la actualización de la política de administración de riesgos, matriz de riesgos de los 26 procesos de la entidad y modificación y actualización del mapa de procesos de la entidad, por lo que es importante continuar con la evaluación y mejoramiento del sistema.</p> <p>Adicionalmente se observa que la entidad, dispone de las condiciones para efectuar un correcto control, gracias al liderazgo de la alta dirección que permite un desarrollo adecuado en las diferentes actividades, fortaleciendo la gestión del riesgo y dando tratamiento mediante los mecanismos de control y autocontrol.</p> <p>Finalmente se recomienda llevar a cabo sensibilizaciones, capacitaciones que permitan articular cada una de las líneas de defensa dentro del desarrollo de cada una de las actividades de la entidad.</p>
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	<p>El hospital cuenta con un direccionamiento estratégico definido de manera clara, el cual le ha permitido aplicar los principios de autoregulación, autocontrol y autogestión. En este orden de ideas, los procesos cuentan con su respectiva caracterización de procesos donde se establecen los objetivos y metas a seguir. Al hacer las evaluaciones de seguimiento, se evidencia que los procesos son dinámicos y siempre hay mejoras por realizar.</p> <p>El sistema de Control Interno es efectivo, las acciones y actividades que se ejecutan en la entidad permiten lograr los objetivos tanto a nivel general como a nivel de procesos, no obstante, se requiere dar continuidad con la implementación de lineamientos, documentar, reforzar lo que actualmente se tiene y realizar frecuentemente seguimiento y evaluación a los procesos de la entidad, esto con el propósito de obtener mejores resultados.</p>
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	<p>El Hospital estableció mediante la Política de control interno Resolución N° 283 del 24 de agosto de 2022 y mediante la Política de administración de riesgos Resolución 088 del 13 de marzo de 2024, el esquema de líneas de defensa, responsables y operatividad. Sin embargo, la oficina de control interno recomienda continuar con la articulación de las líneas de defensa y socialización de las responsabilidades de la primera, segunda y tercera línea de defensa, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos institucionales.</p>

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	94%	<p>Se evidencia a través de la Resolución N°030 del 31 de enero de 2024, la adopción y aprobación de los planes institucionales y estratégicos del Hospital Regional de Sogamoso ESE, para la vigencia 2024.</p> <p>El proceso de planeación institucional realizó seguimiento trimestral del cumplimiento de actividades registradas en los planes operativos anuales.</p> <p>El proceso de planeación institucional realizó actualización de la política de administración de riesgos y matriz de riesgos de los 26 procesos de la entidad, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.</p> <p>Se evidencia actualización del Manual Código de ética, buen gobierno e integridad (A-GHT-M-003), versión 4, fecha 29 de febrero de 2024.</p> <p>La entidad cuenta con línea anticorrupción, de esta manera promueve el control social ciudadano, facilitando canales de comunicación que permitan poner en conocimiento a la entidad de una manera confiable y segura, presuntos actos de corrupción.</p> <p>Oportunidades de mejora Se recomienda socializar en Comité de gestión y desempeño el cumplimiento de los planes operativos anuales, con el fin de detectar las desviaciones a tiempo y realizar planes de mejora.</p> <p>Se recomienda articular la Política de administración de riesgos con los criterios establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Se recomienda revisar de manera detallada las circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, respecto al código de ética, buen gobierno e integridad, especialmente la Circular Externa 003 de 2018 y Circular Externa 202215100000053-5 de 2022, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente.</p> <p>Se recomienda verificar la operatividad de la línea anticorrupción.</p>	98%	<p>Se evidencia que la entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servidor público, aplica mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del sistema de control interno en la planeación estratégica define roles y responsabilidades para controlar riesgos específicos y política de riesgo.</p> <p>Adicionalmente se realiza monitoreo constante a los riesgos de corrupción, este ha sido una de las apuestas permanentes desde la alta dirección como mecanismo transversal de integridad y protección de los intereses (recursos) de los ciudadanos y colaboradores.</p> <p>La oficina asesora de control interno realiza seguimiento cuatrimestral a los riesgos de corrupción, en el cual evidencia que no se ha materializado ninguno.</p> <p>Se recomienda llevar a cabo sensibilizaciones, capacitaciones que permitan articular cada una de las líneas de defensa dentro del desarrollo de cada una de las actividades de la entidad.</p>	-4%

Juan E.

Evaluación de riesgos	Si	79%	<p>Se evidencia a través de la Resolución 088 de 2024, por medio de la cual se actualiza la Política de administración del riesgo del Hospital Regional de Sogamoso ESE.</p> <p>El proceso de planeación institucional realizó junto con los procesos de la entidad actualización de la matriz de riesgos. Adicionalmente se evidencia monitoreo cuatrimestral de los riesgos.</p> <p>Se evidencia a través del acuerdo N° 05 del 11 de junio de 2024, por medio del cual se modifica y actualiza el mapa de procesos como herramienta para la gestión efectiva del Hospital Regional de Sogamoso ESE.</p> <p>El proceso de planeación institucional diseño matriz de seguimiento para monitorear mensualmente las actividades establecidas en los planes operativos anuales, indicadores del plan de desarrollo y plan de mejoramiento de la SUPERSALUD.</p> <p>El proceso de planeación institucional realizó monitoreo cuatrimestral de la matriz de riesgos de los procesos de la entidad y la oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación de los riesgos de corrupción y los que se encuentran en zona residual alta.</p> <p>Oportunidades de mejora Se recomienda articular la Política de administración de riesgos con los criterios establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Se recomienda socializar los resultados del monitoreo a la matriz de riesgos de los procesos, realizado por la segunda línea de defensa en el Comité de gestión y desempeño.</p> <p>Se recomienda articular la matriz de riesgos de gestión y corrupción de cada uno de los procesos, con los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Se recomienda realizar la identificación de los riesgos asociados a actividades tercerizadas que pueden llegar afectar la prestación del servicio en la entidad.</p>	88%	<p>La entidad cuenta con la Política de Administración del Riesgo en la cual se observa la especificación de objetivos, claros y adecuados (medición y reporte).</p> <p>La 2 línea de defensa ha realizado ajustes teniendo en cuenta las observaciones que surgen mediante las evaluaciones independientes por parte de la 3 línea de defensa, es así como actualmente se están actualizando las matrices de riesgos de los procesos de la entidad.</p> <p>Se evidencia la identificación de los riesgos por proceso, al igual que el monitoreo, seguimiento y evaluación de la administración de los riesgos.</p> <p>Se recomienda socializar los resultados del monitoreo a riesgos en el comité de gestión y desempeño con el fin de tomar decisiones oportunas por parte de la alta dirección y realizar la identificación de los riesgos asociados a actividades tercerizadas.</p>	-9%
Actividades de control	Si	75%	<p>Se evidencia a través del acuerdo N° 05 del 11 de junio de 2024, por medio del cual se modifica y actualiza el mapa de procesos como herramienta para la gestión efectiva del Hospital Regional de Sogamoso ESE.</p> <p>La entidad realiza el diseño de controles de los riesgos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de Función Pública - DAFP</p> <p>Se evidencia aprobación de plan anual de auditoría basado en riesgos para la vigencia 2024, en el Comité institucional de Coordinación de Control Interno, donde se tienen en cuenta los 5 roles de la oficina de control interno.</p> <p>Oportunidades de mejora Se recomienda realizar la actualización documental de cada uno de los procesos aprobados en el nuevo mapa de procesos</p> <p>Se recomienda documentar las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones.</p> <p>Se recomienda realizar matriz de usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones en la entidad.</p> <p>Se recomienda verificar la oportunidad y efectividad del Software e infraestructura tecnológica y gestión en la entidad.</p>	79%	<p>Desde el direccionamiento estratégico, el Hospital cuenta con un mapa de procesos aprobado por la junta directiva. Adicionalmente cada proceso tiene su caracterización de procesos donde se tienen establecidos sus objetivos, metas y actividades a realizar.</p> <p>Por otro lado se evidencia en la matriz de riesgos la identificación del responsable de la ejecución de los controles establecidos. Adicionalmente se observa que el esquema de líneas de defensa se encuentra documentado en la entidad.</p> <p>Se recomienda identificar y documentar las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones.</p>	-4%
Información y comunicación	Si	82%	<p>La entidad cuenta con el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA, el cual incorpora niveles de autoridad y responsabilidad</p> <p>La entidad cuenta con línea anticorrupción, de esta manera promueve el control social ciudadano, facilitando canales de comunicación que permitan poner en conocimiento a la entidad de una manera confiable y segura, presuntos actos de corrupción.</p> <p>El proceso cuenta con la matriz de información clasificada y/o reservada, la cual se encuentra asociada a los documentos descritos en las tablas de retención documental.</p> <p>La entidad cuenta con la Política de confidencialidad y seguridad de información, donde se definen las actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos y sistemas de información.</p> <p>Oportunidades de mejora Se recomienda fortalecer y socializar los canales de información internos, para la denuncia anónima y confidencial de posibles situaciones irregulares.</p> <p>Se recomienda se evalúe periódicamente la efectividad de los canales de comunicación.</p> <p>Se recomienda verificar la oportunidad y efectividad del Software e infraestructura tecnológica y gestión en la entidad.</p>	82%	<p>El Hospital cuenta con un Software administrativo y misional, en el cual se registra y procesa información, generando fuentes de datos para los informes que se realizan para usuarios internos como externos.</p> <p>Los sistemas de información cuentan con perfiles y permisos que delimitan modificaciones, consultas, actualizaciones o eliminación de los datos.</p> <p>Los sistemas de información y comunicación permiten alcanzar mejoras continuas en cada una de las actividades que realiza el Hospital, a través de implementación de aplicativos y programas que sistematizan las diferentes actividades tendientes a la gestión de la entidad, por tal razón desde esta oficina se recomienda revisión de los mismos ya que es importante las mejoras continuas de cada uno de los procesos</p>	0%
Monitoreo	Si	96%	<p>Se realizó plan anual de auditoría basado en riesgos vigencia 2024, donde se tuvieron en cuenta los 5 roles de la oficina de control interno para identificar las actividades a desarrollar durante la vigencia.</p> <p>El esquema de líneas de defensa se encuentra documentado en la entidad, a través de la Política de control interno y la Política de administración de riesgos.</p> <p>La oficina de control interno realiza seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento propuestos por los procesos de la entidad.</p> <p>La Oficina de Control Interno realiza auditorías y seguimientos periódicos donde se analiza el cumplimiento de controles establecidos para evitar la materialización de riesgos.</p> <p>La priorización de Auditorías Internas de Gestión y especiales con enfoque basado en riesgos, se priorizan de acuerdo con los objetivos y prioridades de la institución, a través de la matriz universo de auditorías.</p> <p>Oportunidades de mejora Se recomienda realizar evaluación continua a los servicios tercerizados de la entidad.</p> <p>Se recomienda implementar en debida forma los mecanismos creados para llevar a cabo la trazabilidad de PQRS.</p>	96%	<p>El Hospital cuenta con el Comité Institucional de Control Interno adoptado mediante acto administrativo. Desde la Línea estratégica se realiza seguimiento periódico al cumplimiento de las actividades administrativas y misionales de la entidad.</p> <p>La entidad cuenta con actividades de monitoreo permanente por parte de la primera y segunda línea de Defensa, a través de ejercicios de monitoreo a los planes institucionales. Así mismo, la Oficina de Control Interno en su rol de tercera línea de Defensa realiza evaluación independiente a los procesos.</p> <p>Se recomienda realizar evaluación continua a los servicios tercerizados de la entidad.</p>	0%

ANA E.