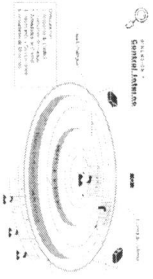


Nombre de la Entidad:

Periodo Evaluado:



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

81%

**Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno**

<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si/ en proceso/ No) (Justifique su respuesta):</p>	<p><b>En proceso</b></p>	<p>En el Hospital Regional de Soгамoso E.S.E. se evidencia el compromiso con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI en articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MING observándose la implementación de plataformas de Sistema de Gestión Integral - ALMERA, adquisición de un nuevo Software DINAMIKA, actualización de la página web y la aplicación de técnicas, metodologías y mecanismos de modo administrativo y asistencial para la gestión de los recursos.</p> <p>Es importante finalizar la implementación de estas herramientas tecnológicas y terminar la actualización de la página web, con el fin de poder integrar todos los componentes del Sistema de Control Interno.</p> <p>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 continuar con la evaluación y mejoramiento continuo del sistema.</p>	<p>El Hospital cuenta con un direccionamiento estratégico definido de manera clara, el cual le ha permitido aplicar los principios de autorregulación, autocontrol y auto gestión.</p> <p>A través de los ejercicios realizados como evaluación independiente, la Oficina Asesora de Control Interno, emitió recomendaciones a lo largo de los ejercicios de aseguramiento efectuados, con el objetivo de aportar en el proceso de mejora continua de la Entidad.</p> <p>De acuerdo con las actividades desempeñadas durante el periodo evaluado, se observó que 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>	<p>Avance final del componente</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SIMO) (Justifique su respuesta):</p>	<p><b>SI</b></p>	<p>El Hospital cuenta dentro de su sistema de Control Interno, con una institucionalidad (líneas de defensa) que permiten cumplir con los objetivos de control (SIMO) (Justifique su respuesta):</p>	<p>La entidad estableció mediante la Política de control interno Resolución N° 283 del 24 de agosto de 2022 y mediante la Política de administración de riesgos Acuerdo N° 12 del 06 de septiembre 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>	<p>Avance final del componente</p>
<p><b>Componente</b></p> <p>¿El componente está presente y funcionando?</p>	<p><b>SI</b></p>	<p>Nivel de cumplimiento componente</p> <p><b>88%</b></p> <p><b>Fortalezas</b></p> <p>-Mediante Resolución N° 319 del 16 de septiembre de 2024, se actualiza el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Hospital Regional de Soгамoso E.S.E.</p> <p>- La Entidad actualizó la Política Institucional y el Sistema Integrado de gestión del riesgo del Hospital Regional de Soгамoso E.S.E. Periódicamente, el subproceso de Planeación Institucional, realiza seguimiento a los indicadores de Plan de Desarrollo 2024 - 2027, Plan de Mejoramiento SUPERSALUD Y Plan de acción por procesos.</p> <p>- La entidad cuenta con un plan de actividades que incluye actividades unidas a todos los funcionarios de la entidad sin excepción.</p> <p>- Creación del Comité de Cartera y cuentas médicas, Resolución N° 246 del 26 de julio de 2024.</p> <p>- A través de los Comités del Hospital Regional de Soгамoso E.S.E. se presentaron los resultados, retos y oportunidades que permiten la toma de decisiones oportunas, cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.</p> <p>- En el marco de las funciones establecidas para el Comité de coordinación de control interno, se presentaron los resultados de las actividades ejecutadas en el plan anual de auditoría y la alta dirección toma decisiones sobre estos resultados.</p> <p><b>Oportunidades de mejora</b></p> <p>- No se encuentran todos los planes en la página web del Hospital, debido a que se encuentra en proceso de actualización desde el primer trimestre de 2024.</p> <p>- Se recomienda revisar de manera detallada las ciclaras 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> <p>- Debido a la implementación de la plataforma SQI - ALMERA en la Entidad, el 70% de los procedimientos y formatos, se encuentran en un Drive en el proceso Gestión de Calidad, se recomienda la actualización documental de los procesos en la plataforma establecida por la Entidad.</p>	<p>Nivel de cumplimiento componente presentado en el Informe anterior</p> <p><b>89%</b></p> <p><b>Estado del componente presentado en el Informe anterior</b></p> <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 Soгамoso ESE, para la vigencia 2024.</p> <p>El proceso de planeación institucional realiza seguimiento trimestral del cumplimiento de actividades registradas en los planes operativos anuales.</p> <p>El proceso de planeación institucional realiza actualización de la política de administración de riesgos y matriz de riesgo de los 28 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-GH-I-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, presentando actos de corrupción.</p> <p><b>Oportunidades de mejora</b></p> <p>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 verificar la operatividad de la línea anticorrupción.</p>	<p>Avance final del componente</p> <p><b>-11%</b></p>

FINA E

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
Evaluación de riesgos	SI	74%	<p><b>Fortalezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El subproceso 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</li> <li>- Se evidencia en archivo de gestión de Gerencia, el Acuerdo N° 12 del 06 de septiembre de 2024, por medio de la cual se adoptó la Política Institucional y el Sistema Integrado de gestión del riesgo del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E</li> <li>- Se evidencia seguimiento cuatrimestral de riesgos de corrupción realizado por la tercera línea de defensa del hospital L</li> <li>- Mediante Resolución N° 319 del 16 de septiembre de 2024, se actualiza el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.</li> </ul> <p><b>Oportunidades de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Se recomienda realizar la identificación de los riesgos asociados a actividades tercerizadas que pueden llegar afectar la prestación del servicio en la entidad.</li> <li>- Debido a la implementación del SGI - ALMERA, se han venido actualizando las caracterizaciones de los procesos de la Entidad evidenciándose un avance de 30 caracterizaciones. Se recomienda continuar con los procesos pendientes por realizar su caracterización.</li> <li>- Se evidencia en la plataforma del SGI - ALMERA el programa de gestión del riesgo. En la siguiente tabla: Inco - Mapa de procesos - Diferenciación de riesgos.</li> <li>- Se recomienda actualizar el procedimiento de monitoreo de riesgos para alinearlo con la actualización de la Política y programa de gestión del Riesgo.</li> <li>- En el mes de diciembre de 2024, se realizó actualización de la página web, revisada la página no se evidencia publicación de matriz de riesgos de corrupción de la vigencia 2024.</li> <li>- Se recomienda dar a conocer a todos los funcionarios de la entidad la actualización de la Política de Administración de riesgos con el fin de minimizar la materialización de los riesgos identificados en cada uno de los procesos.</li> <li>- Se recomienda verificar la efectividad de los controles identificados en la matriz de riesgos de la vigencia 2024.</li> </ul> <p><b>Fortalezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Se evidencia seguimiento cuatrimestral de riesgos de corrupción realizado por la tercera línea de defensa del Hospital. Los informes se encuentran publicados en la página web.</li> <li>- El esquema de líneas de defensa se encuentra documentado en la entidad.</li> </ul> <p><b>Oportunidades de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda documentar las situaciones específicas en donde no es posible asegurar adecuadamente las funciones.</li> <li>- No se evidencia publicación de los planes operativos en la página web del Hospital, debido a que se encuentra un proceso de actualización desde el mes de diciembre de 2024.</li> <li>- Se recomienda verificar la efectividad de las actividades propuestas respecto a la infraestructura tecnológica y gestión de la seguridad informática de la entidad.</li> <li>- Se recomienda fortalecer las actividades de control interno sobre las actividades realizadas por los proveedores de servicios de Tecnología en la entidad.</li> <li>- Se recomienda realizar matriz de usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones en la entidad.</li> </ul>	88%	<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 realizado 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 realiza monitoreo cuatrimestral de la matriz de riesgos de los procesos de la entidad y la oficina de control interno realiza seguimiento y evaluación de los riesgos de corrupción y los que se encuentran en zona residual alta.</p> <p><b>Oportunidades de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda articular la Política de administración de riesgos con los criterios establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- Se recomienda realizar la identificación de los riesgos asociados a actividades tercerizadas que pueden llegar afectar la prestación del servicio en la entidad.</li> </ul> <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 3 roles de la oficina de control interno.</p> <p><b>Oportunidades de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda realizar la actualización documental de cada uno de los procesos aprobados en el nuevo mapa de procesos.</li> <li>- Se recomienda documentar las situaciones específicas en donde no es posible asegurar adecuadamente las funciones.</li> <li>- Se recomienda realizar matriz de usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones en la entidad.</li> <li>- Se recomienda verificar la oportunidad y efectividad del Software e infraestructura tecnológicas y gestión en la entidad.</li> </ul>	-14%
Actividades de control	SI	71%	<p><b>Fortalezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La entidad cuenta con el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA el cual incorpora niveles de autoridad y responsabilidad.</li> <li>- 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.</li> <li>- La Entidad en el segundo semestre adelantó la implementación de la plataforma ALMERA, la cual va a manejar la actualización y publicación de la información documental.</li> <li>- La Entidad en el segundo semestre de la vigencia 2024, implementó el Software DINAMICA, con el fin de optimizar el procesamiento de información de los procesos de la Entidad.</li> </ul> <p><b>Oportunidades de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda evaluar la brecha anticorrupción de la Entidad y documentar la actividad (Definir responsables, el objetivo de su implementación, entre otros).</li> <li>- Se recomienda evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación en la entidad.</li> </ul>	79%	<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><b>Oportunidades de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda fortalecer y socializar los canales de información internos, para la denuncia anónima y confidencial de posibles situaciones irregulares.</li> </ul> <p>Se recomienda evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación.</p> <p>Se recomienda verificar la oportunidad y efectividad del Software e infraestructura tecnológicas y gestión en la entidad.</p>	-9%
Información y comunicación	SI	88%	<p><b>Fortalezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La entidad cuenta con el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA el cual incorpora niveles de autoridad y responsabilidad.</li> <li>- 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.</li> <li>- La Entidad en el segundo semestre adelantó la implementación de la plataforma ALMERA, la cual va a manejar la actualización y publicación de la información documental.</li> <li>- La Entidad en el segundo semestre de la vigencia 2024, implementó el Software DINAMICA, con el fin de optimizar el procesamiento de información de los procesos de la Entidad.</li> </ul> <p><b>Oportunidades de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda evaluar la brecha anticorrupción de la Entidad y documentar la actividad (Definir responsables, el objetivo de su implementación, entre otros).</li> <li>- Se recomienda evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación en la entidad.</li> </ul>	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><b>Oportunidades de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda fortalecer y socializar los canales de información internos, para la denuncia anónima y confidencial de posibles situaciones irregulares.</li> </ul> <p>Se recomienda evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación.</p> <p>Se recomienda verificar la oportunidad y efectividad del Software e infraestructura tecnológicas y gestión en la entidad.</p>	4%

ALMA E

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
Montorero	SI	89%	<p><b>Fortalezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se evidencia en la página web de la Entidad, el Plan Anual de auditoría basado en riesgos para la vigencia 2024</li> <li>- Se evidencia focalización de informes de control interno</li> <li>- Se evidencia en la página web de la Entidad, informe semestral de seguimiento planes de mejoramiento vigencia 2024</li> <li>- 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.</li> </ul> <p><b>Oportunidades de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda realizar evaluación continua a los servicios tercerizados de la entidad</li> <li>- En el mes de diciembre de 2024, se realizó actualización de la página web, revisada la página no se evidencia publicación de matriz de riesgos de control interno y de la seguridad y tercer línea de defensa sobre el análisis de los riesgos asociados a actividades tercerizadas</li> <li>- Se recomienda realizar la identificación de los riesgos asociados a actividades tercerizadas que pueden llegar afectar la prestación del servicio en la entidad</li> </ul>	98%	<p>Estado del componente presentado en el Informe anterior</p> <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 proyección 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><b>Oportunidades de mejora</b></p> <p>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 FORSD</p>	7%

7/3/24