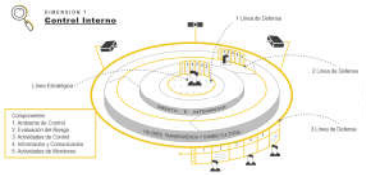


Nombre de la Entidad:

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO

Periodo Evaluado:

PRIMER SEMESTRE 2022



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):	En proceso	Según resultados obtenidos en la evaluación primer semestre 2022, los cinco componentes del sistema, se vienen desarrollando articuladamente a través del liderazgo de planeación y los líderes de las diferentes políticas que comprenden cada componente, darle continuidad al desarrollo de estas y actualización de los procesos.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se Encuentra funcionando el sistema de control interno, se ha fortalecido a través de la implementación del modelo estándar de control interno, se requiere documentar las líneas de defensas para que se hagan más visible las responsabilidades de acuerdo al rol, se requiere fortalecer este sistema a través de personal tanto en el área de planeación como en el área de control interno, para que la efectividad de los resultados sean más acorde y oportunos.
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 cuenta con los roles en cada línea, pero no estan documentadasSe tienen definidos los niveles de autoridad y responsabilidad a través de las 3 líneas de defensa y de la estratégica, a través de los comités directivo de control interno y de gestión se asegurara la responsabilidad y el cumplimiento del los programas, planes, planes y objetivos previstos en la institucionalidad para el buen resultado de la gestión en cada anualidad.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion 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	82%	Se tiene formulado y funcionando los 12 planes institucionales, acorde a la norma, se publican en la web, se socializan los valores a través de la política de integridad, se viene desarrollando el plan de capacitaciones, se evalua al personal y se concerta objetivos, se realiza las inducciones y reintroducciones, el area de talento humano participa de todos los comités directivos, se hace seguimiento a los indicadores de seguridad y salud en el trabajo, se registra los ausentismos, se cuenta con el programa de prejubilados y plan de desvinculación, se trabaja transversalmente en el seguimiento al plan operativo anual. Se requiere personal fijo de planta en el area de talento humano.	96%	Durante el periodo se realizo el proyecto de nueva estructura organizacional, todo tuvo su correcto proceso de contratación, la entidad cuenta con su manual de funciones al cual le falta actualización, el hospital invita a la persona que ingresa a participar de la inducción, con el acompañamiento de profesionales responsables, el proceso de evaluación de desempeño se encuentra alineado con lo establecido en la normatividad vigente, el hospital cuenta con código de ética y buen gobierno y se encuentra publicado, se construyo el plan estrategico de talento humano y se encuentra publicado, se formulo el plan anual de vacantes, tambien esta publicado, el plan de estímulos e incentivos, el plan de bienestar, el plan de capacitación se formularon y tambien se encuentran publicados, se fortalece el comité institucional de gestión y desempeño como encargado de verificar los avances del mipg	-14%

Evaluación de riesgos	Si	82%	Se articula el plan operativo con el plan estratégico coherentes con los objetivos estratégicos y la visión, se realiza seguimientos periódicamente al cumplimiento de indicadores por cada programa, se actualiza y hace seguimiento al mapa de riesgos de procesos y de corrupción, se revisan los informes de las auditorías tanto internas como externas, se realiza planes de mejora, se le hace seguimiento al plan anticorrupción, se ajustan periódicamente los controles, se tiene en proceso reforma administrativa con el fin de distribuir las responsabilidades en los líderes y evitar materialización de riesgos.	85%	En el periodo se ajusta la política de gestion del riesgo, acorde a los lineamientos del departamento administrativo de la funcion publica , se elabora el manual de riesgos, se adopta la metodologia del DAFP, matrices de procesos con la informacion actualizada, identificacion de los riesgos por procesos, analisis de los riesgos por procesos, evaluacion de los riesgos por procesos, monitoreo y revisión, se construyo el mapa de riesgos con sus respectivos seguimientos, falta realizar a todo el personal de la institución capacitaciones para la gestion de riesgos por procesos.	-3%
Actividades de control	Si	88%	cargos (personal tercerizado) se requiere mayor segregación de funciones, se le hace Seguimiento a programas e indicadores mediante herramientas conjuntas. Se asegura la información institucional de los sistemas de los usuarios y se almacena en medio externo. Se cuenta con una caracterización de procesos, un manual de funciones de personal de planta actualizado, y una política de administración del riesgo, se realiza monitoreo al mapa de riesgos a través del proceso de calidad-planeación, se verifica a través de control interno.	79%	Se hace el reporte de la resolucion 256 al ministerio de salud y proteccion social correspondiente al primer semestre, dentro del contexto del sistema de informacion para la calidad se tiene igualmente el reporte de la produccion apartir del decreto 2193, informe cargado en la plataforma SIHO con informacion de los diferentes trimestres , no hay manipulacion de datos, se valida en plantilla diseñada por la seccional de salud quien hace 2 da validacion antes de mandar al ministerio, se tienen tableros de mando en formato excel que contienen los indicadores institucionales de gestion por procesos el cual se les hace seguimiento en los periodos indicados segun el indicador.	9%
Información y comunicación	Si	71%	Se cuenta con el listado maestro de documentos se construyó la política de tratamientos de datos personales y se publica en la página web, la entidad cuenta con diversos canales y medios de difusión de información internos y externos, se cuenta con espacios de participación interna, se hace control de publicidad a través de las redes sociales, página web oficial se tiene el Plan de medios y el Plan de comunicaciones, se consolidan las PQRSF y se generan informes mensuales, se estandariza calidad de la información en las diferentes bases de datos.	86%	Los funcionarios se informan a traves del sistema de carteleras que esta compuesto por carteleras educativas e informativas distribuidas por las diferentes areas del hospital, igualmente se mantuvo informado al personal a traves del correo electrónico y de la intranet, se actualizo la pagina web del hospital la cual le permite interactuar mas a la ciudadanía, cuenta con un porcentaje de actualizacion del 70%, se cuenta con una oficina de atención al usuario la cual es de facil acceso y ubicación para los usuarios, un proceso descrito y socializado para los funcionarios, se cuenta con diferentes canales para la recepcion y tramite de las manifestaciones de los usuarios, como buzones, correo electronico, encuestas, esta oficina se encarga de recibir, radicar, clasificar y enviar las pqrs a la instancia pertinente, para tomar las acciones necesarias, la oportunidad de respuesta cumple con la norma, se ha fortalecido la asociacion de usuarios, se implemento la política de participacion ciudadana y servicio al ciudadano.	-15%
Monitoreo	Si	68%	Se presenta anualmente el Plan Anual de Auditorías internas y fue aprobado por el comité Institucional de control interno, En el comité gerencial se revisa los avances a los programas, proyectos y actividades que se realizan a través de las diferentes áreas y/o oficinas, Por parte de la segunda línea de defensa se revisa los hallazgos y/o observaciones de cada auditoría realizada, se realizan planes de mejora, el cumplimiento en el tiempo establecido en estos planes se hace difícil por falta de presupuesto.	89%	Se da comienzo a la revisión de la metodología del plan anual de auditoría año 2021 y se ejecutan en el periodo las siguientes auditorías: - tesorería. - consulta externa a especialistas. - contratación de coordinadores. desde la oficina de control interno en consenso con el area auditada se incluyen dentro del plan de mejoramiento todo lo hallado en las auditorías y se concilia la fecha del seguimiento al plan de mejoramiento.	-21%