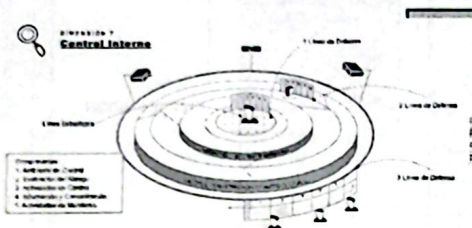


Nombre de la Entidad:	E.S.E EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CONCORDIA - ANTIOQUIA
Periodo Evaluado:	PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2.026 - INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTEERNO (LEY 1474 DE 2011)



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

71%

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	Los componentes del Sistema de Control Interno en el Hospital compuestos por: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y comunicación las Actividades de Monitoreo están presentes y funcionando, se evidencia que en su ejecución se desarrolla de una manera integrada, bajo la dirección del gerente acompañado del equipo directivo, en procura de lograr los objetivos institucionales y la prestación de unos servicios a la comunidad concordiana con eficiencia, oportunidad, pertinencia, seguridad, buen trato y calidad, buscando siempre la mejora continua en la institución. La ESE, está llevando cada uno de los procesos teniendo participación en cada uno de los cinco componentes de la política del Sistema de Control Interno, siempre se está en procura de detectar donde pueden existir fallencias, para que de esta manera se puedan fortalecer, con el diseño e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, se buscará lograr una mejor armonía, tanto en el Sistema de Control Interno, como en los demás componentes del Sistema. Los componentes del MECI están operando, reflejando mejoras en la implementación del Sistema. Se elaboro y presento la evaluación en el aplicativo FURAG - DAFP para la ESE, en el primer trimestre - 2026, de la vigencia fiscal 2025. a la fecha el DAFP, no ha publicado los resultados
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El sistema de control interno es efectivo cuando se considera como una actividad independiente, objetiva de aseguramiento y consulta en cosideracion que permite tener presentes los principios del MECI como la autoevaluación, el autocontrol, y la autogestión, pilares que siguen vigentes para realizar un control efectivo, basado en la auditoría interna a través de la tercera línea de defensa y que permite agregar valor, mejorar los procesos de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorarla política de gestión del riesgo y la gestión administrativa.
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	El el Hospital se tiene creado el cargo de Jefe de Control Interno de acuerdo a lo establecido en la norma, es el encargado de la tercera línea de defensa, debe contar con la debida independencia, objetividad y liderazgo. Es el líder de proceso de gestión del control y tiene como finalidades las siguientes: A través de su rol de asesoría, orientación técnica y recomendaciones frente a la administración del riesgo en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces para el Hospital es el Gerente. Monitoreo a la exposición de la organización al riesgo y realizar recomendaciones con alcance preventivo. Asesoría proactiva y estratégica a la Alta Dirección y los líderes de proceso, en materia de control interno y sobre las responsabilidades en materia de riesgos. Formar a la alta dirección y a todos los niveles de la entidad sobre las responsabilidades en materia de riesgos. Informar los hallazgos y proporcionar recomendaciones de forma independiente y objetiva.

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

79%

El Ambiente de control copuesto por 5 lineamientos y en los cuales podemos establecer las debilidades y fortalezas de la siguiente forma

El Lineamiento 1 : Demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público. Presenta como debilidad lo siguiente: En el Hospital a pesar que se cuenta con los Codigos de Integridad, Ética y buen gobierno y el código ética del auditor adoptados mediante resoluciones y publicados en la pagina web se puede evidenciar que la socialización y difusión al interior de la entidad fue escasa. La fortaleza es que se cuenta con los documentos y los comités de control interno disciplinario y de convivencia laboral para fortalecer el compromiso con la integridad y los valores éticos

El lineamiento 2: Establece los mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno: La debilidad de este lineamiento. A pesar que se tienen claros las líneas de defensas y están operando, estas no han sido establecidas en el Hospital mediante una acto administrativo y su socialización a sido muy poca con los funcionarios. La fortaleza de este lineamiento. Es el que se tiene adoptado mediante resolución el Comité de Control interno y el Comité Institucional de gestion y desempeño y los dos están operando, se cuenta con el cargo de control interno de planta y se ha fortalecido el PAMEC

Lineamiento 3: Establece la planeación estratégica mediante la definición de acciones, responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. La debilidad: Frente a la política de administración del riesgo se requiere que los líderes de los procesos se apersonen mas de los mapas de riesgos y procuren mantenerla actualizada, operando, resaltar el seguimiento de la misma y socializarla con el equipo de trabajo y con el nivel directivo sus avances y resultados. La fortaleza: Se presenta cuando se tiene una política de administración del riesgo que ha sido adoptada por resolución, publicada en la pagina web institucional, socializada en los grupos primarios y en el comité institucional de gestion y desempeño. Los mapas de riesgos del Hospital fueron actualizados y su implementación apenas se esta realizando

Lineamiento 4: Compromiso con las competencias de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, desarrollo y retiro. La Debilidad es que en el Hospital no se tiene bien definidas y aplicando las actividades que tienen que ver con el retiro del funcionario de la entidad. La fortaleza: Se tiene establecida en las actividades, procedimientos, y planes relacionados con la seleccion y mantenimiento y desarrollo de los funcionarios en la entidad y que se cuenta con proceso actualizado y caracterizado

Lineamiento 5: Define líneas de reporte en temas clave como: financiera, contable, resultados en la gestión, contratación, ejecución presupuestal, servicios de salud, indicadores, entre otros, que faciliten la toma de decisiones. La debilidad es: De acuerdo con la información que suministra la 2o y 3o línea de defensa ses revisada para la tomas de desiciones a tiempo para el cumplimiento de las metas. La fortaleza: Se tienen adoptados mediante resolución los diferentes comites institucionales de ley, se realiza un cronograma de reuniones al cual se le da cumplimiento y en las reuniones se tratan los temas relacionados con los difrentes procesos, indicadores, riesgos y políticas que sirven para el mejoramiento continuo y son evaluados por la 3 línea de defensa.

75%

EN EJECUCION

4%



Evaluación de riesgos	SI	65%	La Evaluación del Riesgo esta compuesta por 4 lineamientos a los cuales les definimos las debilidades y fortalezas así <u>Lineamiento 1:</u> Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados en cada porceso. La debilidad es: Deficiente Generación de reportes periódicamente al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno acerca del cumplimiento de las metas y los objetivos en relación a la gestión integral del riesgo. La Fortaleza: Se tiene una política y mapa de riesgos por proceso adoptadas por resolución, dicha política cuenta con objetivos, metas, actividades, fechas, responsables, contexto estratégico, identificación, analisis, valoración y tratamiento de los riesgos, la cual es publicada en al pagina web, socializada con los grupos primarios y el comite institucional de gestion y desempeño y evaluada por control interno. <u>Lineamiento 2:</u> Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; La debilidad: La Debilidad: Una escasa Revisión de las exposiciones al riesgo con los grupos de valor, proveedores, sectores económicos u otros (monitoreo del contexto estratégico). La Fortaleza: que en la política de riesgos se tienen bien establecidos el contexto estrategico con la identificación de los factores externo e internos de riesgo <u>Lineamiento 3:</u> Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. La Debilidad es que la alta dirección no monitorea con la debida periodicidad la política de riesgos de corrupcion, con el fin de tomar las medidas pertinentes. La Fortaleza: La alta dirección tiene bien establecida mediante el organigrama el manual de funciones y competencia y el mapa de procesos con respecto a la política y mapas de riesgos por proceso y de corrupcion. <u>Lineamiento 4:</u> Identificación y análisis de cambios significativos: La Debilidad : La alta dirección debe evaluar de forma permanente las fallas en los controles (Diseño y Ejecucion) para definir cursos de accion apropiados para mejorar, de acuerdo con los informes que presentan los líderes de los proceos. La Fortaleza: Se cuenta con la política y mapa de riesgos por procesos y los riesgos de corrupcion adoptados en el Hospital.	65%		0%
Actividades de control	SI	71%	Las Actividades de Control esta conformado por 3 lineamientos a los cuales se le identico la siguiente debilidad y fortaleza: Se tienen Mapa de Riesgos por procesos y unos procedimientos los cuales fueron actualizados y socializados en el comité institucional de gestión y desempeño <u>Lineamiento 1:</u> Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos). La debilidad. los escasos recursos, humanos, financieros y tecnologicos para la segregacion de funciones, con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados y el escaso seguimiento de los líderes de los procesos del mapa de riesgos. La Fortaleza: En el Hospital se tienen otros sistemas de gestion operando como son el sistema unico de habilitacion, el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo, el modelo integrado de planeacion y gestion y de una forma parcial el sistema unico de acreditacion y el PAMEC. <u>Lineamiento 2:</u> Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnologías de la informacion - TI para apoyar la consecución de los objetivos. La debilidad: Son escasas las actividades de control relevantes sobre los procesos de adquisicion, desarrollo y mantenimiento de tecnologías y son escasos los recursos financieros para su implementación. La Fortaleza: Se cuenta en el Hospital con un procedimiento de sistemas de informacion caracterizado, el cual fue adoptado por resolución, publicado en la pagina web institucional, que se viene implementado y es evaluado por la oficina de control interno <u>Lineamiento 3:</u> Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas). La debilidad. Deficiente Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad por los líderes de los procesos y por ende la no elaboración de planes de mejoramiento. La Fortaleza: Se realizó el año pasado la actualización del mapa de procesos, tambien los procedimientos y los mapas de riesgos y fueron socializados en el comite institucional de gestión y desempeño.	63%	EN EJECUCION	8%
Información y comunicación	SI	79%	La Información y comunicacio esta compuesta por 3 lineamientos y acontinuacion presentamos las debilidades y fortalezas: <u>Lineamiento 1:</u> Genera y obtiene información relevante, oportuna, confiable, íntegra y segura que da soporte al Sistema de Control Interno. La Debilidad: El hospital cuenta con inventario de informacion relevante interna y externa y tiene un mecanismo para su actualización permanente pero no conocido por todos los funcionarios y no se actualiza permanentemente. Fortaleza: En el Hospital se tienen establecidos una gran variedad de fuentes de informacion tanto internas como externas que permiten la captura y procesamiento de datos que permiten alcanzar los objetivos y metas. <u>Lineamiento 2:</u> Comunica la información relevante hacia el interior de la entidad, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno. La Debilidad: Se tienen los mecanismos pero no estan generando la suficiente confianza para realizar las denuncias y no se utilizan para una adecuada toma de desiciones al interior de la entidad. La Fortaleza: El Hospital cuenta con procediento de comunicacion adoptado por resolución y publicado en la pagina web, socializado en los grupos primarios, implementado y evaluado, tambien cuenta con una Plan Estrategico de la Tecnologia de la comunicacion y una política y un procedimiento para el manejo de las PQRSDF la cual es manejada por una auxiliar administrativa y cuenta con diferentes medios para realizar las PQRSDF. <u>Lineamiento 3:</u> Comunicación con el exterior (Se comunica con los grupos de valor y con terceros externos interesados; Facilita líneas de comunicación). La Debilidad: El Hospital realiza de forma parcial el analisis periodico de la caracterización de sus usuarios o grupos de valor y apenas esta implementado la política de proteccion de datos personales. Fortaleza: El Hospital cuenta con proceso de gestion documental, con planes estrategicos como el plan institucional de archivos -PINAR el programade gestion documental- PDG y las tablas de retencion documntal - TDR y la taquilla unica documental, los cuales son adoptados por resolución, socializados en grupos primarios y comite institucional de gestion desempeño, estan implemntandose y evaluados.	68%	EN EJECUCION	11%

Monitoreo

Si

61%

Las Actividades de Monitoreo compuesta por 2 lineamientos para los cuales se establecio la debilidad y la fortaleza asi:
Lineamiento 1: Aplicar evaluaciones continuas y/o independientes para determinar el avance en el logro de la Meta estratégica, los resultados y los objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno. La Debilidad es: Frente a las auditorias internas a los procesos no son elaborados planes de mejoramiento y la los entes externos (entes de control, Direccion local de salud, Supersalud, Seccional de salud y EPS entre otras), que nos vigilan las cuales tienen una vision diferente de las operaciones que se realicen en el Hospital se elaboran planes de mejora los cuales no son presentados al comite directivo y a control interno de la entidad. La fortaleza: En el Hospital se tiene un programa y un plan anual de auditorias internas de los procesos y el PAMEC, adoptadas por resolucion, aprobados por el comite de control interno, publicado en la pagina web, socializado en el comite de control interno y en comite de gestion y desempeño.
Lineamiento 2: Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas. La Debilidad: es importante que el Hospital se fortalezcan las evaluaciones a los Los procesos y/o servicios tercerizados acordecon su nivel de nesgos y es muy impor tante que se realicen los planes de mejoramiento y su seguimiento. La Fortaleza: Apartir de los informes que se generan en las auditorias internas son utilizados por la alta direcion para corregir las desviaciones presentadas en el sistema de control interno y asi nos permitan cumplir con las metas y objetivos.

75%

EN EJECUCION

-14%

