

		HOSPITAL REGIONAL DUITAMA PRIMER SEMESTRE 2022	Estado del sistema de Control Interno de la entidad	66%
---	--	---	--	------------

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (SI en proceso/ No) (Justifique su respuesta):	En proceso	Los Componentes del Modelo Estándar de Control Interno se encuentran diseñados y en proceso de implementación, se requiere realizar la política de control interno, así como realizar política de gestión institucional. La primera, segunda línea de defensa deben realizar informes de gestión de resultados, informes de sus actividades e informe de autocarterización de sus procesos. En el primer semestre a pesar de la falta de evidencias de gestión de talento humano, información tecnológica, defensa jurídica, el sistema opera y funciona.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/No) (Justifique su respuesta):	SI	La entidad está generando acciones articuladas al plan de gestión. En el primer semestre se reporta información de la oficina de Planeación, coordinación de comunicaciones, coordinación de calidad, gestión documental, gestión de presupuesto, atención al usuario, gestión financiera (cartera y facturación).
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (línea de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (SI/No) (Justifique su respuesta):	SI	El Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Regional de Duitama, se encuentra funcionando, se requiere diseñar procesos de líneas de defensa, fechas de reporte, operarizar las líneas de defensa, articuladas con los planes, políticas, para que faciliten la toma de decisiones frente a la efectividad de los controles que se tienen diseñados para cada uno de los procesos.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de cumplimiento alcanzado	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de cumplimiento alcanzado	Estado del componente presentado en el Informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	SI	63%	FORTALEZAS: Se cuenta con el código de integridad, adoptando 5 valores, compromiso, diligencia, respeto, honestidad, justicia, se adoptó un sello valor que es la fundamentación. Se desarrollan Jornales de Integridad y formación se cuenta con RESOLUCIÓN 245-2021, por medio de la cual se adopta la política institucional de gestión del riesgo de la ESE Hospital Regional de Duitama. Se socializa en jornadas de inducción y rendición la política institucional de gestión del riesgo de la ESE. Se aplicó a través de la identificación y selección de riesgos por proceso y modificando planes de control. Cuenta con monitoreo de la segunda línea de defensa. En el documento de detalle de la política institucional de gestión de riesgos se establecieron los niveles de aceptación del riesgo. Se adelanta monitoreo permanente a la ejecución y idoneidad de medidas programadas de los diferentes planes institucionales, considerando en esta línea herramienta de medición. Reimplementación binominal a generación de desviaciones a través del Comité de Gestión y Desempeño. El equipo financiero junto con la Subgerencia administrativa, realiza monitoreo de evaluación de resultados de acuerdo con la entrega y reporte de la información asociada al Dec. 2193. Los seguimientos y evaluaciones frente al cumplimiento de metas y objetivos es coherente con la estructura de organización por procesos, mapa de procesos. DEBILIDADES: No cuenta con documento específico de definición de las líneas de defensa, sin embargo dentro de la adopción del Sistema de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión vienen implementando la metodología RECOMENDACIONES se requiere documentar las actividades del personal de ingresos, permanencia y retiro.	63%	FORTALEZAS: Se implementó el Código de Integridad acorde con el esquema definido de 5 valores, se adoptó un sello valor que es la fundamentación, y los lineamientos de conducta y se desarrollaron jornadas internas con talleres para la socialización e internalización e todos los servidores y contratistas de la entidad. Se realizaron 18 actividades para la adherencia de los seis valores. Se realizó encargo para verificar la adherencia de los valores. Se aseguraron actividades dentro de la adherencia del los valores de integridad con el fin de prevenir el conflicto de intereses. La oficina de Talento Humano realizó seguimiento al plan de acción, en donde se evidenció el cumplimiento de la Planeación Estratégica del Talento Humano, Se diseñó Plan Institucional de inducción y rendición. Se desarrolló jornadas de Inducción (particularmente la oficina realiza evaluación del desempeño). A través de la herramienta de seguimiento Plan de Desarrollo Institucional y a través del seguimiento Plan de Acción por procesos se viene adelantando evaluación y seguimiento del cumplimiento de metas y acciones propuestas por regiones y en el cual se a través de herramientas internas, acciones externas, subcomités e informes de gestión. Actual del control de integridad y formación, el equipo financiero junto con la Subgerencia administrativa, realiza monitoreo de evaluación de resultados de acuerdo con la entrega y reporte de la información asociada al Dec. 2193. Los seguimientos y evaluaciones frente al cumplimiento de metas y objetivos es coherente con la estructura de organización por procesos, mapa de procesos. Cada una de las políticas en el Plan Estratégico Talento Humano incluye metas e indicadores por plan. RECOMENDACIONES: se requiere documentar las actividades del personal, de ingresos, permanencia y retiro.	-1%
Evaluación de riesgos	SI	62%	FORTALEZAS: El Hospital Regional de Duitama cuenta con mapa de riesgos, cuenta con resolución 245 de 2021, política de gestión del riesgo, matriz de riesgos por procesos, matriz de riesgos de corrupción. La oficina de planeación consultó tanto la formación de las matrices de riesgo como herramientas propuestas para gestión del riesgo, así como todos los seguimientos que ha está se adelantan, para verificar la eficacia de los controles propuestos. Los objetivos diseñados para los diferentes procesos, programas o proyectos están alineados con indicadores de medición de su cumplimiento y se programó y hace seguimiento a su avance en el tiempo. Anualmente se desarrolla jornada de revisión y/o actualización de la matriz de riesgos de corrupción, teniendo en cuenta las novedades internas e externas que afectan la gestión institucional. Trimestralmente en las jornadas de comité de gestión y desempeño se realiza verificación de objetivos y acciones específicas programadas en la planeación institucional y bajo la consideración de todos los miembros se realizan ajustes. Planes de comité de gestión y desempeño. Anualmente se define el Mapa de riesgos de corrupción donde se visualizan los posibles procesos, programas o proyectos susceptibles de actos de corrupción. DEBILIDADES: No se ha actualizado el mapa de riesgos institucional, de acuerdo con las guías de administración del riesgo 2020 y 2018. RECOMENDACIONES: Se debe proponer por realizar Política de planeación institucional. Es necesario, actualizar y ajustar las políticas de administración del riesgo, definir instrumentos acorde con las líneas de defensa, establecer tiempos, responsabilidad y modo en el monitoreo y seguimiento de riesgos, se recomienda actualizar los riesgos y diseñar controles para realizar un adecuado seguimiento y monitoreo.	65%	FORTALEZAS: El Hospital Regional de Duitama cuenta con mapa de riesgos, cuenta con resolución 245 de 2021, política de gestión del riesgo, matriz de riesgos por procesos, matriz de riesgos de corrupción. La ESE cuenta con una matriz de identificación de riesgos de corrupción. La oficina de planeación consultó tanto la formación de las matrices de riesgo como herramientas propuestas para gestión del riesgo, así como todos los seguimientos que ha está se adelantan, para verificar la eficacia de los controles propuestos. Cuanto del mismo seguimiento del Plan Anticorrupción, la ESE realiza el seguimiento a los riesgos de corrupción, los cuales son objeto de verificación por parte de la alta dirección. Anualmente se desarrolla jornada de revisión y/o actualización de la matriz de riesgos de corrupción, teniendo en cuenta las novedades internas e externas que afectan la gestión institucional. DEBILIDADES: La Oficina de planeación no realiza informe específico de monitoreo a riesgos, se requiere diseñar procedimiento de monitoreo de riesgos. Se recomienda rediseñar los riesgos y diseñar controles para evitar se materialicen riesgos. No se tiene definida la ruta a seguir frente a la materialización de los riesgos. RECOMENDACIONES: Es necesario, actualizar y ajustar las políticas de administración del riesgo, definir instrumentos acorde con las líneas de defensa, establecer tiempos, responsabilidad y modo en el monitoreo y seguimiento de riesgos.	-3%
Actividades de control	SI	65%	FORTALEZAS: Las funciones y obligaciones están claramente definidas en Manual de funciones y cobros y actúandose, se complementa con la reorganización de los procesos. La conexión por procesos dentro de la entidad permite que el sistema de control interno este articulado con los diferentes sistemas de gestión. Se está en proceso de actualización de procesos y procedimientos. DEBILIDADES: No se adelanta verificación de la eficacia de la evaluación de controles. RECOMENDACIONES: Acorde con el decreto 1499 de 2017 y las líneas de defensa, se debe realizar informes de gestión, e informes de planeación institucional. El Hospital Regional de Duitama requiere realizar política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos. Se requiere que la empresa realice actualización de la política de gestión con valor por resultados. Es necesario, actualizar el diseño de controles frente a la gestión de riesgo.	63%	FORTALEZAS: La entidad ha diseñado controles frente a sus procesos, subprocesos, actividades, programas, proyectos y planes de la entidad, los cuales se han implementado y monitoreado por la primera y segunda línea de Defensa, en cumplimiento de la normativa vigente, ciudadana interna y se recomienda seguir avanzando en la estructuración de la política institucional e el Modelo Integrado de Planeación y Gestión autoritaria de calidad, seguimiento a la planeación estratégica. Tanto a nivel de información física con digital, e intertransversal, a los cuales se ha realizado monitoreo permanente a través de auditorías y seguimiento, que realice la tercera línea de defensa y cumplimiento del plan anual de auditoría aprobado por el comité de institucional de control interno. RECOMENDACIONES: Se recomienda la socialización de los documentos normalizados y mapas de gestión documental quepa de información, los cuales se organizan desde el Subcomité de Gestión de Seguridad de la Información, así mismo el OCU con relación al adecuado diseño y ejecución de controles, se desarrolló socializaciones y auditorías con criterios de las actividades de control estadísticas. Continuar con la ejecución de las actividades definidas dentro de la Planeación de Acción, como oportunidades de mejora y acciones correctivas y cargar el avance del cumplimiento de la ley 1712 de 2014.	2%
Información y comunicación	SI	66%	FORTALEZAS: se cuenta con Política de Renovación Tecnológica, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales y Política de Seguridad, Privacidad de la Información y Seguridad Digital. Contablemente se publica en las redes oficiales de la entidad contenidos de interés para usuarios y público interno. Durante el primer semestre del año 2022 se publica en la página web de la entidad todos los informes realizados por las diferentes áreas y con la periodicidad establecida por la norma. El proceso de TI diseño la Plataforma de Aplicativos y Consultas del Hospital PACH en la cual se realiza la captura de información y se procesan los datos referentes a la gestión de medicamentos, logística y área de control operativo. El proceso TI tiene documentado el procedimiento 351-1-PI DEBARRILLO DE APLICATIVOS TECNOLOGICOS E INFORMATICOS. RECOMENDACIONES: Realizar y analizar caracterización de usuarios o grupos de valor. Realizar actualización del manual de comunicaciones. La Oficina de comunicaciones informa de los avances y presenta informe de las Actividades adelantadas durante el periodo. DEBILIDADES: Es necesario que la oficina TICs realice actualización de riesgos, y presente informe de avance.	61%	FORTALEZAS: la oficina de Control Interno del Hospital Regional de Duitama, realizó evaluaciones independientes, el Plan Anual de Auditorías con corte a 31 de Diciembre de 2021 se ejecutó el 100%, producto de los informes de seguimiento, evaluaciones y auditorías con recomendaciones para el fortalecimiento y mejoramiento de dicho sistema. Por parte de la segunda línea de defensa, se implementaron procedimientos de monitoreo, socializados los avances en el comité de gestión desempeño y calidad con una periodicidad mensual, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones, tales como: Control de Planeación Estratégica, Operativa, Planeación Financiera, contractual y Sistema de Gestión Integral, indicadores, riesgos, acciones de mejora, para el cumplimiento y avance de la entidad. RECOMENDACIONES: la oficina de control interno del Hospital Regional de Duitama recomienda adelantar caracterización de procesos para el monitoreo de riesgos, a fin de contar con una información clave para la toma de decisiones. Se recomienda definir política de control interno, para comunicar las deficiencias de control interno como resultado de monitoreo continuo. Producto de los monitoreos que realice la segunda línea de defensa y de sus recomendaciones, se hace necesario que los líderes realicen planes de mejora y lo suscriban ante la oficina de control interno.	6%
Monitoreo	SI	70%	FORTALEZAS: La oficina de Control Interno realizó el universo de auditorías, se puso en consideración del comité institucional de control interno el Plan Anual de Auditorías del Hospital Regional de Duitama, realizó auditoría al subproceso de facturación, al proceso de Cartera, actividad del gasto, realizó seguimiento a planes de mejoramiento, se realizó seguimiento a SIGEP, evaluación de dependencias, evaluaciones independientes. Se realizó seguimiento y se socializó información a la primera y segunda línea de defensa. RECOMENDACIONES: No está evidencia de verificación y cumplimiento de acciones de inclusión en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones de la segunda línea de defensa. No está evidencia de evaluación de los servicios contratados, acorde con el nivel de riesgo. RECOMENDACIONES: La oficina de control interno del Hospital Regional de Duitama recomienda adelantar caracterización de procesos para el monitoreo de riesgos, caracterización de procesos para las líneas de defensa, a fin de contar con una información clave para la toma de decisiones. Se recomienda definir política de control interno, para comunicar las deficiencias de control. Se hace necesario que los líderes realicen planes de mejora y lo suscriban ante la oficina de control interno y también en la oficina de Mejoramiento continuo.	70%	FORTALEZAS: Se realizaron actividades de monitoreo de la gestión institucional del sistema de control interno de la Unidad, a través de las evaluaciones independientes periódicas de la tercera línea de defensa, el Plan Anual de Auditorías con corte a junio de 2021 se ejecutó el 100%, producto de los informes de seguimiento, evaluaciones y auditorías con recomendaciones para el fortalecimiento y mejoramiento de dicho sistema. Por parte de la segunda línea de defensa, se implementaron procedimientos de monitoreo, socializados los avances en el comité de gestión desempeño y calidad con una periodicidad mensual, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones, tales como: Control de Planeación Estratégica, Operativa, Planeación Financiera, contractual y Sistema de Gestión Integral, indicadores, riesgos, acciones de mejora, para el cumplimiento y avance de la entidad. RECOMENDACIONES: Mantener el Sistema de Control Interno del Hospital Regional de Duitama, a través de las actividades de monitoreo establecidas y cumplimiento de las actividades planeadas en los planes de acción.	6%