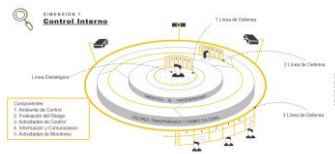


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
Periodo Evaluado:	ENERO A JUNIO DEL 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	94%
---	-----

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	La Entidad tiene diseñadas las políticas, planes, programas y proyectos. Se han fortalecido los controles, implementados en todos los procesos institucionales. Se realiza reporte y seguimiento permanente en los diferentes Comités que operan en la Entidad, administrativos y asistenciales. Se suscriben planes de mejoramiento a los cuales se les realiza seguimiento, informes que son enviados a la Alta Gerencia y son tenidos en cuenta para la toma de decisiones.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se cuenta con mapa de procesos y responsabilidades definidas, según las líneas de defensa. La plataforma estratégica es conocida por todo el personal, la cual es socializada por la Oficina Asesora de Planeación. Se da cumplimiento estricto y oportuno a los informes y reportes de ley. El PGA se aprobó en el Comité Coordinador de Control Interno. Se mejoró sustancialmente en el cumplimiento de planes de mejoramiento suscritos con Entes de Control, lo que evidencia compromiso institucional y mejoramiento continuo. Se continúa en la implementación el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, lo cual ha sido positivo y ha generado un mayor trabajo en equipo y un mejor conocimiento de la entidad.
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 el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el Comité de Gestión y Desempeño Institucional implementados y adoptados por acto administrativo y se encuentran operando. El Esquema de Líneas de Defensa se documentó a través de la Resolución GG-3031-2020 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

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	90%	Se documento en la resolución del CCCI, el esquema de líneas de defensa. En las jornadas de Inducción y Reinducción se convoca a los funcionarios a la gobernabilidad, disciplina y control, ejerciendo el autocontrol en las actividades diarias. Igualmente se explican los roles de las líneas de defensa. A través de las auditorías de gestión y los seguimientos, la Oficina de Control interno realiza la evaluación independiente a la gestión, insumo importante para la mejora continua. Se asiste a los Comités Institucionales, donde se realiza reporte permanente a la gestión. La institución cuenta con las siguientes herramientas para la gestión del riesgo: Política de Administración del Riesgo, Metodología de Administración del Riesgo, Programa de Gestión del Riesgo, Mapa de Riesgos y Grupo Institucional para la gestión del riesgo. El mapa de riesgos institucional se reviso y se ajusto en diciembre del 2020. La Oficina de Control Interno en el desarrollo de la auditoría a la contratación, evalúa el cumplimiento de las obligaciones del contratista y el cumplimiento de las actividades de control que realiza el supervisor a los contratos. La Oficina de Control Interno realiza auditoría al proceso financiero, y trimestralmente realiza un ejercicio de evaluación a la austeridad del gasto y revisión a la ejecución presupuestal informando a la Gerencia el resultado. La Oficina Asesora de Planeación realiza seguimiento a la gestión a través de los planes de acción por proceso, plan de acción institucional, en cumplimiento de las estrategias del Plan de Desarrollo Institucional. Se incluyo el apartado de denuncia, PQRSFD, documentada bajo la Resolución Resolución GG-0763. Aspectos por mejorar: Implementar línea de denuncia para informar sobre incumplimientos al código de integridad institucional. Implementar acciones de mejoramiento con base en los resultados de la evaluación a la Estrategia del Talento Humano y la ruta de creación de valor del Servidor Público. Evaluar el impacto del PIC, las lecciones aprendidas, identificando los aspectos por mejorar.	90%	Se cuenta con planes, políticas, procedimientos, programas, proyectos, código de integridad y directrices institucionales. Aspectos por mejorar: Implementar acciones de mejoramiento con base en los resultados de la evaluación a la Estrategia del Talento Humano y la ruta de creación de valor del Servidor Público. Evaluar el impacto del PIC, las lecciones aprendidas, identificando los aspectos por mejorar. Implementar esquema de denuncia interna. Fortalecer el monitoreo de los estándares de conducta y la práctica de principios y valores por parte del Comité Institucional Coordinador de Control Interno.	0%
Evaluación de riesgos	Si	100%	La Oficina Asesora de Planeación en el ejercicio que realiza anualmente de planeación institucional, realiza el análisis del entorno interno y externo e identifica programas/ proyectos susceptibles de posibles actos de corrupción y acompaña a los procesos de la institución en el diseño de los riesgos y consolida dicha información dando como resultado el Mapa de Riesgo Institucional. Los procesos Institucionales en la autoevaluación a la gestión, realizan seguimiento al mapa de riesgos de su proceso y se ajustan si es necesario. Las acciones definidas para resolver la materialización de los riesgos queda registrada en el mapa de riesgos, y cada proceso realiza seguimiento a todas las acciones registradas en su mapa de riesgos. La Oficina de Control Interno realiza seguimiento 3 veces al año al mapa institucional consolidado y realiza recomendaciones cuando los controles no son efectivos. La evaluación independiente a la gestión que realiza la Oficina de Control Interno, así como la que se realiza mediante los diferentes Comités institucionales, permite a la Alta Dirección evidenciar el impacto sobre el control interno. Los controles se diseñan de acuerdo con la metodología y éstas se encuentran segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas. La Oficina Asesora de Planeación como líder en la implementación de la Gestión del Riesgo, esta atenta a las recomendaciones de ajuste de acciones cuando se encuentran fallas en los controles, así mismo los líderes de los procesos. Aspectos por mejorar: Fortalecer la autoevaluación de la gestión en cada uno de los procesos institucionales y al seguimiento a los riesgos.	100%	Se cuenta con: Grupo Institucional de Gestión del Riesgos. Política de Gestión del Riesgo, metodología institucional, mapa de riesgos institucional y por proceso y programa de gestión del riesgo. Aspectos por mejorar: Por parte de los líderes de proceso, coordinadores y supervisores. (primera y segunda línea de defensa) en la evaluación y seguimiento de las actividades de control. En la verificación por parte del Comité Coordinador de Control Interno al cumplimiento de los lineamientos establecidos para la gestión del riesgo, haciendo énfasis en los riesgos de fraude y corrupción.	0%

<p>Actividades de control</p>	<p>Si</p>	<p>96%</p>	<p>La responsabilidad esta determinada en la institución y es reconocida por los funcionarios, en coherencia con las líneas de defensa - MIPG. Los controles se diseñan de acuerdo con la metodología y éstas se encuentran segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de errores. En la evaluación independiente se detecta la deficiencia en el control y se reporta en los informes a los procesos, informes que se presentan a la Gerencia para la toma de decisiones</p> <p>La Oficina Asesora de Planeación como lider en la orientación de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, asesora y verifica que se estén integrando los sistemas en forma adecuada. Así mismo, realiza seguimiento al cumplimiento de las políticas y planes.</p> <p>La Oficina de Control interno realiza seguimiento y evaluación a la contratación y genera informes a la Gerencia.</p> <p>Los supervisores realizan informes mensuales sobre el cumplimiento de los compromisos contractuales.</p> <p>Se construye herramienta para medir el cumplimiento de la política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos desde cada uno de los ejes establecidos en la misma con un resultado de 78% de acuerdo al instrumento utilizado.</p> <p>Los procesos Institucionales en la autoevaluación a la gestión, realizan seguimiento al mapa de riesgos de su proceso y la Oficina de Control Interno en los seguimientos que realiza a los riesgos verifica que los controles sean efectivos, realiza recomendaciones y genera informes enviados Gerencia para la toma de decisiones.</p> <p>La Oficina Asesora de Planeación en el ejercicio anual para actualizar el mapa de riesgo institucional, realiza el análisis del entorno interno y externo, considerando cambios en las regulaciones. La Oficina de Control Interno verifica que el mapa se actualice teniendo en cuenta cambios en el entorno. La institución fortaleció la gestión del riesgo, para lo cual se cuenta con las siguientes herramientas: Política de Administración del Riesgo, Metodología de Administración del Riesgo, Programa de Gestión del Riesgo, Mapa de Riesgos y Grupo Institucional para la gestión del riesgo.</p> <p>Aspectos por mejora: Fortalecer la actualización de los procedimientos y depurar en la herramienta DARUMA. Culminar la actualización de la caracterización de los procesos. Fortalecer los controles y los informes, por parte de los supervisores, en los procesos de contratación de la Entidad.</p>	<p>96%</p>	<p>Se cuenta con políticas, procedimientos, programas, proyectos, código de integridad y directrices institucionales.</p> <p>Aspectos por mejorar: Se deben mejorar los mecanismos de control al cumplimiento de las políticas y planes institucionales. Fortalecer el seguimiento por parte de los supervisores a la contratación.</p>	<p>0%</p>
<p>Información y comunicación</p>	<p>Si</p>	<p>82%</p>	<p>Se cuenta con plan de mantenimiento preventivo y correctivo de tecnologías de la información, se tiene un cronograma de Back up.</p> <p>Se diseñó el procedimiento de Conflicto de interés, el cual esta en proceso de revisión y aprobación.</p> <p>La Oficina de Control Interno en su rol con Entes Externos de Control, actúa como facilitador de la información.</p> <p>Se tienen determinados en la institución los niveles de responsabilidad en la comunicación externa.</p> <p>La Oficina de Atención al Usuario recepciona las pqr's, a través de los diferentes canales de comunicación, la cual se consolida en la herramienta CROSS desde donde se distribuye a los responsables de responder con los tiempos estipulados por la norma y se generan planes de mejoramiento por PQRS. Igualmente, analizan y publican los indicadores cada tres meses, entre ellos la percepción de los usuarios. La Oficina de Control Interno en el informe semestral a la atención al usuario, registra la oportunidad en las respuestas y el cumplimiento en planes mejoramiento.</p> <p>La Oficina Asesora de Planeación realiza seguimiento al cumplimiento de las políticas, en el proceso de implementación y fortalecimiento del MIPG</p> <p>Se realizó la caracterización del los usuarios que ingresan a la institución, en Comité de Gestión y Desempeño Institucional se evalúa y se proponen mejoras.</p> <p>Se incluyo el apartado de Denuncia en PQRSFD, y se documento segun Resolución GG-0763-2021.</p> <p>Aspectos por mejorar: Lograr la caracterización del usuario desde la admisión en la historia clínica. Contar con el procedimiento de conflictos de interés controlado. Concluir la actualización de requerimientos de transparencia, en cumplimiento de la Resolución 1519/ 2020.</p>	<p>79%</p>	<p>La información y la comunicación se han fortalecido en la institución. Se cuenta con política y plan de comunicaciones. Se entrega información permanente sobre la gestión. Se cuenta con canales internos y externos, identificados por el personal. Se publican en la página web los indicadores trimestrales de las PQRSFD.</p> <p>Aspectos por mejorar: Realizar la caracterización del usuario Diseñar el procedimiento de conflictos de interés</p>	<p>3%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>Si</p>	<p>100%</p>	<p>La Oficina de Control Interno realiza evaluación independiente al estado del Sistema de Control Interno, a través del informe semestral. La institución diligencia la encuesta anual en el FURAG e implementa acciones de mejora con base en los resultados.</p> <p>La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a los Planes de Mejoramiento producto de auditorías de Entes Externos de Control y de auditorías internas de gestión y genera las recomendaciones pertinentes.</p> <p>Los procesos realizan seguimiento a la gestión a través del plan de acción, mapa de riesgos e indicadores y el reporte que se realiza en los diferentes comités.</p> <p>La oficina de Control Interno participa con voz pero sin voto en los Comités que se realizan en la institución, lo que permite conocer las debilidades del estado del control interno</p> <p>La alta Gerencia a través de los comités realiza seguimiento a las deficiencias del Sistema.</p> <p>Los resultados de las evaluaciones y seguimientos son informadas a la Alta Gerencia.</p> <p>La Oficina de Control Interno realiza evaluación sobre la atención al usuario, teniendo como base los indicadores de las PQRSFD</p> <p>Los informes producto de las auditorías y de los seguimientos que realiza Control Interno, reportan las debilidades del control interno, y son enviados a los procesos auditados para diseñar acciones de mejora y a la Gerencia para la toma de decisiones</p> <p>Aspectos por mejorar: Fortalecer la autoevaluación de la gestión en cada uno de los procesos institucionales, y al seguimiento a los riesgos.</p>	<p>100%</p>	<p>Fortaleza: La Oficina realiza los seguimientos a planes de mejora internos y externos. Igualmente, realiza recomendaciones en tiempo real cuando identifica deficiencias del control.</p> <p>Aspectos por mejorar: Fortalecer la evaluación y seguimiento a la gestión (plan de acción, mapa de riesgos, indicadores y planes de mejoramiento) por parte de los líderes de proceso, coordinadores y supervisores (primera y segunda línea de defensa). Fortalecer las actividades de control y de evaluación del SCI en el marco del Comité Coordinador de Control Interno</p>	<p>0%</p>