

107

Popayán, Julio 28 de 2023

Doctor

HUGO ERNESTO BURBANO

Jefe oficina asesora de Planeación

Hospital Universitario san José ESE

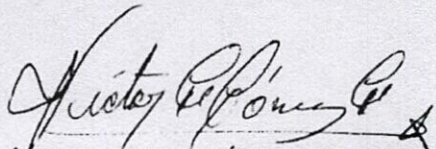
Asunto: Publicacion Informe del Sistema de Control Interno primer semestre 2023

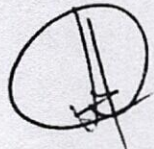
Dando cumplimiento al asunto de este documento, anexo el informe del "sistema de control interno" correspondiente al primer semestre del 2023, para su conocimiento y fines pertinentes.

En ese orden de ideas y en cumplimiento de lo reglado en la norma, este informe será publicado en el link de transparencia de la Entidad, punto Nro. 7. Control Interno/ 7.2 - Reportes de Control Interno, 7.2.2. Sistemas de Control Interno antes pormenorizado <https://hospitalsanjose.gov.co/index.php/sistemasde-control-interno-antes-pormenorizado/> el cual se remite al correo de redes@hospitalsanjose.gov.co para su publicación.

Cordialmente;

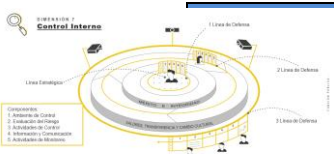
Aprobado para publicación


VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
Jefe oficina de Planeación
Hospital Universitario san José ESE


HUGO ERNESTO BURBANO DAZA
Jefe Oficina Asesora Control Interno
Hospital Universitario san José ESE

Proyecto: AE. Roberto Gustavo Callejas – Afiliado Participe Admisalud
Reviso: Mag. Víctor Fabio Gómez Franco-Jefe Oficina de Control Interno
Aprobó: Mag. Víctor Fabio Gómez Franco-Jefe Oficina de Control Interno

Nombre de la Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE ESE -POPAYAN-
Período Evaluado:	ENERO - JUNIO DE 2023



o del sistema de Control Interno de la entidad

72%

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	El primer semestre de 2023 las oficina de Planeación y de control interno en el marco del cumplimiento y seguimiento a las 7 dimensiones del nuevo sistema integrado de planeación y gestión -MIPG-, se establece que para este reporte los componentes operan de forma integrada, sin embargo, se observa que una de las opciones de mejoras en aras de mejorar los resultados está en el componente de información y comunicación, específicamente frente a la publicaciones y accesibilidad de la página web de la institución, se resalta el seguimiento a la evaluación de riesgos y el promedio bajo de materialización de los mismos, sin embargo, frente a los riesgos asistenciales preocupa como en la vigencia anterior los riesgos que puedan derivarse de la alta ocupación en el área de urgencias, la cual depende principalmente de la ocupación de otras áreas, en síntesis, existe efectividad entre las actividades de control y el ambiente de control establecido, toda vez que están definidas y desarrolladas herramientas que mitigan la materialización de los riesgos, lo que ha permitido que los planes institucionales tengan un avance importante frente al plan de desarrollo para la entidad vigencia 2020-2024.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Frente a la efectividad del sistema de Control Interno para la vigencia 2023, se observa que los controles desarrollados y aplicados en el sistema de control interno son efectivos, resultado de ello es que para el vigencia evaluada el PGA tiene un avance superior al 60%, ahora, teniendo en cuenta que para este corte aún no se cuenta con los resultados de MIPG , la evaluación con corte a diciembre del año anterior estimó que la entidad tiene un 74% de cumplimiento lo que ubica a la institución en el cuarto grado de desarrollo de cinco posibles.
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	Actualmente el Hospital Universitario San José de Popayán mediante resolución 538 DE DICIEMBRE DE 2019 tiene definidas las responsabilidades y niveles de autoridad frente al sistema de gestión de calidad. Adicionalmente en el Manual de Administración de Riesgos se cuenta con la definición de roles y responsabilidades de las líneas de defensa frente al manejo de riesgos. Otro aspecto relevante es la definición de funciones según la estructura organizacional, que permite identificar y tener claridad sobre la toma de decisiones frente al control y otros aspectos relevantes de la institución. Dentro del plan de acción se contempló la revisión y actualización de la matriz de roles, responsabilidades y autoridades frente a la definición del esquema de líneas de defensa establecido en el MIPG. Finalmente, desde la oficina de Talento Humano está incluidas jornadas de inducción y re-inducción en el tema de las 3 líneas de defensa.

Componente	¿El componente está presente y funcionando ?	Nivel de Cumplimiento o componente	Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento o componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	74%	FORTALEZAS: 1. Se cuenta con procedimientos documentados de acuerdo con los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. 3. La gerencia mediante la rendición de cuentas anuales, informe de indicadores, seguimiento a la matriz de riesgos y otrs control implementados hace constante seguimiento a los objetivos establecidos en el plan de desarrollo. 4. Se encuentra definida la estructura organizacional y se asegura la adecuada gestión estratégica del Talento Humano y una debida segregación de las funciones y distribución de los roles y responsabilidades frente al control. 6. Está definido y documentado el esquema de líneas de defensa, que contemple los roles y responsabilidades frente al Sistema de Gestión. 6. Se han implementado y se ha realizado seguimiento a las acciones definidas en el Código de Integridad mediante Resolución 386 del primero de diciembre de 2020. DEBILIDADES: 1. Teniendo en cuenta la aprobación de los documentos Código de Integridad, se hace necesario el fortalecimiento de la divulgación por parte de la División de Gestión de Talento Humano. 2. Dar continuidad al mejoramiento de la metodología Administración de Riesgos	82%	FORTALEZAS: 1. Se cuenta con procedimientos documentados de acuerdo con los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. 2. Se encuentra debidamente adoptado el Código de Integridad mediante Resolución 386 del primero de diciembre de 2020 y se han realizado las socializaciones en distintos canales de comunicación. 3. La Alta Dirección realiza seguimiento para la consecución de los objetivos institucionales a través de informes de gestión, indicadores y revisión por la Alta Gerencia. 4. Se encuentra definida la estructura organizacional y se asegura la adecuada gestión estratégica del Talento Humano. 5. Se cuenta con una definición de controles que contemple un análisis frente a la debida segregación de las funciones y distribución de los roles y responsabilidades frente al control. 6. Está definido y documentado el esquema de líneas de defensa, que contemple los roles y responsabilidades frente al Sistema de Gestión. 7. Se realiza medición y análisis del impacto del Plan Institucional de capacitación sobre los funcionarios. 8. Dentro de las actividades permanentes se encuentra la ejecución y seguimiento de controles y acciones del mapa de riesgo de corrupción con el fin de mantener la integridad en la Institución. DEBILIDADES: 1. Dar continuidad al mejoramiento de la metodología Administración de Riesgos asistenciales, especialmente para el área de urgencias. 2. Continuar con la divulgación por parte de la División de Gestión de Talento Humano Código de Integridad frente a las circunstancias de Conflicto de Interés.	-8%
Evaluación de riesgos	Si	72%	FORTALEZAS: 1. actualmente la institución cuenta con una política efectiva de Administración de los riesgos, el cual brinda las directrices para la identificación valoración y establecimiento de controles para los riesgos identificados en los mapas de riesgos de cada uno de los procesos enmarcados en el Sistema de Gestión de Calidad, los cuales estan subdivididos en riesgos de corrupción que aplica a nivel institucional, riesgos administrativos y riesgos asistenciales. 2. Monitoreo permanente de riesgos por parte de los procesos y seguimiento periódico por parte de la Oficina Asesora de Control Interno y Planeación. 3. Se destaca el compromiso de la alta dirección en la evaluación periódica de los objetivos estratégicos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados. 4. desde el proceso de planeación se realiza seguimiento a los indicadores asociados a dichos objetivos; Estos aspectos también son socializados a los distintos procesos y servicios del Hospital. DEBILIDADES: 1. Dar continuidad al mejoramiento de la metodología Administración de Riesgos de y a la aplicación de lineamientos para Seguridad y privacidad de la información. 2. Finalizar la revisión de los protocolos de los indicadores asociados al plan de Desarrollo institucional y hacer una revisión de la interrelación con los indicadores de proceso.	75%	FORTALEZAS: 1. Se cuenta con un proceso de gestión del riesgo que se ejecuta de acuerdo con la metodología definida que permite la trazabilidad y generación de reportes y facilita el seguimiento. 2. Se realiza periódicamente seguimiento y monitoreo a los riesgos de gestión y corrupción, generando los resultados y recomendaciones requeridos para la mejora. 3. la evaluación de riesgos para la vigencia 2022 la oficina de planeación en Comité de Gestión y Desempeño en aplicación a la modificación y actualización en virtud a la guía emitida por el DAFP, de los 65 mapas suscritos, cada proceso reporto la información correspondiente para un 100% de cumplimiento, de igual manera, de las 189 actividades asignadas a los procesos, se llevaron a cabo el 100% de las mismas. 4. Las acciones de control ejercidas permitieron que se diera aplicación a los procedimientos, guías y protocolos, reduciendo el riesgo de los procesos tanto administrativos como asistenciales. Vale indicar que en la vigencia 2022 no se vio materializado ningún riesgo de corrupción. DEBILIDADES: 1. Definir y documentar el esquema de líneas de defensa, que contemple los roles y responsabilidades frente a la gestión del riesgo. 2. Establecer en la política de administración del riesgo, la forma en que se divulgarán en la Entidad los informes de la segunda y tercera línea de defensa. La administración de los riesgos se realiza mediante la plataforma Excel, es necesario que se implemente un aplicativo para fortalecer el seguimiento a los mismos.	-3%
Actividades de control	Si	69%	FORTALEZAS 1. La institución cuenta para el desarrollo de las actividades con normativa interna, manuales de funciones, procedimientos, instructivos, otros documentos y sistemas de información que contribuyen a facilitar el flujo de los procesos y de la información para dar soporte a la misión institucional. 2. Adicionalmente en el proceso de talento humano se cuenta con un subproceso de seguridad y salud en el trabajo y en el proceso de Recursos Físico se encuentra el subproceso de gestión ambiental. 3. El Sistema Integrado de Gestión se encuentra alineado bajo el marco de referencia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. 4. Mediante resolución 198 del 31 de mayo de 2023 la entidad la entidad creo el frupo técnico para la consolidación de la formalización laboral. DEBILIDADES 1. Dar continuidad al mejoramiento de la metodología Administración de Riesgos de la el cual incluye la valoración de los controles. 2. La institución cuenta con 122 funcionarios públicos de más de 2000 colaboradores que trabajan en el Hospital, es necesario dar continuidad efectiva al programa de formalización laboral.	73%	FORTALEZAS 1. Con el fin de mantener un flujo efectivo de las actividades desarrolladas por los procesos la institución cuenta con normativa interna, manuales de funciones, procedimientos, instructivos, otros documentos y sistemas de información en donde se tienen controles implementados que contribuyen a evitar la materialización de posibles riesgos. 2. El Sistema Integrado de Gestión se encuentra alineado bajo el marco de referencia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. 3. Se proyectó, aprobó y socializó el Manual de supervisión y auditoría como, mejora en la etapa de ejecución, pago de cuentas, revisión de los elementos documentales para pago de cuentas, liquidación. DEBILIDADES 1. El proceso de Administración y almacenamiento de la información (sistemas) no tiene documentado el mapa de riesgos de seguridad de la información, el cual carece de controles plenamente identificados e implementados, lo que se traduce en la inseguridad de la información de la institución tal y como puede evidenciarse en la certificación dada por la empresa NEXLURA... 2. El proceso de almacén tiene debilidad en la adherencia a los procedimiento, lo que podría materializar un riesgo financiero dada la diferencia que refleja el inventario entre lo físico y el sistema, lo que hace necesario materializar el proceso de bajas. 3: Es necesario hacer una actualización al manual administrativo de manejo de bienes, teniendo en cuenta que el mismo no atiende las necesidades de la institución. 4. Es necesario que se efectúe un seguimiento más estricto a los controles de los riesgos asistenciales, dado los últimos indicadores del área de Urgencias, el cual muestra una ocupación promedio superior al 140%	-4%
Información y comunicación	Si	64%	FORTALEZAS 1. La Institución cuenta con sistemas de información que soportan el quehacer de las actividades de cada uno de los procesos y facilita el acceso a la información. 2. Desde el proceso de Gestión documental se tienen implementados unos Instrumentos Archivísticos con el fin de garantizar el derecho y las restricciones de acceso y seguridad a la información de los documentos según los lineamientos de la Ley de Transparencia. 3. Se destaca los canales de comunicación para el flujo de información como es el caso de página web, correos electrónicos, sistemas de información, redes sociales, reuniones de comités u otros. DEBILIDADES 1. Es importante que se cuenten con un canal más efectivo para la recepción de preguntas y peticiones con respecto a la rendición de cuentas. 2. Es necesario implementar un Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información 3. Es urgente que la entidad actualice las tablas de retención documental.	71%	FORTALEZAS 1. Se realizó en la oportunidad indicada la Rendición Anual de Cuentas correspondiente a la vigencia 2021 a través de una invitación al público en general, rendición que se realizó de forma presencial y transmitida por las redes sociales oficiales de la entidad y otros medios de comunicación. 2. La controlaría en la auditoría al Índice de Transparencia y acceso a la información entregó donde califica la misma con 57 punto de 100 posibles. 3. A través del proceso de Sistema Integral de Atención al Usuario se vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos, elementos que el Hospital regló en la resolución interna 054 de 2017, a través de la cual la organización da cumplimiento a su política de atención al ciudadano y participación ciudadana. DEBILIDADES 1. Es importante que se cuenten con un canal más efectivo para la recepción de preguntas y peticiones con respecto a la rendición de cuentas. 2. La entidad no presento el informe correspondiente para el año 2021, lo que impide que se haga una comparación con la vigencia anterior, no obstante, se observa que es necesario dar cumplimiento a la ley 1519 de 2020 frente a la accesibilidad WEB dirigida a grupos de valores con limitación visual, auditiva o indígena, la publicación de la estructura orgánica, las hojas de vidas de los funcionarios públicos, proyectos de inversión de la institución, e información frente a las políticas de prevención del daño antijurídico. 3. El funcionamiento del sistema de información interno denominado DOCUNET (Operaciones Internas) no se está dando de forma normal.	-7%
Monitoreo	Si	82%	FORTALEZAS: 1. La Entidad cuenta con un sistema fortalecido de PQRSF el cual es monitoreado constantemente con el fin de dar respuesta oportuna a las eventualidades que se presentan, adicionalmente se realizaron dos informes trimestrales que evidencian el comportamiento de las PQRSF durante el periodo analizado. 2. Seguimiento a planes de acción por parte planeación y la oficina de control interno, de diferentes fuentes como lo son auditorías internas, tendencias en los indicadores, gestión de riesgos, entre otros. 3. Desde el proceso se realiza seguimiento constante a los planes de acción derivados de auditorías internas de gestión, auditorías externas o reportes a diferentes entidades que requieren ser fortalecidos. 4. Reportes periódicos al Comité Institucional de Gestión y Desempeño sobre diferentes aspectos de Modelo integrado de Planeación y Gestión. DEBILIDADES: 1. Dar continuidad al mejoramiento de la metodología Administración de Riesgos 2. Mecanismos para consolidar la información y el seguimiento realizado a planes, programas, proyectos u actividades realizadas por los diferentes procesos. 3. El equipo asignado a la oficina de control interno carece de un profesional en contaduría.	86%	FORTALEZAS: 1. Cumplimiento a 31 de diciembre de 2022 el Plan Anual de Auditoría, presentó un cumplimiento del 96, 50% 2. La Alta Dirección realiza seguimiento permanente a las acciones correctivas derivadas de debilidades observadas en el SCI. 3. Seguimiento permanente por parte de la tercera línea de defensa a los planes de mejoramiento y los externos suscritos con la Contraloría municipal de la ciudad de Popayán. DEBILIDADES: 1. Analizar y documentar las líneas de defensa, roles y responsabilidades y líneas de reporte, de acuerdo con lo definido en la dimensión 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y en la Guía de Gestión y Administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas V5 del DAFP. 2. Realizar análisis de la información suministrada por los usuarios mediante las peticiones, quejas y reclamos, con el propósito de retroalimentar los procesos hacia la mejora del SCI. 3. El equipo asignado a la oficina de control interno carece de un profesional asistencial y un profesional en contaduría.	-4%

