

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO COLOMBIA Confianza y valor para su vida NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 04
		Página 1 de 1

107

Popayán, Enero 25 de 2024

Doctor
HUGO ERNESTO BURBANO
Jefe oficina asesora de Planeación
Hospital Universitario san José ESE

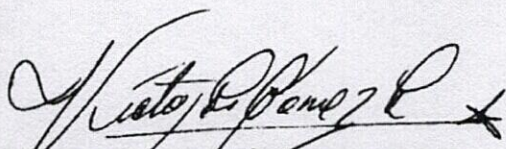
Asunto: Publicacion Informe del Sistema de Control Interno segundo semestre 2023

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

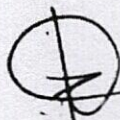
En ese orden de ideas y en cumplimiento de lo reglado en la norma, este informe será publicado en el link de transparencia de la Entidad, punto Nro. 7. Control Interno/ 7.2 - Reportes de Control Interno, 7.2.2. Sistemas de Control Interno antes pormenorizado <https://hospitalsanjose.gov.co/index.php/sistemasde-control-interno-antes-pormenorizado/> 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. Victor Fabio Gómez Franco-Jefe Oficina de Control Interno
Aprobó: Mag. Victor Fabio Gómez Franco-Jefe Oficina de Control Interno

Nombre de la Entidad:		HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE ESE -POPAYAN-			
Periodo Evaluado:		JULIO A DICIEMBRE DE 2023			
		o del sistema de Control Interno de la entidad	80%		
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	Los avances en la implementación de cada una de las dimensiones y políticas del M.I.P.G., incluyendo la de Control Interno, son el resultado de una gestión articulada entre los diferentes responsables de las mismas, producto de ejercicios de autoevaluación y establecimiento de planes de acción, incluyendo las actividades registradas y de las herramientas de control diseñadas por la entidad en atención a las políticas de M.I.P.G., articulada también con los demás planes institucionales; a través de la cual, también se ve fortalecido el M.E.C.I., que desde sus inicios, siendo prioridad de la entidad, por cuanto se trazan directrices a todos los niveles de la institución, orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales; con evaluaciones periódicas por parte de la Oficina de Control Interno traducido 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	En concepto del Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, el Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario de Popayán, durante el segundo semestre de la vigencia 2023, se vio fortalecido por el dinamismo y compromiso que ha caracterizado a la entidad respecto al Plan de Acción Integrado M.I.P.G., y por las directrices trazadas desde la Gerencia en los componentes administrativos, financieros, tecnológicos, asistenciales y de control, mejorando los niveles de confiabilidad y calidad de los procesos, acorde con el nivel de complejidad institucional. En consideración a nuestra naturaleza jurídica, como Empresa Social del Estado - Hospital Universitario, de mediana y alta complejidad en salud, y único referente público del departamento. Igualmente, se debe resaltar que la entidad cuenta con una Oficina de Control Interno, con formación profesional y especializada en diferentes disciplinas del conocimiento; lo cual permite un buen nivel de cumplimiento de los roles que, por ley, nos corresponde desarrollar; reconociendo también, la buena articulación que se tiene con la Oficina de Planeación y Calidad.			
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 esta 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: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento o componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior
Ambiente de control	Si	77%	FORTALEZAS: 1. La Institución ha fortalecido cada una de las acciones a ejecutar, programas, planes, políticas, Manuales, Guías, Formatos, Etc. Evidenciándose el interés por parte de la Entidad de aplicar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión M.I.P.G., 2. desde su Plataforma Estratégica en adelante, todo el engranaje institucional esta diseñado con el fin de mejorar continuamente a partir de la ejecución de actividades con adherencia al M.I.P.G., 3. se evidencia que la Entidad se encuentra enfocada a lograr posicionar al Talento Humano como eje central de su Entidad. 4. Está definido y documentado el esquema de líneas de defensa, que contemple los roles y responsabilidades frente al Sistema de Gestión. 5. se realiza medición y análisis del impacto del Plan Institucional de capacitación sobre los funcionarios. 6. 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. Se recomienda a la oficina de talento humano durante la vigencia 2024 realizar la evaluación de la Política de Integridad a los colaboradores de la institución y la divulgación de la política por los diferentes medios Institucionales, 3. así como continuar con el proceso de implementación de plantas temporales orientado por el DAFP. 2. Dar continuidad al mejoramiento de la metodología Administración de Riesgos	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 otros 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
Evaluación de riesgos	Si	82%	FORTALEZAS: 1. La E.S.E. Hospital Universitario de Popayán, cuenta con una Oficina de Planeación y Calidad integrada por un equipo multidisciplinario, la cual por directrices generales y en cumplimiento de sus roles, es la encargada de realizar el mapa de riesgos institucional y la metodología que rige su evaluación. 2. En el componente de Evaluación del riesgo mantuvo el crecimiento prometido para la vigencia evaluada. 3. La Oficina Asesora de Control Interno, actuando como tercera línea de defensa, realiza un seguimiento anual al Mapa de Riesgos Institucional aportando así al mejoramiento continuo de los procesos. 4. Se realizan reuniones pre- Audiencia realizadas con representantes lega de usuarios y sectores de la comunidad. 5. La entidad acorta el proceso a todos sus colaboradores mediante capacitaciones y controles con liberos de procesos, donde crea una comentó los logros en su gestión. Cabildeo de la temática en el informe de rendición. 7. Amplia cobertura, debido a que la audiencia se realizó presencial y transmitida en vivo por redes sociales y YouTube. 8. Cumplimiento de publicación del informe de Rendición de Cuentas en el momento de Rendición de Cuentas, en el portal de la entidad. 9. Durante la vigencia 2023, no se evidenció la materialización de alguno de los riesgos de corrupción por lo tanto los controles son efectivos. 10. De acuerdo al seguimiento y ejecución del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PNAAC de la vigencia 2023, en el primer cuatrimestre, se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades programadas. 11. De los 65 mapas de riesgos de corrupción identificados, 65 reportaron información para su seguimiento con corte a mayo de 2022, lo que equivale al 100% de cumplimiento. DEBILIDADES: 1. Es importante que en la primera y segunda línea de defensa se continúen fortaleciendo aspectos como: Fortalecer el diseño de controles e indicadores que no vayan acorde a la definición del Riesgo, por lo cual hay dificultad en su medición y valoración de efectividad y Promover la adherencia de la Metodología de Gestión del Riesgo 2. La transmisión del informe, no es en formato inclusivo. Se requiere la interpretación en lenguaje de señas. 3. El lugar en el que se realizó la Audiencia Pública no contó con la suficiente capacidad para recibir cómodamente a la totalidad de los asistentes.	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 están 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.
Actividades de control	Si	79%	FORTALEZAS 1. Se contó con los mecanismos de control que permiten verificar la ejecución. 2. Se verificó que los controles contribuyen a la mitigación de riesgos hasta niveles óptimos, mediante el seguimiento al mapadesde riesgo de la entidad. 3. A partir del MIPG, se articuló la implementación de otros sistemas de gestión. Se contó con instrumentos para la actualización de los procesos, procedimientos y políticas de operación, entre otros. 4. Se realizó seguimiento al cumplimiento de las políticas y planes de operación. 5. Se realizó el análisis y seguimiento a la ejecución de los controles por los procesos. DEBILIDADES 1. Actualizar la documentación en algunos procesos de la entidad, como el manual administrativo de manejo de bienes, la resolución mediante la cual se entienden las PQRSF, desarrollando una herramienta que permita garantizar el debido proceso a los funcionarios públicos derivados de las quejas que se presenten en su contra, también se debe actualizar el manual de ética del auditor y el manual de auditorías. 2. Es necesario actualizar el manual de contratación de la entidad, en busca de garantizar el principio de pluralidad de oferentes e igualdad.	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 grupo técnico para la consolidación de la formalización laboral. DEBILIDADES 1. Dar continuidad al mejoramiento de la metodología Administración de Riesgos de la 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.
Información y comunicación	Si	73%	FORTALEZAS 1. Se contó con sistemas de información implementados. 2. Se contó con Políticas de operación relacionadas con la administración de información, funcionamiento y divulgación del canal de denuncias. 3. Se contó con Políticas y procedimientos para la comunicación interna efectiva. 4. Se contó con informes sobre percepción de la atención y la satisfacción de usuarios. 5. Se contó con criterios para realizar seguimiento a la Política de Servicio al Ciudadano. 6. permanente entrega de información sobre el que hacer institucional, a través de los distintos medios dispuestos para este propósito, siendo su portal web uno de los más importantes, donde cotidianamente se publican las novedades y aspectos relevantes de la gestión institucional. 7. La entidad cuenta con redes sociales, administradas por la Oficina de Comunicaciones, medios que cada vez adquieren mayor relevancia y posicionamiento complementándose DEBILIDADES 1. Es necesario implementar un Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, teniendo en cuenta que se han presentado denuncia frente a la pérdida de esta, la cual ha sido utilizada para estafar a los usuarios del hospital. 2. Es necesario que para la vigencia 2024 se adelante una auditoria a gestión documental, dado que a la fecha no se ha actualizado e las tablas de retención documental. 3. Fortalecer la oportunidad en respuesta a PQRSF, dado que para el segundo semestre de la vigencia 2023, disminuyó la calificación obtenida, se recomienda a la oficina de PQRSF y a los responsables de dar respuesta a las peticiones divulgar los canales y cumplir con los terminos establecidos.	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.
Monitoreo	Si	89%	FORTALEZAS: 1. El comité de control interno se reúne periódicamente para la revisión y seguimiento de los informes emitidos por la oficina de control interno, así del Plan Anual de Auditorías, buscando la mejora del Sistema de Control Interno. 2. Se continua con la ejecución de Auditorías Internas de Gestión con enfoque basado en riesgos, alineados con los objetivos y prioridades de la institución. 3. La Oficina de Control Interno realiza evaluación trimestral sobre el avance, cumplimiento y eficacia del Plan de Mejoramiento institucional (incluye todas las fuentes de evaluación internas y externas), con retroalimentación a los responsables y estos se socializan en el comité de coordinación del sistema de control interno y gestión de calidad. 4. Se Realiza seguimiento a la ejecución del plan anual de auditoria por parte del mite de coordinación del sistema de control interno y gestión de calidad. 5. La alta Dirección periódicamente analiza la evaluación de resultados obtenidos en los seguimientos, informes y Auditorías realizadas con el fin de tomar decisiones. 6. La oficina de control interno realiza asesoría para la Formulación de planes de mejora eficaces que contribuyan a satisfacer las necesidades de los grupos de valor. DEBILIDADES: 1. Se encuentra pendiente la elaboración de los mapas de riesgos de seguridad de la información. 2. Es necesario la actualización y/o revisión de los procesos que tengan mas de 3 años, dado que estos pueden estar desactualizados.	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.

