Nombre de la Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE ESE -POPAYAN-
Periodo Evaluado:	JUNIO A DICIEMBRE DE 2024

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	En el segundo semestre de la vigencia 2024, la entidad en cumplimiento y seguimiento a las dimensiones y políticas del Modelo Integrado de planeación y gestión (MIPG) se presenta un problema derivado del cambio constante de los coodinadores de los procesos, quienes a razón d ela linea de aprendizaje ha generado retraso en la entrega de la información y una paficación incorrecte de los criterios del MIPG entre los componentes objeto de evaluación del sistema de control interno, no obstante, es necesario resaltar que a paesar de los cambios en los cargos de dirección y planeación los componentes mantienen un nivel positivo de operación y cumplimiento, no obstante, los cambios en las coordinaciones de los procesos de rango no directivo han generado un retraso en los reportes de la Entidad. Ahora, al cierre del año 2024 existen avances importantes en la implementación de cada una de las dimensiones y políticas del M.I.P.G., lo caul se ve reflejado en la evaluaciones periódicas por parte de la Oficina de Control Interno
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Tal y como fue sustentado ante el comité de coordinación de control interno, con unas excepciones frente a la comunicaicón entre la oficina de control interno y la alta gerencia, el sistema de control interno se torna efectivo frente a la evaluación y alcance de los objetivos, prueba de ellos es que el PGA alcanza para el cierre de la vigencia 2024 un procentaje de cumplimeinto superior al 95%, con el cierre de auditorias importantes para la entidad como lo es cirugía, neonatos , talento humano y gestión documental, preocupa para esta oficina asesora el cumplimiento parcial de las auditorias con entes externos, pues muestra una debilidad admnistrativ. en conclusión se observa una efectividad importante frente al sistema de control interno, Los resultados de los informes del MIPG, demuestran el avance de la entidad frente al cumplimiento de los objetivos plasmados, finalmente, apesar de las advertencias expresadas por esta oficina, tambien continua la debilidad en la adherencia a los procedimientos, el cambio de la página WEB y la seguridad de la información 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	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 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%	**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 anules, informe de indicadores, seguimeinto a la matriz de riesgos y otrs control implementados hace constante seguimeinto 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. 7.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. 8. El Hospital hoy tiene determinada los controles efectivo e integrado al desarrollo de los objetivos de la entidad, lo que está en consonancia con la segregación de las funciones y distribución de los roles y responsabilidades frente al control. 7. La institución tiene definido y documentado el esquema de líneas de defensa, que contemple los roles y responsabilidades frente al Sistema de Gestión. **DEBILIDADES:** 3,continuar con el proceso de implementación de plantas temporales orientado por el DAFP. 2.El cambio de coordinadores de procesos y la rotación del personal genera un riesgo para el cumplimiento frente al reporte de la información de la entidad y el cumplimiento de los objetivos	81%	FORTALEZAS: 1. 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. 2. El Hospital Universitario San José cuenta procedimientos documentados de acuerdo con los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. 3. Desde la Gerencia y dado que la entidad tiene una clara segregación de funciones y roles se hace un seguimiento efectivo frente a la consecución de los objetivos institucionales a través de informes de gestión, indicadores entre otros, vale indicar que, aunque el proceso de acreditación no obtuvo la calificación mínima, el trabajo efectuado se establece como una fortaleza el cual ha sido objeto de continuidad de la actual Gerencia. 4, El Hospital hoy tiene determinada los controles efectivo e integrado al desarrollo de los objetivos de la entidad, lo que está en consonancia con la segregación de las funciones y distribución de los roles y responsabilidades frente al control. 5. Dentro de las actividades permanentes se encuentra la ejecución y seguimiento de controles y acciones del mapa de riesgo de corrupción y el nuevo programa de transparencia y ética publica que entra a reemplazar el PAAC, con el fin de mantener la integridad en la institución. 6. La Institución tiene plenamente definido su estructura organizacional lo que se traduce en la adecuada gestión estratégica del Talento Humano. 7. La institución tiene definido y documentado el esquema de líneas de defensa, que contemple los roles y responsabilidades frente al Sistema de Gestión. 8. 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. DEBILIDADES: 1. Continuar con la divulgación por parte del Proceso de Talento Humano del Código de Integridad. 2. Las líneas de reporte establecidas deben fortalecerse, dado que el cambio de la mayoría de los coordinadores está afectando los reportes correspondientes.	-2%
Evaluación de riesgos	Si	82%	**FORTALEZAS:** 1. actualmente la institución cuenta con una politica 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 subdivideidos 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 Oficna Asera 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. La entidad hoy tiene definido los objetivos con plena claridad con el propósito de identificar, evaluar y evitar la materialización de los riesgos estratégicos, operativos, legales, presupuestales, financieros y asistenciales. 5. La institución cuenta con un procedimiento 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. 6. Las acciones de control ejercidas permitieron que se diera aplicación a los procedimientos, guías y protocolos, reduciendo el riesgo de materialización de los administrativos y asistenciales. **DEBILIDADES:** 1. La evaluación de los factores externos e internos deben ajustarse a los niveles apropiados de dirección, para que la entidad puede establecer cómo responder frente a la materialización e importancia de los mismos. 2. Dar continuidad al mejoramiento de la metodología Administración de Riesgos de y a la aplicación de lineamientos para Seguridad y privacidad de la información. 3, 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	85%	**FORTALEZAS:** 1. La entidad hoy tiene definido los objetivos con plena claridad con el propósito de identificar, evaluar y evitar la materialización de los riesgos estratégicos, operativos, legales, presupuestales, financieros y asistenciales. 2. La institución cuenta con un procedimiento 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. 3. El hospital San José hace seguimiento y monitoreo a los riesgos de gestión y corrupción, generando los resultados y recomendaciones requeridos para la mejora y prevención en la materialización de los mimos. 4. La evaluación de riesgos tiene en cuenta distintos tipos de fraude o corrupción y evalúa las actitudes y justificaciones. 5. Las acciones de control ejercidas permitieron que se diera aplicación a los procedimientos, guías y protocolos, reduciendo el riesgo de materialización de los administrativos y asistenciales. **DEBILIDADES:** 1. La evaluación de los factores externos e internos deben ajustarse a los niveles apropiados de dirección, para que la entidad puede establecer cómo responder frente a la materialización e importancia de los mismos. 2. La entidad está expuesta a un riesgo financiero derivado de la no aplicación de las normas de carácter tributario.	-3%
Actividades de control	Si	75%	**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.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. 5. El Sistema Integrado de Gestión se encuentra alineado bajo el marco de referencia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. **DEBILIDADES** 1. Las políticas y procedimientos no establece responsabilidades plenamente claras sobre la ejecución de las mismas y procedimientos, las medidas correctivas deben fortalecerse 2. 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. 3. se debe socializar las políticas y procedimientos a los nuevos coordinadores en aras de evitar la materialización de algún riesgo. 4. 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.	88%	**FORTALEZAS** 1. El diseño y desarrollo de actividades de control está integrado con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades y facilita la segregación de funciones. 2. La entidad seleccionar y desarrolla controles generales para apoyar la consecución de los objetivos, establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; establece actividades de control relevantes sobre los procesos de gestión de la seguridad; establece actividades de control relevantes sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías. 3.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. 4. El Sistema Integrado de Gestión se encuentra alineado bajo el marco de referencia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. **DEBILIDADES** 1. Las políticas y procedimientos no establece responsabilidades plenamente claras sobre la ejecución de las mismas y procedimientos, las medidas correctivas deben fortalecerse 2. 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. 3. se debe socializar las políticas y procedimientos a los nuevos coordinadores en aras de evitar la materialización de algún riesgo.	-13%
Información y comunicación	Si	77%	**FORTALEZAS** 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. 3. La comunicación Interna establecida a partir del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno facilita líneas de comunicación en todos los niveles. 4. 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 reglo 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. 5. La institución garantiza la disponibilidad, confiabilidad, integridad de la información. **DEBILIDADES** 1. Es necesario fortalecer la comunicación con el exterior y sus grupos de valor y con terceros externos interesados, en aras las líneas de comunicación efectivas accesibles. 2. Es importante que se cuenten con un canal más efectivo para la recepción de preguntas y peticiones con respecto a la rendición de cuentas. 3. Dado los casos de exposición de información de la entidad hoy se hace necesario fortalecer la seguridad de la información 4. Es necesario mejorar el link de trasnparencia, en aras de que la información pueda estar publicada sea más accesible a los usuarios externos. 5. Es necesario implementar un Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información 6. Es urgente que la entidad actualice las tablas de retención documental.	70%	FORTALEZAS 1. La Entidad utiliza de información relevante lo que facilita la identificación de requisitos de información. 2. El hospital Universitario san José Capta fuentes de datos internas y externas, lo que permite el procesamiento de datos relevantes que se traducen en la proyección de procedimientos , guías protocolos entre otros. 3. La comunicación Interna establecida a partir del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno facilita líneas de comunicación en todos los niveles. 4. 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 reglo 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. 5. La institución garantiza la disponibilidad, confiabilidad, integridad de la información. DEBILIDADES 1. Es necesario fortalecer la comunicación con el exterior y sus grupos de valor y con terceros externos interesados, en aras las líneas de comunicación efectivas accesibles. 2. Es importante que se cuenten con un canal más efectivo para la recepción de preguntas y peticiones con respecto a la rendición de cuentas. 3. Dado los casos de exposición de información de la entidad hoy se hace necesario fortalecer la seguridad de la información frente a los datos consignados en las historias clínicas de los pacientes, pues se encontraron casos de vulneración de los mismos. 4. Es necesario que el Hospital verificar que la información fluya a través de los canales establecidos.	7%
Monitoreo	Si	88%	**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 Auditorias, 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 Mejoramientoinstitucional (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. Por su parte la línea estratégica y la 2ª Línea de Defensa aportan información para los análisis y toma de decisiones del direccionamiento estratégico. 5. La oficina asesora de control interno pudo verificar que se estén llevado a cabo autoevaluaciones por parte de la 2ª línea de defensa. 6. La Alta Dirección realiza seguimiento permanente a las acciones correctivas derivadas de debilidades observadas en el SCI. **DEBILIDADES:** 1. Es necesario la actualización y/o revisión de los procesos que tengan mas de 3 años, dado que estos pueden estar desactualizados. 2. Los cambios efectuados de los coordinadores han generado que la segunda línea de defensa no pueda evaluar adecuadamente la gestión del riesgo.	91%	**FORTALEZAS:** 1. La Entidad tiene diseñadas evaluaciones continuas y/o separadas, autoevaluación y auditorías las cuales permites establecer que los componentes del SCI están presentes y funcionando. 2. El Hospital universitario San José esta tiene un sistema de evaluación y comunicación de deficiencias oportunas, pues, a partir de las herramientas implementadas en consonancia con el MIPG evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y monitorea las medidas correctivas. 3. Por su parte la línea estratégica y la 2ª Línea de Defensa aportan información para los análisis y toma de decisiones del direccionamiento estratégico. 4. La oficina asesora de control interno pudo verificar que se estén llevado a cabo autoevaluaciones por parte de la 2ª línea de defensa. 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. 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. 2. Los cambios efectuados de los coordinadores han generado que la segunda línea de defensa no pueda evaluar adecuadamente la gestión del riesgo.	-4%