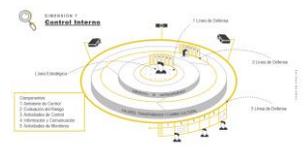


<b>Nombre de la Entidad:</b>	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.
<b>Periodo Evaluado:</b>	PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021



**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	Se logró evidenciar una adecuada integración del Sistema de Planeación y Gestión y el Sistema de Control Interno, permitiendo una alineación constantes de los objetivos estratégicos y las actividades de gestión de la entidad, comunicando los avances periódicos que permiten a la entidad tomar decisiones a tiempo y lograr así cumplimiento de las metas propuestas. Teniendo en cuenta que a partir de la implementación del Modelo MIPG Decreto 1499 de 2017, el cual se presenta en el contexto de la gestión pública como un avance importante para la ejecución y seguimiento integral de la gestión a través de siete (7) dimensiones, de las cuales hace parte el control interno.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno esta estructurado conforme las líneas de defensa en donde su cumplimiento permite la constante interacción entre ellas y evaluación del cumplimiento de los objetivos. Identificando falencias en todos los niveles de monitoreo haciendo la gestión mas efectiva e identificando de manera preventiva y correctiva los controles y riesgos en cada uno de los procesos institucionales, y tambien que garanticen la calidad de la información presentada a los diferentes grupos de valor
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	En el marco del Modelo de Operación por Procesos, se encuentran definidos los roles y responsables en la aplicación de los controles, la cual permite mejorar las comunicaciones en la gestión de riesgos y control mediante la aclaración de las funciones y deberes esenciales relacionados, en aras de fortalecer la operación del Sistema de Control Interno,

Componente	¿se esta cumpliendo los requerimientos ?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente
AMBIENTE DE CONTROL	Si	100%	<p>Este componente se fortaleció con el direccionamiento estratégico y planeación requiriendo el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la Alta dirección, gestión con valores para resultados y especialmente con Talento Humano.</p> <p>Se trabajó en la actualización de la plataforma estratégica, misión y visión a y la divulgación, se realizó un análisis estratégico DOFA con la participación de la alta dirección, líderes de procesos y líderes de programas y servicios claves de la institución.</p> <p>Se realizó también una revisión de la alineación de los principios y valores incluidos en el código de integridad con el direccionamiento estratégico</p> <p>Se cuenta con un plan de desarrollo que incluye los 5 perspectivas estratégicas, adicionando la responsabilidad social a las 4 que se tenían del plan de desarrollo anterior , como son la perspectiva financiera, la de cliente la de procesos y la de crecimiento y desarrollo.</p> <p>El plan de desarrollo cuenta con los diversos programas, responsables, acciones, indicadores, tiempos, etc.</p> <p>Se cuenta también con un Sistema de gestión que integra, el Sistema de Gestión de Calidad, el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y el Modelo Integrado de planeación y gestión, dentro del cual se tiene definido un organigrama institucional y un mapa de procesos.</p> <p>El comité directivo se reúne cada mes, realiza seguimiento al avance de los compromisos e indicadores y se retroalimenta de información indispensable para la toma de decisiones.</p> <p>La oficina de Planeación, tiene como mecanismo de monitoreo a la gestión, el seguimiento al cumplimiento de los planes de acción por proceso.</p> <p>Contamos con el código de integridad el cual incluye los principios y valores institucionales de acuerdo a los lineamientos de MIPG.</p> <p>Gran parte del comité de Gerencia y de los principales líderes institucionales realizó curso de actualización en PAMEC y de MIPG de la página de la DAFP, lo que logro mejorar la interiorización, coprension y habilidades de los líderes institucionales</p>

<p><b>EVALUACION DEL RIESGO</b></p>	<p><b>Si</b></p>	<p><b>80%</b></p>	<p>La gestión del riesgo se fortalece a través del diseño y seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional y por proceso y al plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano.</p> <p>En el componente de racionalización de tramites de la institución De acuerdo a MIPG ya se cuenta con la política de racionalización de trámites Resolución N°425 de 31 de julio de 2019, se está implementando el inventario de tramites, y también se está trabajando en la parametrización y estandarización los tramites alineado al sistema único de información de tramites (SUIT).</p> <p>La entidad a avanzado en el cumplimiento de la ley de transparencia, tenemos la ley de protección de datos, pagina web con chat en línea, publicación y contratación a través de página del Secop, se actualizó y socializó el procedimiento de PQRS, se continúa fortaleciendo el análisis de las respuestas y retroalimentando para mejora en la calidad de respuesta</p> <p>Por requerimientos de MIPG se crearon y se está en proceso de socialización las políticas de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción y la política de defensa Jurídica</p> <p>Aunque el hospital ya cuenta con una metodología de gestión de riesgos y una herramienta de mapa de riesgos, en el primer semestre del año 2021 se ha continuado trabajando en la metodología de gestión de riesgo para fortalecer el seguimiento y ejecución de las acciones derivadas del análisis de los riesgos.</p> <p>también se ha adelantado trabajo en la integración o alineación con otros sistemas como son el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo SGSST o el Sistema de Gestión Ambiental, el programa de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, entre otros</p> <p>De esta manera se tiene como meta optimizar los recursos y actividades de los diferentes procesos, programas y sistemas al interior de la institución, y que no se trabaje de manera aislada.</p> <p>Se continúa trabajando la alineación o identificación de indicadores de los procesos que permitan evidenciar el correcto funcionamiento de los controles para prevención y mitigación de los riesgos o en caso contrario ayuden a evidenciar la materialización de algun riesgo y permitan de manera rápida y efectiva tomar las medidas pertinentes en caso de ocurrir.</p>
<p><b>ACTIVIDADES DEL CONTROL</b></p>	<p><b>Si</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<p>Los comités que funcionan en la Entidad son mecanismos de control, toda vez que allí se exponen los avances en la gestión y las dificultades presentadas, a partir de las cuales se toman decisiones y se asignan responsabilidades.</p> <p>Por otro lado se cuenta con otro tipo de reuniones de equipo alineadas al sistema unico de acreditación, como son los equipos PAMEC y los grupos primarios por proceso, que tambien se vienen impulsando desde el area de calidad y de talento humano.</p> <p>También se esta trabajando en crear la cultura del registro de actas en el sistema panacea, para que sea de facil consulta y seguimiento por todos los integrantes de cada reunión</p> <p>Se cuenta con un proceso de informacion documentada que incluye las políticas de operación por cada proceso osea los manuales, procedimientos, guias, protocolos, instructivos, formatos, videos, infogramas y demas informacion que sirva de guia a los funcionarios para el logro de los objetivos de cada proceso y el cumplimiento de sus actividades especificas por subproceso, servicio o cargo.</p> <p>El seguimiento al cumplimiento de cada proceso se hace de manera mensual a traves de los comites administrativos, financieros y asistenciales de indicadores</p> <p>El área de Calidad de acuerdo al tablero de mando establecido consolida la información por proceso, pero tambien alimenta el tablero de mando institucional donde se hace seguimiento a los indicadores de nivel estrategico, lo cual permite hacer un seguimiento mensual al cumplimiento de los programas y objetivos estrategicos.</p>
<p><b>INFORMACION Y COMUNICACIÓN</b></p>	<p><b>Si</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<p>La información y la comunicación, se realiza a través de publicaciones en la intranet, y pagina web, correo institucional, carteleras y redes sociales, mediante charlas, en reuniones, información en el auditorio y en rendición de cuentas a la comunidad.</p> <p>Otro elemento importante de comunicación, son los mecanismos para recepción registro y atención de peticiones, quejas y reclamos, sugerencias y felicitaciones PQRSF.</p> <p>La institución mantiene y gestiona una serie de canales de servicio, a través de los cuales los grupos de valor, pueden solicitar tramites y servicios sobre temas de competencia de la entidad como : Buzón de sugerencias ,Correo electrónico ,Encuestas de satisfacción ,Personal ,Telefónico Web.</p>
<p><b>ACTIVIDADES DE MONITOREO</b></p>	<p><b>Si</b></p>	<p><b>90%</b></p>	<p>Este componente es transversal a toda la institución y se desarrolla a través de la autoevaluación ejecutada por cada proceso y la evaluación independiente realizada por la Oficina de Control Interno, permitiendo valorar la efectividad del control interno de la entidad y los resultados de su gestión, detectando las desviaciones frente a las metas planificadas y realizando recomendaciones.</p> <p>El comité de gerencia se realiza el monitoreo a la gestión institucional, con el seguimiento a los indicadores que se reportan por cada proceso.</p> <p>el comité institucional de Gestión y desempeño y el comité de coordinación de control interno, realizan actividades de monitoreo a la gestión en los temas que les compete.</p> <p>La oficina de control interno en su rol de enfoque hacia la prevención y de evaluación de seguimiento, ejecuta durante la vigencia el programa y cronograma anual de auditorías e informes de ley , aprobado por la gerencia.</p>