

	INFORME PORMENORIZADO MECI		Código:
			Versión: 01
			Página 1 de 16

Vegachí, julio 30 de 2022

Doctor
YONATHAN VEGA MONTOYA
Gerente
E.S.E. Hospital San Camilo de Lelis
Vegachí - Antioquia

Asunto: Informe pormenorizado del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) correspondiente al primer semestre del año 2022.

Dando cumplimiento a los lineamientos definidos en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 donde se establece que “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”; hago entrega del informe de evaluación independiente del Sistema de Control Interno correspondiente al período de enero 1 a junio 30 de 2022.

La estructura del informe que se desarrolla a continuación se elabora con base en los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública de acuerdo con lo establecido por la normatividad mencionada.

En el informe se presenta el estado del Sistema de Control Interno en la institución, registrando las debilidades y fortalezas identificadas con base en la aplicación de los criterios de evaluación establecidos en los instrumentos diseñados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para los componentes de ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y monitoreo, que hacen parte de la dimensión No. 7 que corresponde a Control Interno, del Modelo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

A continuación, se presentan los resultados del informe pormenorizado de control interno:

	INFORME PORMENORIZADO MECI		Código:
			Versión: 01
			Página 2 de 16

INFORME PORMENORIZADO MECI
PRIMER SEMESTRE DE 2022

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	Si	65%	DEBILIDADES: La documentación y actualización de procesos, procedimientos, mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo adicional a la realización de sus actividades diarias, lo cual dificulta en algunas ocasiones el avance en la realización de dichas actividades, además de generar incremento de costos para la institución. Las actividades enfocadas al fortalecimiento del Talento Humano se encuentran en cabeza de funcionarios del nivel directivo, tanto desde su planeación como operatividad, lo cual en algunos momentos dificulta la disponibilidad de tiempo debido a las múltiples funciones. Aunque se cuenta con un proceso para la Administración del Riesgo y en él se definen criterios para su implementación, éste requiere actualización a la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y continuidad por parte de los líderes de proceso en la primera y segunda línea de defensa en la documentación y actualización de los mapas de riesgos para los procesos. Aunque se tienen establecidas las diferentes líneas de defensa, se requiere fortalecer en la documentación del esquema de las líneas de defensa y socialización a los funcionarios de la institución. Se requiere socializar el Código de Integridad definido para la Institución a todos los funcionarios de la entidad.

Se requiere fortalecer la documentación del plan anual de vacantes, plan de previsión del talento humano y plan estratégico del talento humano.

Se identifica la necesidad de fortalecer en la implementación del programa de gestión documental, incluyendo el manejo de la información física y electrónica.

FORTALEZAS:

Se encuentra documentado el código de integridad con base en la política de integridad nacional.

Se encuentra conformado el Comité de Convivencia Laboral de acuerdo a lo establecido por la normatividad vigente.

Se actualizo la política de administración del riesgo con base en la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante acto administrativo (resolución), se requiere fortalecer su socialización a los líderes de procesos.

Se cuenta con Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2021 - 2024 y el plan operativo anual 2022, dichos documentos fueron aprobados por la Junta Directiva de la entidad mediante acto administrativo.

Se cuenta con funcionarios asignados para la realización de los diferentes reportes.

Se tienen formulado para la vigencia 2022 el plan de capacitación institucional, el cual se viene implementando.

Se vienen desarrollando actividades de bienestar social definidas desde la planeación institucional, que permiten el mejoramiento de la calidad de vida laboral de los funcionarios.

			Se encuentra formulado y en implementación el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo. Durante el primer semestre de la vigencia 2022 se han fortalecido las actividades de inducción, se diseñó instrumento que se viene aplicando a los funcionarios nuevos y se definió desde la Alta Dirección la asignación de días específicos para la inducción antes del inicio de sus labores. Se formulo para la vigencia 2022 el mapa de riesgos de corrupción, de acuerdo a la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Se viene realizando la evaluación de desempeño a los funcionarios de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil. Se diseñaron matrices para los indicadores definidos para los procesos, indicando su medición en algunos procesos, se requiere continuidad con la actividad. La entidad cuenta con página web la cual se encuentra en proceso de actualización con base en la información que se debe cumplir desde la Ley de Transparencia y Acceso a la Información. Se encuentran conformados y operativos el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Por parte de la Alta Dirección se cuenta con compromiso para la implementación de los diferentes Sistemas de Gestión que se desarrollan en la entidad. Se formulo el programa de auditorías internas para la vigencia 2022, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
--	--	--	---

			y socializado a los integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se realiza revisión y análisis a la información financiera por parte de la Alta Dirección y en los espacios de la Junta Directiva.
Evaluación de riesgos	No	59%	DEBILIDADES: La documentación y actualización procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo adicional a la realización de sus actividades diarias, lo cual dificulta en algunas ocasiones el avance en la realización de dichas actividades, además de generar incremento de costos para la institución. Igualmente, se requiere que dicha actualización se realice con base en la nueva guía metodológica definida por la entidad para la gestión por procesos. Aunque se realiza la medición de algunos indicadores de reporte obligatorio y se diseñaron algunas matrices de indicadores específicas para la medición de los procesos, se requiere continuar con la construcción de matrices para los procesos pendientes, además de la medición y análisis para evaluar la gestión de los procesos por parte de los funcionarios en la primera y segunda línea de defensa. Se requiere continuar con la operatividad de espacios institucionales que aportan al seguimiento en materia de riesgos y controles como el Comité de Seguridad del Paciente. Se cuenta con mapas de riesgos para algunos procesos, pero éstos requieren la actualización de acuerdo a la metodología de administración del riesgo definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y adoptada por la entidad. FORTALEZAS:

Se realizó la actualización de la política de administración del riesgo de acuerdo a la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se requiere fortalecer en la socialización a los funcionarios.

Se documenta para la vigencia 2022 el mapa de riesgos de corrupción con base en la metodología de administración del riesgo definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y se realizó seguimiento a los controles de éstos durante el primer cuatrimestre del año 2022.

Se vienen realizando actividades de supervisión por parte de la segunda línea de defensa, elaborando los respectivos soportes que evidencian la ejecución de la actividad.

Se vienen avanzando en el diseño de matrices de indicadores para ser medidas por los líderes de proceso diseñadas desde el Asesor de Calidad, se avanzó en la medición de los indicadores correspondientes al Servicio Farmacéutico, Odontología y los definidos en el Plan Operativo Anual durante el primer semestre de 2022, como una actividad de control dentro de los procesos y la planeación institucional.

La entidad cuenta con Comités que permiten la revisión y análisis de actividades que se vienen implementando para disminuir los riesgos y fortalecer los procesos y por ende el sistema de control interno, como un sistema transversal a la entidad.

El Plan Operativo Anual para la vigencia 2022 se encuentra documentado y aprobado por la Junta Directiva, donde se definen objetivos estratégicos coherentes con los procesos institucionales.

Se tienen implementada la realización de seguimiento a los objetivos estratégicos a partir del seguimiento al Plan Operativo Anual.

			Por parte de la Alta Dirección se presenta información a la Junta Directiva relacionada con la gestión financiera, planeación y producción de los servicios de manera periódica. Se cuenta con procesos documentados, dentro de los cuales se define alcance y objetivos, igualmente éstos requieren mayor socialización permanente por parte de los líderes de procesos. Se han implementado desde el plan de auditoría interna actividades de auditoría y seguimientos que permiten la verificación de los procesos. Se viene mejorando la operatividad del Comité de Seguridad del Paciente como un espacio que permite el análisis de eventos adversos presentados en la entidad y desde donde se definen acciones de mejorar para impactar las consecuencias o prevenir su ocurrencia.
Actividades de control	Si	46%	DEBILIDADES: Aunque se verifican criterios de cumplimiento del objeto contractual de proveedores a través de la supervisión a los contratos, no se cuenta con un procedimiento documentado para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología. Aunque se cuenta con mapas de riesgos para algunos procesos, éstos requieren actualización y seguimiento por parte de los líderes de proceso en la primera y segunda línea de defensa, con base en la metodología adoptada por la entidad con base en la definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Aunque se cuenta con algunos procesos y procedimientos documentados, se requiere por parte de los líderes de proceso de la primera y segunda línea de defensa la actualización de éstos con base en la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la gestión por procesos articulada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

			Se requiere continuidad en la documentación de las matrices de indicadores para todos los procesos y la medición y análisis de éstos por parte de los líderes de procesos. FORTALEZAS: La entidad cuenta con una estructura organizacional documentada acorde a las características de la Institución. El Manual de Funciones y Competencias se encuentra actualizado a los criterios normativos. Desde la Alta Dirección se realiza revisión de los resultados de auditorías internas y seguimientos definidos en la planeación institucional como actividad de control, dentro del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se tiene establecido desde la Alta Dirección la implementación de otros Sistemas de Gestión (Sistema de Garantía de la Calidad, Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo), que fortalecen el desarrollo institucional, buscando la integralidad con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Para la vigencia 2022 se formuló el Plan de Mantenimiento Institucional, el cual se viene liderando desde la Subdirección Administrativa como primera línea de defensa. Para la vigencia 2022 se formuló el Plan Anual de Adquisiciones, el cual se viene liderando desde la Subdirección Administrativa como primera línea de defensa. Se tiene formulado para la vigencia el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, de acuerdo a la normatividad y con participación de los funcionarios que se requieren de las diferentes líneas de defensa e integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se viene
--	--	--	--

			realizando el seguimiento de éste de manera cuatrimestral de acuerdo con lo establecido en la normatividad actual. Se formulo el mapa de riesgos de corrupción correspondiente a la vigencia 2022 y se le ha venido realizando seguimiento. Por parte de la Alta Dirección se realiza revisión de los resultados de la planeación institución, información financiera, producción y se presentan resultados sobre ésta a la Junta Directiva de manera periódica. Se realizo capacitación a los lideres de proceso durante el primer semestre sobre la metodología para la actualización de la caracterización de procesos y descripción de procedimientos con base en la guía metodológica para la gestión por procesos definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública articulada al MIPG.
Información y comunicación	Si	57%	DEBILIDADES: Aunque desde la Alta Dirección se han definido políticas relacionadas con el mejoramiento de la información, se requiere fortalecer implementando las políticas relacionadas con el gobierno digital, seguridad digital y la gestión documental definidas desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). No se ha documentado en la Institución el mapa de riesgos de seguridad de la información donde se documenten los controles relacionados con éstos. No se realizó en la vigencia 2022 la evaluación de los canales de comunicación. Es necesario fortalecer la socialización al cliente interno y externo sobre la política para el tratamiento de datos personales, a través de los diferentes canales de comunicación diseñados en la institución.

			Aunque se realizan actividades de identificación de la satisfacción del usuario y gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, se requiere mejorar en la medición de indicadores y presentación de los resultados a la Alta Dirección. FORTALEZAS: Se cuenta con un software en la Institución que permite la integralidad de la información en los diferentes procesos. Con base en los requerimientos normativos y las necesidades identificadas por los líderes de proceso en las diferentes líneas de defensa, se definen las fuentes de datos para generar y procesar la información. Por parte de la Alta Dirección a través de las actividades de reinducción y Comités institucionales se realiza la socialización de la planeación y los resultados de ésta. Se han implementado diferentes canales de comunicación con el cliente externo (página web, cartelera, actividades de rendición de cuentas, Oficina de Información y Atención al Usuario, Comité de Ética), que permiten el contacto con los usuarios y la publicación de información de interés para la comunidad cumpliendo criterios establecidos desde la Ley de Transparencia y Acceso a la Información. Por parte de la Oficina de Información y Atención al Usuario se han realizado actividades de convocatoria para la operatividad y acompañamiento a la Asociación de Usuarios. Se viene realizando la identificación de la satisfacción del usuario y la gestión de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de los usuarios por parte de la Oficina de Información y Atención al Usuario.
--	--	--	--

			A nivel interno en la Institución se han establecido canales de comunicación que permiten identificar oportunidades para el mejoramiento continuo como los comités institucionales, donde participan líderes de procesos de las diferentes áreas y líneas de defensa. Igualmente, se tienen establecidos otros mecanismos de comunicación interna como carteleras para información de los funcionarios y correos electrónicos. Se consolida información de los usuarios a través de bases de datos que permite la caracterización de los usuarios que se requieren.
Monitoreo	Si	79%	DEBILIDADES: En la entidad se realizan reportes de deficiencias en el control interno, pero falta sistematicidad y cobertura desde todos los procesos. FORTALEZAS: Por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se realizó la aprobación del programa de auditoría interna para la vigencia 2022. Por parte de la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, se realizó seguimiento a la planeación institucional con información a diciembre 31 de 2021 durante el primer semestre del año 2022 y seguimiento al primer semestre de la vigencia 2022. Dichos resultados fueron dados a conocer a la Alta Dirección para su revisión e implementación de las acciones de mejora pertinentes. Se vienen realizando las actividades de auditoría interna y seguimientos definidas desde el programa de auditoría interna por parte del Asesor de Control Interno y los líderes asignados, se elaboran los respectivos informes los cuales son presentados a la Alta Dirección para su conocimiento. Se elaboran los respectivos planes de mejoramiento con base en los resultados de las auditorías internas a los procesos.

	INFORME PORMENORIZADO MECI	Código:
		Versión: 01
		Página 12 de 16

			Desde la segunda línea de defensa se ha realizado monitoreo por parte de los supervisores de los contratos y a través de algunos Comités. Con base en los resultados de las auditoria externas (Contraloría, EAPB), se documentan los respectivos planes de mejoramiento y se vienen realizando seguimientos a su implementación.
--	--	--	---

De acuerdo con los resultados de los componentes analizados en la tabla anterior, se obtiene un promedio de la calificación del estado del sistema de control interno del 61%, lo cual lo ubica en una clasificación de “oportunidad de mejora”, indicando que el Modelo Estándar de Control Interno se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.

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	De acuerdo al análisis realizado al Sistema de Control Interno en los diferentes componentes que hacen parte de la dimensión No. 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), puede observarse que se han realizado desde las diferentes líneas de defensa actividades para desarrollar cada uno de los componentes que permiten su integridad, sin dejar de evidenciar que se ha logrado avances y se requieren continuar con la implementación de acciones de mejora en algunos de éstos, tales como: *Dentro del ambiente de control, para una adecuada prestación de los servicios como misión de la Institución y dando cumplimiento a los lineamientos normativos, se desarrollan procesos de planeación encaminados a la formulación de proyectos, objetivos y metas que permiten mejorar el manejo de los recursos (financieros, humanos, físicos) incluyendo los procesos de direccionamientos, misionales y de apoyo, se cuenta para la vigencia 2022 con
--	----	---

	INFORME PORMENORIZADO MECI	Código:
		Versión: 01
		Página 13 de 16

	el plan operativo anual el cual fue presentado a la Junta Directiva para su aprobación. Se logro avance en la documentación del código de integridad con base en la política de integridad nacional, que permite definir los valores del servidor público integrados desde los valores institucionales en el Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2021 - 2024. Se vienen estableciendo políticas a nivel institucional que permiten el fortalecimiento de los procesos y la implementación de los diferentes sistemas de gestión. Por parte de la Alta Dirección se evidencia compromiso con la implementación de los diferentes Sistemas de Gestión que aplican a la entidad y permiten el mejoramiento en el desarrollo de los procesos. *Dentro de la evaluación del riesgo, se avanzó en la actualización de la política de administración del riesgo de acuerdo a lo definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se tienen documentados algunos mapas de riesgos para los procesos, pero éstos requieren actualización por parte de los líderes de procesos con base en la nueva política. Igualmente se identifica la necesidad de fortalecer en la implementación de actividades que apuntan a la verificación de controles desde la medición de indicadores a los procesos y realización de actividades de seguimiento y auditoría. Se documento para la vigencia 2022 el mapa de riesgos de corrupción y a éste se le viene realizando seguimiento. Se viene avanzando en la medición de indicadores a través de matrices de indicadores medidas y analizadas por los líderes de proceso, se requiere la continuidad en la actividad para lograr la medición de la gestión de todos los procesos de la entidad. *En el componente de actividades de control, se han venido definiendo políticas, planes y procesos que aportan a la implementación de controles para la mitigación o disminución de riesgos, los cuales requieren continuar fortaleciéndose desde las diferentes líneas de defensa. Es necesario fortalecer la actualización de procesos y procedimientos con base en la nueva guía metodológica definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública articulada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión. *Desde el componente de información y comunicación, se han desarrollado avances relacionados con la implementación de canales para brindar información a la comunidad (página web, carteleras, actividades de rendición de cuentas, Oficina de Información y Atención al Usuario, entre otras), sin embargo es necesario su fortalecimiento en todo lo relacionado con las políticas de gestión documental, gobierno digital y seguridad digital y el
--	---

	INFORME PORMENORIZADO MECI		Código:
			Versión: 01
			Página 14 de 16

		cumplimiento de criterios relacionados con la publicación de información establecidos desde la Ley de Transparencia y Acceso a la Información (Ley 1712 de 2014). *Dentro del componente de monitoreo y evaluación, se ha logrado avance en la implementación de actividades de seguimiento y auditoria, siendo una de las directrices establecidas desde la Alta Dirección como proceso de mejoramiento continuo presente en los diferentes niveles institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Desde las actividades que se han desarrollado en la Institución para la implementación del Sistema de Control y que requieren su continuidad enmarcadas dentro de un proceso de mejoramiento continuo, éstas han sido efectivas, logrando avances en los diferentes componentes e identificando aspectos por mejorar dentro del desarrollo de los procesos, los cuales son evidenciados a través de diferentes espacios de comunicación institucional como los Comités Institucionales y plasmados en documentos como las actas, los informes de auditorías internas y externas, seguimientos y planes de mejoramiento.
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 la Institución se tienen identificadas las diferentes líneas de defensa y desde la Alta Dirección se han establecido y se mantienen operativos espacios como el Comité Coordinador de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, los cuales permiten una implementación, monitoreo y toma de decisiones para el mejoramiento de los componentes que hacen parte del Sistema de Control Interno.

	INFORME PORMENORIZADO MECI		Código:
			Versión: 01
			Página 15 de 16

RECOMENDACIONES:

- Implementar estrategias que permitan destinar tiempo a los funcionarios que hacen parte de la primera y segunda línea de defensa, para la documentación y actualización de procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros productos que se deben generar desde las diferentes dimensiones definidas por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Formular y/o actualizar de los mapas de riesgos que se requieran por parte de los líderes en la primera y segunda línea de defensa, de acuerdo a la política de administración del riesgo y la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y realizar seguimiento a éstos.
- Revisar, actualizar y/o documentar los procesos y procedimientos con base en la nueva metodología de gestión por procesos definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, además de tener en cuenta para la documentación de manuales, guías, protocolos, procesos y procedimiento en el área asistencial, los establecidos en la Resolución 3100 de 2019 donde se definen los estándares del sistema único de habilitación.
- Realizar sensibilización a los funcionarios sobre las líneas de defensa definidas en la entidad.
- Socializar el código de integridad a los funcionarios de la institución a través de diferentes canales de comunicación.
- Documentar el plan anual de vacantes, plan de previsión del talento humano y plan estratégico del talento humano, aplicable a la entidad en cumplimiento del decreto 612 de 2018.
- Socializar el Plan Operativo Anual de la vigencia 2022 a través de diferentes canales de comunicación.
- Continuar con el diseño de las matrices para la caracterización de los indicadores e implementar la medición y análisis de éstos permitiendo evaluar la gestión de los procesos por parte de los funcionarios en la primera y segunda línea de defensa.
- Documentar un procedimiento para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología.

	INFORME PORMENORIZADO MECI	Código:
		Versión: 01
		Página 16 de 16

- Mejorar la operatividad de los comités que se requieran como espacios de comunicación entre los funcionarios y la alta dirección.
- Realizar la implementación de las políticas relacionadas con gobierno digital, seguridad digital y la gestión documental definidas desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Documentar el mapa de riesgos de seguridad de la información donde se documenten los controles relacionados con éstos.
- Realizar para la vigencia 2022 la evaluación de los canales de comunicación.
- Continuar mejorando la publicación de la información con base en los criterios establecidos por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información en la página web de la entidad.

Adriana Pérez

ADRIANA MARÍA PÉREZ ZULETA
Asesora de Control Interno