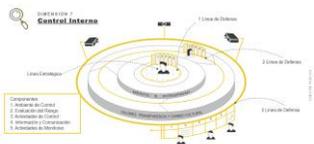


Nombre de la Entidad:

HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

Periodo Evaluado:

PRIMER SEMESTRE DE 2023



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

70%

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	La entidad viene implementando gradualmente cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, en especial ha fortalecido el ambiente de control, evaluación de riesgos y actividades de control, con lo cual viene consolidando su sistema de control interno.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	A partir de la adopción e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión al interior de la entidad, la aplicación de cada una de las políticas de gestión y desempeño y de los componentes del MECI, se ha evidenciado un mejoramiento del índice de gestión y desempeño de la entidad y en los resultados de la calificación de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno así como en el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos en los planes institucionales y estratégicos.
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	El modelo de líneas de defensa se viene consolidando en la entidad, la segunda línea de defensa a través de la oficina de planeación con el acompañamiento a los líderes de procesos y consolidación de la información y la tercera línea de defensa, a cargo de la oficina de control interno través de la evaluación independiente. La institucionalidad creada con los Comités de Gestión y Desempeño y de Control Interno han contribuido a la toma de decisiones, generando espacios de análisis y discusión para el mejoramiento continuo.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación 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	83%	La entidad viene afianzando su ambiente de control al realizar socialización del procedimiento de manejo de conflictos de intereses, avanzar en la implementación de la ley de transparencia, realizar monitoreo y análisis de la gestión de los riesgos de corrupción, actualizar su política de gestión del riesgo e implementar la metodología estandarizada en la plataforma virtual de la Contraloría General del Quindío. Asimismo se avanzó en la socialización del esquema de líneas de defensa y líneas de reporte al interior del Comité de Control Interno y se realizó seguimiento trimestral a la ejecución de los planes de acción por procesos y semestral al cumplimiento de los planes institucionales del Decreto 612 de 2018. Es necesario establecer y/o fortalecer los controles para el reporte y gestión de posibles conflictos de intereses, uso inadecuado de información privilegiada, promover el uso de canales de denuncias frente actos de corrupción y definir acciones de evaluación de retiro de personal.	77%	La entidad viene afianzando su ambiente de control al realizar seguimiento y evaluación desde el Comité de Control Interno, de quejas y reclamos de usuarios que atenten contra el código de integridad, del Plan Anual de Auditorías Internas, cumplimiento de planes institucionales, gestión del riesgo, incluyendo los riesgos de corrupción, con lo cual se ha fortalecido el esquema de líneas de defensa, dando como resultado un mejoramiento en la gestión institucional. Es necesario establecer y/o fortalecer los controles para el reporte y gestión de posibles conflictos de intereses, uso inadecuado de información privilegiada, promover el uso de canales de denuncias frente actos de corrupción y definir acciones de evaluación de retiro de personal.	6%

Evaluación de riesgos	Si	65%	<p>La entidad tiene alineados sus planes de acción a sus planes estratégicos y realiza seguimiento periódico a su cumplimiento, de igual manera realiza seguimiento periódico a indicadores de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo para evaluar la gestión institucional. En el mes de enero se realizó socialización de los resultados de la evaluación de la gestión del riesgo por parte de la tercera línea de defensa y se identificaron riesgos materializados para los procesos de facturación y atención al usuario por lo cual se tomaron decisiones para la mejora. Se realizaron auditorías internas a los servicios tercerizados como CNT (sistema de información), laboratorio clínico y rayos X. Se recomienda hacer mayor énfasis en el uso del formato para el reporte de riesgos materializados realizando el análisis causal y el respectivo plan de mejora, asimismo es necesario identificar los riesgos que se aceptan de acuerdo a lo descrito en las acciones de tratamiento con el fin de evaluar pertinencia de sostenerlos o ajustarlos y analizar los riesgos de las actividades tercerizadas que afectan la prestación de los servicios a los usuarios.</p>	59%	<p>Se revisaron y ajustaron los riesgos de los procesos y subprocesos de acuerdo al análisis del entorno con los responsables de cada uno de ellos y se brindó asesoría y acompañamiento en la metodología unificada para la gestión de los mismos, reglamentada por la Contraloría General del Quindío. Se realizaron auditorías de calidad a los servicios tercerizados de laboratorio clínico, lectura de citologías cervico-uterinas, esterilización y rayos X. Se recomienda identificar los riesgos que se aceptan de acuerdo a lo descrito en las acciones de tratamiento con el fin de evaluar pertinencia de sostenerlos o ajustarlos y analizar los riesgos de las actividades tercerizadas que afectan la prestación de los servicios a los usuarios.</p>	6%
Actividades de control	Si	67%	<p>La entidad cuenta con un organigrama funcional adecuado al mapa de procesos que establece niveles de autoridad, tiene implementado el modelo de líneas de defensa para la gestión del riesgo y certificado su sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2015. Se realizó auditoría a CNT donde se identificaron aspectos a intervenir que requieren la gestión activa del hospital a través del proceso de sistemas de información. Se realiza evaluación periódica de la gestión del riesgo y análisis de los resultados en el Comité de Control Interno, se deben documentar algunos controles que si bien se realizan, no están por escrito; se hace necesario adoptar acciones de control (adquisición de equipos de computo que soporten la facturación electrónica) para el adecuado desarrollo de la facturación electrónica y radicación oportuna de cuentas a la ERP en sus portales web, asimismo se debe realizar evaluación independiente a los controles implementados por proveedores de servicios (en especial Servicios TI) para la mitigación de riesgos. Es necesario segregar funciones de la auxiliar administrativa vinculada a la planta de personal de la entidad quien tiene a cargo funciones de nómina, tesorería y caja menor.</p>	58%	<p>La entidad cuenta con un Manual Integrado de Planeación y Gestión que incluye el SGC bajo la NTC ISO9001:2015, MIPG, SGSST y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud que integran de manera adecuada la estructura de control de la entidad. Se realiza evaluación periódica de la gestión del riesgo y análisis de los resultados en el Comité de Control Interno, se deben documentar algunos controles que si bien se realizan, no están por escrito; se hace necesario adoptar acciones de control para el adecuado desarrollo de la facturación electrónica y radicación oportuna de cuentas a la ERP en sus portales web, asimismo se debe realizar evaluación independiente a los controles implementados por proveedores de servicios (en especial Servicios TI) para la mitigación de riesgos.</p>	9%
Información y comunicación	Si	61%	<p>Se tienen definidas en gran parte las necesidades de información, para dar cumplimiento a los requerimientos normativos, de las partes interesadas y del sistema de control interno, sin embargo se evidencian falencias frente a temas de facturación electrónica y parametrización de plantillas de historia clínica para dar respuesta a los requisitos de la Resolución 3280 de 2018. La entidad formulo plan de comunicaciones a partir de un diagnostico del uso e impacto de sus canales de comunicación, de igual manera actualizó su registro de activos de información e identificó riesgos de seguridad de la información con sus respectivos controles, mas no se ha efectuado la evaluación de la criticidad de la información; actualizó la mayor parte de la documentación del SGC la cual se dispuso de manera electrónica en la nube. Se realizó caracterización de sus usuarios o grupos de valor.</p>	57%	<p>Se tienen definidas en gran parte las necesidades de información, para dar cumplimiento a los requerimientos normativos, de las partes interesadas y del sistema de control interno, sin embargo se evidencian falencias frente a temas de facturación electrónica y parametrización de plantillas de historia clínica para dar respuesta a los requisitos de la Resolución 3280 de 2018. La entidad actualizó su registro de activos de información e identificó riesgos de seguridad de la información con sus respectivos controles, mas no se ha efectuado la evaluación de la criticidad de la información; actualizó la mayor parte de la información del SGC la cual se dispuso de manera electrónica en la nube. no ha realizado caracterización de sus usuarios o grupos de valor.</p>	4%
Monitoreo	Si	75%	<p>Desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se aprueba el Plan Anual de Auditorías basado en riesgos, y la Jefe de Control Interno socializa su cumplimiento y resultados al interior del Comité, da a conocer semestralmente los resultados de la evaluación independiente del SCI, de la gestión de los riesgos y efectividad de los controles y gestión de PQRD y con base en ello se toman decisiones. Los hallazgos derivados de auditorías externas generan planes de mejora son sujetos de seguimiento bien sea por parte de la responsable de Calidad o Control Interno. Periódicamente la responsable de Calidad realiza seguimiento a la labor de los comités institucionales y los retroalimenta. Se debe fortalecer la evaluación de riesgos de procesos tercerizados</p>	64%	<p>Desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se aprueba el Plan Anual de Auditorías basado en riesgos, y la Jefe de Control Interno socializa su cumplimiento y resultados al interior del Comité, da a conocer semestralmente los resultados de la evaluación independiente del SCI, de la gestión de los riesgos y efectividad de los controles y gestión de PQRD y con base en ello se toman decisiones. Los hallazgos derivados de auditorías externas generan planes de mejora son sujetos de seguimiento bien sea por parte de la responsable de Calidad o Control Interno. Periódicamente la responsable de Calidad realiza seguimiento a la labor de los comités institucionales y los retroalimenta. Se debe realizar evaluación de riesgos de procesos tercerizados</p>	11%

