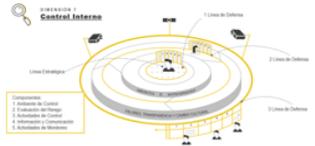


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO
Periodo Evaluado:	SEGUNDO SEMESTRE DE 2025



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 justos y de manera integrada? (Si / 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 a 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	75%	FORTALEZAS: La gerencia adopta decisiones basadas en los informes de seguimiento y auditoría. La entidad tiene establecido y operando el comité institucional de control interno y el comité institucional de Gestión y desempeño a través de los cuales se ejerce control al sistema de control interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Se realiza seguimiento trimestral a los planes de acción por proceso. El asesor de control interno participa activamente en el comité de sostenibilidad contable y hace uso de herramientas de seguimiento para apoyar la toma de decisiones. DEBILIDADES: es necesario fortalecer acciones para evaluar el retro del personal. Desde la segunda línea de defensa se debe asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo sean apropiados y funcionen correctamente. Se requiere revisar y actualizar el mapa de riesgos.	88%	Fortalezas: La entidad tiene establecido el mecanismo de manejo de intereses, tiene conformados y operando el comité institucional de control interno y el comité institucional de Gestión y desempeño a través de los cuales se ejerce control al sistema de control interno y el Modelo Integrado de planeación y gestión. Se contó con el acompañamiento permanente por parte de la gerencia para la realización de acciones de autocontrol de los líderes de cada servicio que permitieron el cumplimiento de metas institucionales. Se realizó seguimiento trimestral a los planes de acción por proceso, es necesario fortalecer acciones para evaluar el retro del personal. Desde la segunda línea de defensa se debe asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo sean apropiados y funcionen correctamente. Se requiere revisar y actualizar el mapa de riesgos.	-13%
Evaluación de riesgos	Si	65%	FORTALEZAS: Los objetivos operativos están definidos y orientados al mejoramiento continuo de los procesos, alineados con la misión de la entidad. Se realiza seguimiento periódico al cumplimiento de los planes de acción y plan estratégico. Se realizó socialización de los resultados de la evaluación de la gestión del riesgo por parte de la tercera línea de defensas. 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 sostenibles o ajustarlos y analizar los riesgos de las actividades tercerizadas que afectan la prestación de los servicios a los usuarios. Es necesario mejorar en el sentido de realizar una evaluación permanente a los riesgos y sus respectivos controles.	68%	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. Se realizó socialización de los resultados de la evaluación de la gestión del riesgo por parte de la tercera línea de defensas. 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 sostenibles o ajustarlos y analizar los riesgos de las actividades tercerizadas que afectan la prestación de los servicios a los usuarios. Es necesario mejorar en el sentido de realizar una evaluación permanente a los riesgos y sus respectivos controles.	-3%

<p>Actividades de control</p>	<p>Si</p>	<p>67%</p>	<p>Se tienen definidos procesos, procedimientos, guías y manuales que se van actualizando de acuerdo con las necesidades institucionales. Los líderes de proceso implementan sus controles. Se tiene implementado el modelo de líneas de defensa para la gestión del riesgo. La segunda línea de defensa debe realizar acompañamiento metodológico a los procesos para la actualización de los riesgos en al respectiva matriz de cada proceso con los elementos que la componen.</p>	<p>67%</p>	<p>Se tienen definidos procesos, procedimientos, guías y manuales que se van actualizando de acuerdo con las necesidades institucionales. Se 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 realiza evaluación periódica de la gestión del riesgo y analisis de los resultados en el Comité de Control Interno, se deben documentar algunos controles que si bien se realizan, no están por escrito, asimismo se debe realizar evaluación independiente a los controles implementados por proveedores de servicios (en especial Servicios TI) para la mitigación de riesgos.</p>	<p>0%</p>
<p>Información y comunicación</p>	<p>Si</p>	<p>68%</p>	<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. Se actualizó el registro de activos de información con la evaluación de la criticidad de la información. Se presenta informe semestral sobre el tiempo de respuesta de los PQRS. El proceso de atención al usuario cuenta con indicadores definidos para medir su eficiencia. Se cuenta con diferentes comités institucionales los cuales permiten la comunicación entre la Alta Dirección y los funcionarios de la entidad. Se debe velar por conservar y proteger toda la información interna y externa que permita procesar datos como fuente de información o insumo para la toma de decisiones.</p>	<p>68%</p>	<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. 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, además se realizo 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 actualizo el procedimiento de PQRS teniendo en cuenta la circular externa 202315100000010-5 del 22 de junio de 2023. Se cuenta con diferentes comités institucionales los cuales permiten la comunicación entre la Alta Dirección y los funcionarios de la entidad. Se debe velar por conservar y proteger toda la información interna y externa que permita procesar datos como fuente de información o insumo para la toma de decisiones.</p>	<p>0%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>Si</p>	<p>75%</p>	<p>En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se aprueba el Plan Anual de Auditorias basado en riesgos, y se socializa su cumplimiento y resultados al interior del Comité, da a conocer semestralmente los resultados de la evaluación independiente del SCL, 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 auditorias externas generan planes de mejora son sujetos de seguimiento bien sea por parte de la responsable de Calidad o Control Interno. Periodicamente la responsable de Calidad realiza seguimiento a la labor de los comites institucionales y los retroalimenta. Se debe fortalecer la evaluación de riesgos de procesos tercerizados</p>	<p>75%</p>	<p>Desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se aprueba el Plan Anual de Auditorias 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 SCL, 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 auditorias externas generan planes de mejora son sujetos de seguimiento bien sea por parte de la responsable de Calidad o Control Interno. Periodicamente la responsable de Calidad realiza seguimiento a la labor de los comites institucionales y los retroalimenta. Se debe fortalecer la evaluación de riesgos de procesos tercerizados</p>	<p>0%</p>