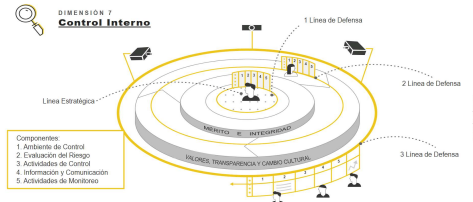


Nombre de la Entidad:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL GARZON HUILA

Periodo Evaluado:

01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

71%

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 ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón- Huila en la implementación de cada una de las dimensiones y políticas del M.I.P.G., son el resultado de una gestión articulada entre los diferentes responsables de las mismas; producto de ejercicios de autoevaluación y establecimiento de planes de acción; incluyendo las actividades registradas en una herramienta interna denominada Plan de Acción Integrado M.I.P.G.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón Huila sus funcionarios se encuentran comprometidos con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión M.I.P.G. la entidad cuenta con una Oficina de Control Interno que se articula con la Oficina de Planeación, Calidad, y Talento Humano.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Lineas de defensa) que le permita la toma de decisiones	Si	La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón Huila cuenta con una política de administración de riesgos y una política de Control Interno que, acompañadas de metodologías, procedimientos le permite identificar los roles, las responsabilidades asignadas a los diferentes servidores de la entidad, acorde con la las directrices y metodología del D.A.F.P.

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	68%	<p>Fortalezas: La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul dentro del seguimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, busca posicionar al Talento Humano como el eje central de la ESE. La E.S.E demuestra un compromiso importante en el desarrollo de la política de integridad, a través de la evolución de los valores instituciones a todos sus colaboradores sin importar su tipo de vinculación a la institución. La E.S.E demuestra fortaleza en el seguimiento al Plan de Gestión Gerencial mediante el seguimiento a los indicadores propuestos durante la vigencia 2022.</p> <p>Debilidades: Se debe fortalecer la aplicación de estrategias frente al manejo de Conflicto de Intereses y seguimientos al código de integridad de la ESE. Se recomienda incentivar a los líderes de procesos hacia la cultura del autocontrol y la importancia de ejecutar los controles y monitorear los riesgos de corrupción, con el fin de garantizar su no materialización. Se requiere establecer políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor público sobre el desarrollo del sistema de control interno. Fortalecer la evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan contratistas de apoyo a la gestión y profesionales de apoyo.</p>	67%	La ESE se ha fortalecido la implementación de planes, políticas, Manuales, Guías, Formatos, y demás documentación de procesos esenciales en su funcionamiento tanto del área asistencial cuya razón de ser es la prestación de servicios de salud, como del área administrativa. La ESE al aplicar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se encuentra enfocada a lograr posicionar al Talento Humano como eje central de la entidad. La Política de Integridad se debe fortalecer en la aplicación de estrategias frente al manejo de Conflicto de Intereses e incentivar a los líderes de procesos hacia la cultura del autocontrol y la importancia de ejecutar los controles y monitorear los riesgos de corrupción, con el fin de garantizar su no materialización. Se debe establecer una Línea de Denuncia Interna, fortalecer la implementación de la Planeación Estratégica del Talento Humano, mejorar los programas de inducción y reinducción, Bienestar laboral e Incentivos, capacitación, seguridad y salud en el trabajo, realizar los ajustes a que haya lugar de conformidad con el Plan de Desarrollo Departamental 2020 – 2023 "Huila Crece, Fortalecer los sistemas de información institucional, fortalecer la ejecución del gasto y la planeación presupuestal y financiera."	1%
Evaluación de riesgos	Si	62%	<p>Fortalezas: "La ESE se encuentra trabajando en el fortalecimiento de la cultura de gestión del riesgo (autocontrol) seguimiento de los riesgos de acuerdo con la metodología vigente y al cumplimiento de los objetivos". Se aprobó mediante acto administrativo la Guía de Gestión del Riesgo, matriz de seguimiento de riesgos operativos y asistenciales. Se realiza seguimiento por parte de la oficina de control interno a los riesgos de corrupción.</p> <p>Debilidades: - Se requiere fortalecer el seguimiento a los riesgos identificados. -Fortalecer los documentos de las acciones -implementadas por cada una de las líneas de defensa. -Fortalecer la planeación en la gestión del Riesgo. -Formular y aplicar planes de mejoramiento para los ajustes en controles y riesgos materializados. -Evaluar la estrategia de seguimiento de las líneas de defensa</p>	63%	La ESE viene trabajando con la unidad funcional de Planeación, Calidad y la Oficina de Control Interno en cumplimiento de la evaluación de los mapas de riesgo. De conformidad con la nueva Guía de Administración de Riesgos y Diseño de Controles – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y las directrices de la SUPERSALUD, bajo el liderazgo de la Oficina de Planeación y acompañamiento de la Oficina de Control Interno, Se realizó la actualización de la Política y Metodología de Riesgos Institucional que se encuentra publicada en el siguiente link de la página web de la ESE http://www.hospitalsvpgarzon.gov.co/gestionhsvp/gestionriesgos.html Las áreas administrativas y asistenciales realizan un seguimiento a los controles de cada riesgo, evaluando la efectividad de los controles y envían copia del reporte a la Oficina de Control Interno. Se debe continuar con los líderes de las unidades funcionales sobre el permanente seguimiento y evaluación de los riesgos de los procesos institucionales, de manera trimestral para disminuir la probabilidad de materialización del riesgo.	-1%

Actividades de control	Si	71%	<p>Fortalezas: La unidad funcional de Sistemas de Información de la ESE, cuenta con la política de seguridad digital pretende proporcionar una serie de reglas, lineamientos y mecanismos para garantizar disponibilidad, confidencialidad e integridad los activos informáticos. La ESE cuenta con la política de Privacidad y Seguridad de la información que reconoce la información como uno de sus activos más importantes para la atención de los pacientes y el desarrollo e innovación de sus procesos internos, por lo tanto, se preocupa por definir lineamientos que permitan mitigar los posibles riesgos para mantener y preservar la información. La ESE cuenta con la Política de protección de Datos personales que tienen derecho todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ellas en bases de datos o archivo. Seguir fortaleciendo el autocontrol, autorregulación y autogestión en la institución, continuar avanzando en la implementación de la política de Gobierno Digital, la ESE debe avanzar en la implementación de acceso a la información para los usuarios con limitaciones a través de su sitio web.</p> <p>Debilidades: Se requiere documentar las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones. Se requiere fortalecer la socialización de procesos y procedimientos y puntos de control de las diferentes actividades.</p>	69%	<p>La ESE cuenta con políticas definidas, las cuales permiten minimizar los riesgos que eventualmente puedan afectar el logro de objetivos de la entidad, se cuenta con controles definidos para la mitigación de los riesgos identificados. Se debe realizar seguimiento al plan seguridad de la información con el fin de mitigar los riesgos de la información. Continuar avanzando en la implementación de la política de Gobierno Digital y el fortalecimiento del autocontrol, autorregulación y autogestión en la institución, desde la misma actualización de las políticas de operación y elaboración de planes de mejoramiento, tanto internos como externos.</p>	2%
Información y comunicación	Si	75%	<p>Fortalezas: La ESE cuenta con la unidad funcional de Sistemas de Información, la cual lidera todo el proceso de TIC en la entidad y la unidad funcional del SIAU y de Mercadeo, encargada de impulsar las directrices en materia de comunicaciones internas y externas; manteniendo una permanente entrega a los usuarios de la información. Para facilitar y mejorar el alcance de las estrategias de comunicación la ESE cuenta con redes sociales, administradas por la unidad funcional de sistemas de información, como: Facebook, Instagram, WhatsApp; donde se le informa a los usuarios de la gestión institucional, campañas de autocuidado, comunicados de prensa, noticias institucionales entre, procesos para acceder a los servicios, entre otras. Seguimiento al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, definida por la Procuraduría General de la Nación, se puede consultar en el siguiente link de la página web de la ESE https://www.hospitalsvpgarzon.gov.co/gestiohsvp/mipg/controlinterno.html</p> <p>Debilidades: La entidad no cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial por parte de los funcionarios. La E.S.E requiere fortalecer el análisis de la caracterización de los usuarios o grupos de valor, con el fin de realizar una adecuada actualización. La E.S.E requiere fortalecer el análisis en la percepción por parte de los usuarios o grupos de valor de las mejoras que se requieran. La E.S.E requiere establecer un procedimiento para evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación y sus contenidos emitidos a los Grupos de Valor.</p>	71%	<p>Continuar con el fortaleciendo de la Información y Comunicación de acuerdo con cada una de sus políticas y continuar con el cargue de la información en la página web institucional en cumplimiento de la ley 1712 de 2014, de tal manera que se continúe avanzando en el Nivel de Cumplimiento de la Plataforma I.T.A., implementar la ventanilla única de radicación de documentos que permita direccionar los diferentes requerimientos de los usuarios a las unidades encargadas de dar respuesta, de una forma clara, y rápida.</p>	4%
Monitoreo	Si	80%	<p>Fortalezas: En cumplimiento del Plan Anual de Auditorías de la Vigencia 2021, aprobado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el día 25 de mayo de 2021 mediante acta 001; Se retomó la auditoría interna a las unidades funcionales las cuales no se realizaron para la vigencia 2020 por el apoyo al seguimiento a los recursos públicos en este tiempo de emergencia derivado del COVID 19. Se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento Internos derivados de las auditorías realizada por la Contraloría Departamental del Huila y Supersalud. Cada una de las unidades Funcionales que hayan suscrito planes de mejoramiento con la Oficina de Control Interno en sus auditorías, deben realizar el seguimiento; de tal manera que los riesgos se minimicen; cada líder del proceso debe involucrar a su equipo de trabajo en la cultura del Autocontrol, Autogestión y Autorregulación; promoviendo que el líder de cada proceso adelante procesos de autoevaluación por medio de auditorías internas que le permitan detectar desviaciones y generar de manera oportuna acciones de mejora, sin que tenga que esperar a que la segunda o tercera línea de defensa sugiera los correspondientes correctivos. Se realiza evaluación periódica a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD), realizada por parte de los usuarios. Evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento, producto de auditorías y seguimientos efectuados por la Oficina de Control Interno.</p> <p>Debilidades: Se requiere fortalecer la evaluación y seguimiento de riesgos a los procesos tercerizados.</p>	77%	<p>La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento al Plan Anual de Auditorías de la Vigencia 2021, realizó 5 auditorías donde se suscribió los respectivos planes de mejoramiento, donde la oficina realiza seguimiento al cumplimiento de estos planes. Cada una de las unidades funcionales que hayan suscrito planes de mejoramiento con la Oficina de Control Interno, deben realizar el seguimientos; de tal manera que los riesgos se minimicen; cada líder del proceso debe involucrar a su equipo de trabajo en la cultura del Autocontrol, Autogestión y Autorregulación; promoviendo que el líder de cada proceso adelante procesos de autoevaluación por medio de auditorías internas que le permitan detectar desviaciones y generar de manera oportuna acciones de mejora, sin que tenga que esperar a que la segunda o tercera línea de defensa sugiera los correspondientes correctivos.</p>	3%