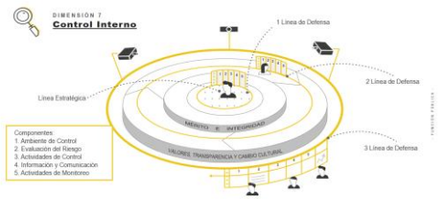
Nombre de la Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL GARZON HUILA
Periodo Evaluado:	01 DE ENERO AL 3O DE JUNIO DE 2020



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	**73%**

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 Departamnetal San Vicente de Paul Garzon- 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 Garzon Huila sus funcionarios se encuentran comprometidos con la implementacion del Modelo Integrado de Planeacion y Gestion M.I.P.G. la entidad cuenta con una Oficina de Control Interno que se articula con la Oficina de Planeación, Calidad.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la	Si	La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzon 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: Explicacion 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**	**70%**	La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul al aplicar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, busca posicionar al Talento Humano como eje central de la ESE. En la Política de Integridad se debe fortalecer la aplicación de estrategias frente al manejo de Conflicto de Intereses y seguimientos al codigo de integridad de la ESE. La oficina de control interno , 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.	**67%**	Desde la plataforma Estrategica de la ESE se ha venido fortaleciendo los planes, políticas, Manuales Guías, Formatos, Etc. 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 su 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. La Política de Integridad, la Declaración de Conflictos de Interés y Transacciones Con Partes Relacionadas, para todos los servidores de la E.S.E., acorde con las directrices del D.A.F.P.; 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 ajuste a que haya lugar de conformidad con el nuevo 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.	**3%**
Evaluación de riesgos	**Si**	**72%**	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. Es importante que la ESE fortalezca los siguientes aspectos: -Fortalecer los indicadores de acuerdo a los riesgos -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	**63%**	La ESE viene trabajando con la unidad funcional de Planeación, Calidad y la Oficina de Control Interno en cumplimiento de evaluacion 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 siguinte link de la pagina web de la ESE http://www.hospitalsvpgarzon.gov.co/gestionhsvp/gestionriesgos.html l. Las áreas administrativas y asistenciales realizan un seguimiento a los controles de cada riesgo, evaluando la efectividad de los controles y envian 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	**9%**

Actividades de control	**Si**	**71%**	La unidad funcional de Sistemas de Informacion de la ESE, cuenta con la politica 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 politica de Privacidad y Seguridad de la informacion 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 Politica de proteccion 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. Se ,Continuar con el fortalecimiento del autocontrol, autorregulación y autogestión en la institución, continuar avanzando en la implementación de la política de Gobierno Digital.	**69%**	La ESE cuenta con politicas 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 infiormacion con el fin de mitigar los riesgos de la informacion. 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.	**2%**
Información y comunicación	**Si**	**73%**	La ESE cuenta con la unidad funcional de Sistemas de Informacion, 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 informacion. Se cuenta con redes sociales, administradas por la unidad funcional de sistemas de informacion, como:Facebook, Instagram, WhatsApp; donde se le informa a los usuarios informacion de gestion institucional, campañas de autocuidado, comunicados de prensa, noticias institucionales entre otras. Seguimiento al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, definida por la Procuraduría General de la Nación, se puede consultar en el siguinte link de la pagina web de la ESE http://www.hospitalsvpgarzon.gov.co/documentos/controlinterno/Informe_Ley1712de2014acorte30junio2020.pdf	**71%**	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. Contar con una ventanilla unica de radicacion de documentos.	**2%**
Monitoreo	**Si**	**80%**	En cumplimiento del Plan Anual de Auditorias de la Vigencia 2020, aprobado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el dia 26 de junio de 2020; Se apoyo sobre las directrices nacionales sobre el 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 auditorias 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 seguimientos; de tal manera que los riesgos se minimicen; cada lider 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.	**77%**	La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento al Plan Anual de Auditorias de la Vigencia 2019, realizó 07 auditorias donde se suscribio los respectivos planes de mejoramiento, donde la oficina realiza seguimiento al cumplimietto de estos planes. Cada una de las unidades Funcionales que hayan suscrito planes de mejoramiento con la Oficina de Control Interno en sus auditorías, deben realizar el seguimientos; de tal manera que los riesgos se minimicen; cada lider 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.	**3%**