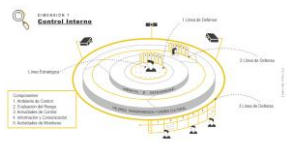


Nombre de la Entidad:	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL LORICA
Periodo Evaluado:	SEGUNDO SEMESTRE DE 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

86%

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	En cumplimiento en lo dispuesto en el Decreto 1499 del 2017. La ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA viene trabajando en la articulación del modelo de planeación y gestión con el sistema de gestión de la calidad y el Modelo Estándar de Control Interno. Se establecen las condiciones necesarias para el ejercicio del Control Interno dentro de la institución, como medida primordial para lograr que todos componentes de esta dimensión de encuentren operando de manera integrada; Se observan los avances en el cumplimiento normativo para la estructuración del sistema de control interno y avances en los contenidos y dimensiones del MIPG, se están estableciendo las mejoras en los procesos de evaluación, seguimiento y monitoreo desde los criterios de calidad y control interno.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	En la ESE Hospital San Vicente de Paul de Lórica, se asegura un ambiente de control a través del liderazgo y compromiso de la Gerencia, el Comité Coordinador de Control Interno y Calidad, condiciones necesarias para garantizar la efectividad del Sistema de Control Interno, dentro del ejercicio del seguimiento y evaluación de los riesgos, la formulación y revisión periódica de los planes, programas, clave para el mejoramiento continuo de la entidad y asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumpla su propósito, para la entidad es necesario fortalecer las actividades de monitoreo a fin de establecer procesos en los cuales se pudiera llevar a cabo la materialización de cualquier evento adverso respecto a las buenas prácticas administrativas y operacionales.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Lineas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	La ESE Hospital San Vicente de Paul de Lórica cuenta con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, así como con el Comité Coordinador de Control Interno. Igualmente se tienen definidos las funciones y responsabilidades en la gestión de los procesos y control de los riesgos, lo cual permite la adaptación de las Lineas de Defensa al normal funcionamiento y gestión de la entidad; el trabajo articulado es necesario para la formulación de acciones adecuadas que con lleven a la consecución de los objetivos planteados en la ESE, es necesario establecer roles y asignar responsabilidades que permitan mayor cohesión entre las líneas de defensa.

Componente	¿se esta cumpliendo los requerimientos ?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente
AMBIENTE DE CONTROL	Si	96%	En la actualidad la ESE como políticas de operación cuenta con los planes estratégicos de talento humano, políticas anticorrupción, políticas de seguridad del paciente. Se adelanta el proceso de acreditación y se actualiza el manual de funciones y competencias laborales de acuerdo a la normatividad vigente, al igual que el manual de procesos y procedimientos Institucionales, se encuentran a espera de aprobación por junta Directiva. Creación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, así como el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, acorde con la normatividad vigente. Se adopta el código de integridad de la función pública, con la finalidad de lograr su adopción y plena aplicación por parte de los funcionarios de la Entidad; se realiza socialización y seguimiento al Código de Integridad.
EVALUCION DEL RIESGO	Si	80%	En cuanto a el componente de evaluación del riesgo, se continúa la implementación como herramienta importante dentro de los lineamientos de MIPG, y planeación estratégica, teniendo como fortaleza el trabajo en equipo con los encargados de los procesos de la ESE, además por medio de las auditorías realizadas se ha logrado identificar y realizar los respectivos planes de mejoramiento para así mitigar los posibles riesgos, también tenemos debilidades en el proceso de la identificación de los riesgos los cuales se están revisando y analizando para convertirlos en fortalezas y así llevar el componente de evaluación del riesgo con un porcentaje de satisfacción mucho mayor, se dió inicio al trabajo con los encargados de cada proceso, a fin de dar seguimiento a los riesgos identificados y a los planes de mejoramiento estableciendo compromiso por área con regularidad ya sea por reuniones periódicas o visitas a cada área. Se detecta de manera adecuada los aspectos críticos en la entidad y se asignan estrategias para contrarrestarlos.
ACTIVIDADES DEL CONTROL	Si	90%	El Plan Anticorrupción para la vigencia 2022 se realizó siguiendo los lineamientos de la herramienta estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, elaborado por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Administrativo de la Función Pública. Se adelanta la programación técnica para generar las evaluaciones respectivas y efectuar las publicaciones en la página web sobre el avance de evaluación y monitoreo de la disminución de riesgos institucionales.
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	Si	79%	Toda la información para los grupos de interés de la Entidad, se encuentra publica en la página web de la Entidad. Se formuló su plan estratégico de tecnología y comunicación PETI, para la vigencia del año 2022. Se elaboró y publicó el Plan Institucional de Archivo – PINAR para la vigencia 2022. Se reformó la página Web de la entidad a fin de dar pleno cumplimiento a lo establecido en la Ley 1712 de 2014. Se requiere mejorar el traslado de las TRD de las diferentes dependencias, acompañadas de los Fondos documentales al archivo central de la Entidad, el proceso se encuentra lento precisamente por la falta de espacio del archivo central. Es necesario realizar las acciones pertinentes para poder aumentar el nivel de conectividad para cumplir los propósitos de gobierno digital del Ministerio de TICs y establecer las condiciones necesarias para la buena operatividad del Sistema único de información de Trámites.
ACTIVIDADES DE MONITOREO	Si	85%	Comité Coordinador de Control Interno aprueba cada vigencia el Plan de Auditorías de la Oficina de Control Interno- OCI . Así mismo la Gerencia y los integrantes del comité, establecen el cumplimiento de los indicadores de gestión y el logro de los objetivos institucionales en base a los informes presentados por la tercera Línea de Defensa (OCI) y generados de las evaluaciones independiente a los planes estratégicos, de operación y planes de mejora, a los controles de matrices de riesgos, al control interno contable y al Sistema de Control Interno de la Entidad, la formulación de informes de entes externos y la segunda línea de defensa; para esto es de suma importancia el reconocimiento de la responsabilidad de los líderes de procesos en el SCI y la generación de la cohesión entre las líneas de defensa a fin de establecer las acciones adecuadas para evitar posibles materialización de riesgos, conllevando a la formulación de nuevas acciones o planes estructurados en consecución de los objetivos planteados en la ESE.