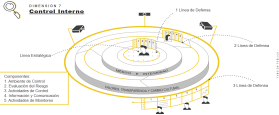




Nombre de la Entidad:
Período Evaluado:

HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA
1 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DEL 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

76%

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):	En proceso	De acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación realizada en este periodo en el Hospital Local de Aguachica, no existen cambios significativos sin embargo tal como en el informe anterior todos los componentes se encuentran operando juntos y de manera integrada, sin embargo, se hace necesario fortalecer en cada uno ellos especialmente los componentes de Evaluación de Riesgos, Actividades de Control y Monitoreo, debido a que están por debajo de la calificación final del 76%, es decir con calificaciones de 66% y 71% respectivamente. y se continua trabajando en la implementación de las Líneas de defensas, proximas a ser implementadas mediante acto administrativo.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/NO) (Justifique su respuesta):	Si	Tal como se manifestó en el informe de la anterior evaluación, el Sistema de Control Interno del Hospital Local de Aguachica es efectivo, sin embargo, requiere mejoras de diseño para ser fortalecido en el marco de sus Líneas de defensa, estableciendo responsabilidades en cada una de ellas; además se hace necesario mayor compromiso por parte de la Alta Dirección para que el sistema logre alcanzar los niveles de efectividad deseados y se puedan lograr los objetivos evaluados.
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):	No	El Hospital Local de Aguachica está en proceso de implementación eficiente de las Líneas de defensa, sin embargo hoy cuenta con un Sistema de Control Interno Institucionalizado, adoptado, con sus comités Institucional del Gestión y Desempeño y Coordinador de Control Interno funcionando, aunque no de manera eficiente, razón por la cual, se requiere ir identificando en el marco de las líneas de Defensa los funcionarios responsables, de tal manera que los resultados en el control de los riesgos permitan la toma de decisiones.

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%	DEBILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> No existe un mecanismo de detección y prevención del uso inadecuado de la información privilegiada. Deficiencia en el establecimiento de los riesgos de corrupción. Deficiencia en la actualización del mapa de riesgos de corrupción de la entidad. FORTALEZAS: <ul style="list-style-type: none"> Se encuentran en actividad y funcionando, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye ajustes, funciones y periodicidad para reuniones) y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se encuentra la definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). Se realiza evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal. Se desarrolla estrictamente el plan de auditorías programado para la vigencia. 	67%		8%
Evaluación de riesgos	Si	68%	DEBILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> No existe al interior de la entidad consolidación de la información clave como segunda línea de defensa. Ausencia en el análisis del entorno interno y externo para la actualización del mapa de riesgos de corrupción de la entidad. Deficiencia en el desarrollo de las actividades de control, en cuanto división de las funciones, éstas no se encuentran segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas. La Alta Dirección no monitorea los riesgos aceptados, sus condiciones, su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos. La política de Administración del Riesgo requiere ser Actualizada. FORTALEZAS: <ul style="list-style-type: none"> La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos. El monitoreo de los riesgos de corrupción se realiza con la periodicidad establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Se realiza seguimiento trimestral a las acciones definidas en el mapa de riesgos. 	58%		10%
Actividades de control	Si	71%	DEBILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> La entidad tiene deficiencias en la segregación de funciones en diferentes personas lo que aumenta el riesgo de error o de alto impacto en la operación. Existe deficiencia en la verificación de la ejecución de controles por parte de los responsables tal como han sido diseñados. FORTALEZAS: <ul style="list-style-type: none"> Se una adecuada infraestructura tecnológica en la entidad, lo cual le permite una supervisión eficiente de cada uno de los procesos. La entidad evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de gestión, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control. 	57%		14%

<p>Información y comunicación</p>	<p>SI</p>	<p>93%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La entidad no ha documentado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes. * La entidad se encuentra en proceso de documentación de las políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad) * La entidad cuenta con una caracterización deficiente de usuarios o grupos de valor. <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La Entidad cuenta con un proceso o procedimiento diseñado para la evaluación mensualizada a través del comité de ética institucional de los canales de comunicación, y se realiza seguimiento a las PQRS. * La Entidad realiza los informes periódicos sobre las PQRS en los tiempos establecidos. * La entidad cuenta con canales externos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y estos son reconocidos a todos los nivel del Hospital. 	<p>68%</p>		<p>25%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>SI</p>	<p>75%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Existe deficiencia en el cumplimiento de las acciones incluidas en e Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. * Existe deficiencia el Esquema de Líneas de Defensa, no se han implementado responsabilidades ni asignación de actividades <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> * El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría propuesto por el Jefe de Control Interno y la Líder de Calidad de la institución hospitalaria y hace el correspondiente seguimiento a sus ejecución. * La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones independientes periódicas que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos. * Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRS), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad. 	<p>59%</p>		<p>16%</p>