



Granada, enero 31 de 2023

Doctor
VÍCTOR RAÚL HOYOS HOYOS
Gerente
E.S.E. Hospital Padre Clemente Giraldo
Granada - Antioquia

Asunto: Informe pormenorizado del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) correspondiente al segundo semestre del año 2023.

Dando cumplimiento a los lineamientos definidos en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 donde se establece que “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”; hago entrega del informe de evaluación independiente del Sistema de Control Interno correspondiente al período del 1° de julio al 31 de diciembre de 2023.

La estructura del informe que se desarrolla a continuación se elabora con base en los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública de acuerdo con lo establecido por la normatividad mencionada.

En el informe se presenta el estado del Sistema de Control Interno en la institución, registrando las debilidades y fortalezas identificadas con base en la aplicación de los criterios de evaluación establecidos en los instrumentos diseñados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para los componentes de ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y monitoreo, que hacen parte de la dimensión No. 7 que corresponde a Control Interno, del Modelo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

A continuación, se presentan los resultados del informe pormenorizado de control interno:

INFORME PORMENORIZADO MECI
SEGUNDO SEMESTRE DE 2023

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	Si	70%	<p>DEBILIDADES:</p> <p>Se requiere la continua en la actualización de procesos y mapas de riesgos, con base en las nuevas guías metodológicas definidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la gestión por procesos y para la administración del riesgo, articulada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.</p> <p>La documentación y actualización de procesos, procedimientos, mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo adicional a la realización de sus actividades diarias, lo cual dificulta en algunas ocasiones el avance en la realización de dichas actividades, además de generar incremento de costos para la institución.</p> <p>Las actividades enfocadas al fortalecimiento del Talento Humano se encuentran en cabeza de funcionarios del nivel directivo, tanto desde su planeación como operatividad, lo cual en algunos momentos dificulta la disponibilidad de tiempo debido a las múltiples funciones.</p> <p>Se requiere continuar con la construcción y seguimiento de otros planes que hacen parte del proceso de talento humano como el Plan Estratégico del Talento Humano.</p> <p>Se requiere fortalecer la publicación actualizada de información de la vigencia 2023 de acuerdo a las exigencias definidas por la Ley de Transparencia y</p>

			<p>Acceso a la Información Pública, haciendo la migración a la página asignada por la plataforma de Gobierno en Línea.</p> <p>Se requiere continuar fortaleciendo en la sensibilización a los líderes de procesos sobre las líneas de defensa, ya que durante el segundo semestre se presentaron cambios en varios líderes de proceso que adelantan procesos transversales en la entidad.</p> <p>Es necesario fortalecer en la implementación de la política de gestión documental, evitando el riesgo de pérdida de información.</p> <p>Se requiere mejorar la operatividad del Comité de Convivencia Laboral en la entidad.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se desarrollaron actividades durante la vigencia que apuntan al fortalecimiento de la gestión del talento humano relacionadas con capacitación, bienestar social, seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Se cuenta con código de integridad documentado en la entidad, al cual se realiza socialización en las jornadas de reinducción.</p> <p>Se continuo con la implementación de las actividades definidas en el manual de supervisión, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como un mecanismo de control dentro del proceso de contratación.</p> <p>Por parte de la Alta Dirección se cuenta con compromiso para la implementación de los diferentes Sistemas de Gestión que se desarrollan en la entidad.</p> <p>Se realizó la formulación del plan anual de auditoría interna para la vigencia 2023, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de</p>
--	--	--	--

			<p>Control Interno y con base en éste se implementaron las auditorías internas en la entidad.</p> <p>La entidad cuenta con su Política de Administración del Riesgo la cual se viene implementando.</p> <p>Se documento el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2023, al cual se le ha realizado el seguimiento de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente.</p> <p>Se cuenta con mapas de riesgos para algunos procesos y se viene trabajando en la documentación y actualización de los que se requieren de acuerdo a la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>Se tienen establecidos indicadores para los diferentes procesos, los cuales se miden por parte de los líderes de proceso y se realiza análisis de los resultados y definición de acciones de mejora dentro del Comité Institucional de Gestión y Desempeño o el Comité de Gerencia.</p> <p>Se conto para la vigencia 2023 con el Plan Operativo Anual con base en las metas definidas en el Plan de Desarrollo Institucional, éste fue aprobado por la Junta Directiva durante el primer trimestre de la vigencia 2023.</p> <p>Se realizo medición de los indicadores definidos en el Plan de Gestión correspondiente a la vigencia 2023, se llevó a cabo seguimiento parcial para identificar la medición de la gestión de la entidad.</p> <p>Se encuentran operativos el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Comité de Bienestar Social, el Comité de Sostenibilidad Contable y Glosas, los cuales sirven como canales de comunicación con la Alta Dirección donde se analiza información generada desde las diferentes áreas, además de servir como una segunda línea de defensa dentro de la implementación del Sistema de Control Interno.</p>
--	--	--	--

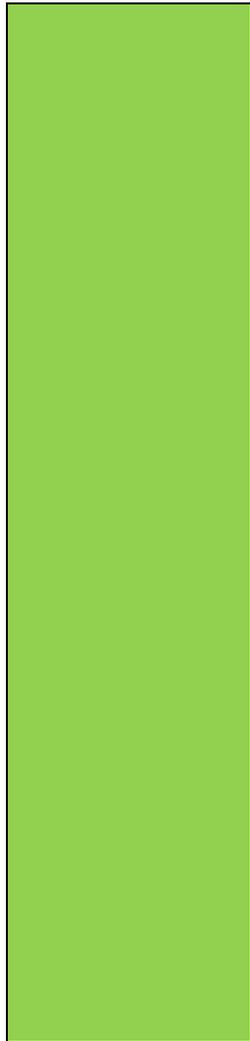
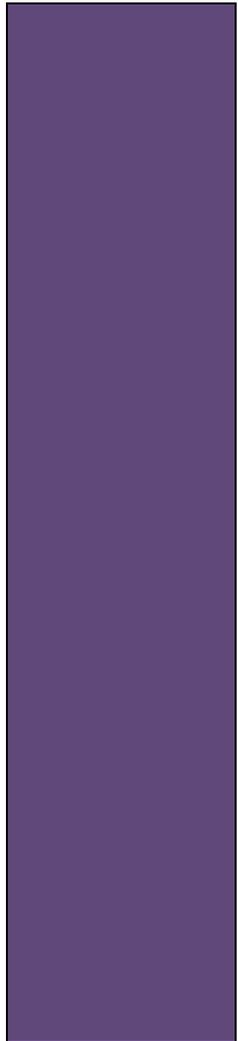
<p>Evaluación de riesgos</p>	<p>Si</p>	<p>59%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <p>Se requiere continuar con la actualización del documento de la política de administración del riesgo con base en la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y continuar actualizando los mapas de riesgos por procesos, aunque ya se viene trabajando en la construcción de mapas de riesgos con base en ésta (mapa de riesgos de corrupción).</p> <p>La documentación y actualización procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo adicional a la realización de sus actividades diarias, lo cual dificulta en algunas ocasiones el avance en la realización de dichas actividades, además de generar incremento de costos para la institución.</p> <p>Se requiere la continuidad en la documentación y/o actualización de los riesgos a nivel de procesos e institucional y así mismo mejorar la frecuencia en el seguimiento por parte de los líderes de los procesos a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual y el seguimiento a los controles para manejo del riesgo en los procesos.</p> <p>Aunque se encuentra conformado el Comité de Seguridad del Paciente el cual es un espacio donde se analizan riesgos materializados y situaciones que pueden generar riesgos, se requiere mejorar su operatividad, ya que por rotación de líderes de proceso del área asistencial que lideran la actividad se ha debilitado su funcionamiento.</p>

			<p>FORTALEZAS:</p> <p>Para la vigencia 2023 se documentó el mapa de riesgos de corrupción con base en la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>Se realizó seguimiento a los riesgos de corrupción con participación de los funcionarios que se requieren de las diferentes líneas de defensa y son presentados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño dentro de las revisiones que se realizan al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano como uno de los componentes que hacen parte de éste durante el primer cuatrimestre del año.</p> <p>Se cuenta con mapas de riesgos para algunos procesos y se viene trabajando en la documentación y actualización de los que se requieren de acuerdo con la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en la cual se incluye el análisis de contexto y la valoración de los riesgos.</p> <p>Se avanzo en la actualización de los mapas de riesgos correspondientes al proceso de urgencias y odontología, con base en la metodología de Administración del Riesgo definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se requiere continuar la actividad por parte de los demás procesos.</p> <p>Se cuenta con procesos documentados, dentro de los cuales se define alcance, objetivos y se han definido indicadores para su medición por parte de los líderes de proceso y análisis de resultados dentro del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p> <p>Se avanzo en la actualización de las caracterizaciones de los procesos correspondientes a urgencias, gestión de recursos y odontología con base en la metodología de gestión por procesos definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p>
--	--	--	---

			<p>Se realizaron auditorías internas de acuerdo con lo programado en el plan anual de auditoría interna aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p>Con la participación de los líderes de proceso se ha realizado medición y análisis de los indicadores definidos para los procesos, dentro del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p> <p>Se viene realizando la supervisión a la contratación por parte de los supervisores delegados, como punto de control dentro del proceso de contratación que permite la disminución de riesgos en dicho proceso.</p> <p>Se realizó durante el segundo semestre de la vigencia 2023 el seguimiento parcial al plan operativo anual y al plan de gestión institucional, donde se definen indicadores para medir la gestión de la entidad.</p> <p>Se encuentran conformados los Comités Institucionales tales como Seguridad del Paciente, Comité de Sostenibilidad Contable, Comité de Glosas, Comité de Compras, Comité de Bienestar Social, Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se cuenta con la participación de la Alta Dirección y donde se dan a conocer situaciones que pueden generar riesgos para la entidad y las acciones definidas para evitar o mitigar su ocurrencia.</p>
<p>Actividades de control</p>	<p>Si</p>	<p>54%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <p>Se avanza en el segundo semestre de 2023 con la actualización de algunos de los mapas de riesgos y los procesos, se requiere continuar con la actividad y documentar con base en las nuevas guías metodológicas definidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la gestión por procesos y para la administración del riesgos articuladas al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.</p> <p>Para la documentación y actualización procesos, procedimientos y mapas de riesgos, entre otros, implica para el personal destinar tiempo adicional a la</p>

			<p>realización de sus actividades diarias, lo cual dificulta en algunas ocasiones el avance en la realización de dichas actividades, además de generar incremento de costos para la institución.</p> <p>Aunque se verifican criterios de cumplimiento del objeto contractual de proveedores a través de la supervisión a los contratos, no se cuenta con un procedimiento documentado para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología.</p> <p>Por parte de la primera y segunda línea de defensa se requiere mayor frecuencia en el seguimiento a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual y el seguimiento a los controles para manejo del riesgo en los procesos, dejando debidamente documentada la actividad que permita evidenciar su ejecución.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se realizó actualización a la planta de cargos de acuerdo con las necesidades institucionales, la cual fue aprobada por la Junta Directiva y se encuentra acorde a los perfiles definidos en el manual de funciones y competencias.</p> <p>El Manual de Funciones y Competencias se encuentra documentado y ha sido socializado a los funcionarios a través de diferentes canales de comunicación internos.</p> <p>A través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno donde se encuentra la participación de la Alta Dirección se realiza revisión de los resultados de auditorías internas, seguimientos, análisis de indicadores de procesos definidos en la planeación institucional como actividad de control.</p> <p>La entidad cuenta con una estructura organizacional documentada acorde a las características de la Institución la cual ha sido socializada a los usuarios internos y externos a través de canales de comunicación como la página web.</p>
--	--	--	--

			<p>Se tiene establecido desde la Alta Dirección la implementación de otros Sistemas de Gestión (Sistema de Garantía de la Calidad, Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo), que fortalecen el desarrollo institucional, buscando la integralidad con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.</p> <p>Para la vigencia 2023 se formuló el Plan de Mantenimiento Institucional, el cual fue liderando desde la Subgerencia Administrativa como primera línea de defensa y se presentó a la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia para su aprobación, éste se implementó durante la vigencia.</p> <p>Para la vigencia 2023 se documentó e implemento el Plan Anual de Adquisiciones, el cual fue liderando desde la Subgerencia Administrativa como primera línea de defensa.</p> <p>Dentro de los mapas de riesgos que se han documentado en la institución se han registrado los respectivos controles de acuerdo con la metodología definida para la Administración del Riesgo.</p> <p>Se formulo para la vigencia 2023 el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, en el que se incluyen los riesgos de corrupción a dicho plan se le realizo seguimiento de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente.</p> <p>Se implemento en la entidad la migración al SECOP II como una herramienta que fortalecer la transparencia en la contratación pública.</p>
<p>Información y comunicación</p>	<p>Si</p>	<p>54%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <p>Se requiere continuidad en la migración que se viene realizando de la página web a la asignada por Gobierno en Línea, realizando actualización de la publicación de la información de acuerdo con la requerida por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.</p> <p>Aunque desde la Alta Dirección se han definido políticas relacionadas con el mejoramiento de la información, se requiere fortalecer implementando las políticas relacionadas con el gobierno digital, seguridad digital y la gestión</p>



documental definidas desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

No se ha documentado en la Institución el mapa de riesgos de seguridad de la información donde se documenten los controles relacionados con éstos.

No se realizó para la vigencia 2023 la evaluación de los canales de comunicación.

Se requiere fortalecer la operatividad del Comité de Convivencia Laboral, como un canal interno para la solución de conflictos entre los empleados.

Aunque se realiza la medición de indicadores, se requiere continuar fortaleciendo el empoderamiento por parte de los líderes de proceso en su medición y análisis periódico.

FORTALEZAS:

Se mantuvieron durante la vigencia 2023 los canales de comunicación con el cliente externo (página web, carteleras, Oficina de Información y Atención al Usuario, actividades de rendición de cuentas, Asociación de Usuarios, redes sociales, Comité de Ética), que permiten el contacto con los usuarios y la publicación de información de interés para la comunidad cumpliendo criterios establecidos desde la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

Se cuenta con un software en la Institución que permite la integralidad de la información en los diferentes procesos.

Desde la Oficina de Información y Atención al Usuario se desarrollan procesos para identificar la satisfacción del usuario y realizar la gestión de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de los usuarios con oportunidad de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente. Los resultados de estos son presentados a la Alta Dirección para su conocimiento.

			<p>A nivel interno en la Institución se han establecido canales de comunicación que permiten identificar oportunidades para el mejoramiento continuo como los comités institucionales, donde participan líderes de procesos de las diferentes áreas y líneas de defensa. Igualmente, se tienen establecidos otros mecanismos de comunicación interna como carteleras para información de los funcionarios, correos electrónicos y grupos de redes sociales.</p> <p>Se consolida información de los usuarios a través de bases de datos que permite la caracterización de los usuarios que se requieren.</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>Si</p>	<p>79%</p>	<p>DEBILIDADES:</p> <p>En la entidad se realizan reportes de deficiencias en el control interno, pero falta sistematicidad y cobertura desde todos los procesos.</p> <p>Se requiere fortalecer por parte de los lideres de procesos el seguimiento a los controles establecidos en sus mapas de riesgos, dejando la evidencia de la actividad realizada.</p> <p>Se requiere mejorar la medición y análisis de indicadores por parte de los lideres de procesos.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se contó en la vigencia 2023 el programa anual de auditoría interna el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p>Con base en el programa de auditoría interna para la vigencia, se vienen realizando actividades de seguimientos y auditorías internas, de los cuales se elaboran los respectivos informes que son presentados a la Alta Dirección para su conocimiento.</p> <p>Se elaboran los respectivos planes de mejoramiento con base en los resultados de las auditorías internas.</p>

			<p>Desde la segunda línea de defensa se ha realizado monitoreo por parte de los supervisores de los contratos.</p> <p>Dese el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se realizan seguimientos a los procesos y planes institucionales.</p> <p>Con base en los resultados de las auditoria externas (Contraloría, EAPB, Secretaria Seccional de Salud de Antioquia), se documentan los respectivos planes de mejoramiento y se les realiza el respectivo seguimiento.</p>
--	--	--	---

De acuerdo con los resultados de los componentes analizados en la tabla anterior, la entidad se ubica en una clasificación de “oportunidad de mejora”, indicando que el Modelo Estándar de Control Interno se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>La entidad durante la vigencia 2023 realizo acciones que permitieron avances en la implementación de los diferentes componentes que hacen parte del Sistema de Control Interno el cual corresponde a la dimensión No. 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), tales como:</p> <p>*Ambiente de control, en este componente se realiza la formulación y seguimiento del Plan de Gestión Institucional y el Operativo Anual para la vigencia 2023, se llevaron a cabo actividades de capacitación, bienestar social y seguridad y Salud en el trabajo que buscan mejorar la calidad de vida laboral de los funcionarios.</p> <p>Por parte de la Alta Dirección se evidencia compromiso con la implementación de los diferentes Sistemas de Gestión que aplican a la entidad y permiten el mejoramiento en el desarrollo de los procesos.</p> <p>*Dentro de la evaluación del riesgo, se tienen definidos los riesgos de corrupción para la vigencia 2023 y a éstos se les realizo seguimiento de acuerdo a lo definido por la normatividad vigente, se avanza en la actualización de los mapas de riesgos de los procesos con participación de los funcionarios sus diferentes líneas de defensa correspondientes a odontología y urgencias, además de la implementación de actividades que apuntan a la verificación de controles desde la medición de indicadores a los procesos e implementación de actividades de seguimiento y auditoría. Sin embargo, se requiere continuar fortaleciendo con la actualización de la política de</p>
---	-----------	---

		<p>administración del riesgo con base en la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y los mapas de riesgos de los demás procesos con base en ésta.</p> <p>*En el componente de actividades de control, se han venido definiendo políticas, planes y procesos que aportan a la implementación de controles para la mitigación o disminución de riesgos, los cuales requieren continuar ofreciéndose desde las diferentes líneas de defensa. Se logra avance en la actualización de la caracterización de los procesos correspondientes a urgencias, odontología y gestión de recursos, con base en la metodología de gestión por procesos adoptada en la entidad.</p> <p>*Desde el componente de información y comunicación, se han mantenido los canales de comunicación como la página web, carteleras, Oficina de Información y Atención al Usuario, actividades de rendición de cuentas, entre otras, sin embargo, es necesario su fortalecimiento y publicación de información en la página web asignada por Gobierno en Línea con base en la ley de transparencia y acceso a la información pública y en todo lo relacionado con las políticas de gestión documental. gobierno digital y la seguridad de la información</p> <p>*El componente de monitoreo y evaluación, se desarrollaron actividades de seguimiento y auditoria interna, siendo una de las directrices establecidas desde la Alta Dirección como proceso de mejoramiento continuo presente en los diferentes niveles institucionales.</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>El Sistema de Control Interno requiere continuidad en su implementación, siendo un proceso sistémico y transversal a todos los procesos institucionales, éste se viene presentando de manera efectiva, logrando avances en los diferentes componentes e identificando aspectos para el mejoramiento institucional.</p>

<p>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):</p>	<p>Si</p>	<p>La entidad ha identificado las diferentes líneas de defensa y desde la Alta Dirección se han establecido y se mantienen operativos espacios como el Comité Coordinador de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, los cuales permiten una implementación, monitoreo y toma de decisiones para el mejoramiento de los componentes que hacen parte del Sistema de Control Interno.</p>
--	-----------	---

RECOMENDACIONES:

Diseñar para la vigencia 2024 el Plan Operativo Anual o Plan de Acción Institucional y presentarlo a la Junta Directiva para su aprobación.

Formular los planes relacionados con el proceso de Gestión del Talento Humano para la vigencia 2024.

Continuar con la actualización de la política de administración de riesgos conforme a la última versión de la Guía emitida por el Departamento administrativo de la Función Pública y continuar la actualización de los mapas de riesgos por parte de los líderes de procesos.

Definir estrategias para facilitar el tiempo de los funcionarios para la documentación y actualización de procesos, procedimientos, mapas de riesgos, entre otros, por parte del personal.

Continuar con la documentación y/o actualización de los riesgos a nivel de procesos e institucional y así mismo mejorar la frecuencia en el seguimiento por parte de los líderes de los procesos a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual y el seguimiento a los controles para manejo del riesgo en los procesos.

Continuar con la actualización de los procesos institucionales con base en las directrices establecidas en la nueva guía metodológica definida por el Departamento Administrativo para la Función Pública, articulada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Mejorar la difusión de las líneas de defensa y sus roles, así como los espacios o líneas de reporte de los aspectos clave.

Documentar las situaciones específicas en las cuales no es posible segregar las funciones para definir controles alternativos.

Diseñar e implementar el Plan estratégico de tecnologías de la información PETI para facilitar el control de este tipo bienes.

Diseñar y ejecutar un procedimiento para la evaluación y seguimiento a los proveedores de tecnología.

Realizar el ajuste del diseño de controles a partir de la aplicación de la nueva Guía de administración de riesgos, así como el monitoreo y verificación de la aplicación de estos.

Diseñar e implementar el Plan de seguridad y confidencialidad de la información conforme al modelo dispuesto en el Marco del MIPG, así como el plan de manejo de los riesgos asociados con el tema.

Aunque desde la Alta Dirección se han definido políticas relacionadas con el mejoramiento de la información, se requiere en general fortalecer implementando las políticas relacionadas con el gobierno digital, seguridad digital y la gestión documental definidas desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Realizar para la vigencia 2024 la evaluación de los canales de comunicación, con base en el instrumento diseñado en la Institución.

Fortalecer el seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de los funcionarios que ostentan el rol de segunda línea de defensa.



ADRIANA MARÍA PÉREZ ZULETA
Asesora de Control Interno
Funcionaria A.C. Auditoría y Consultoría S.A.S.