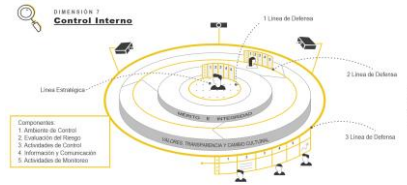


|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Nombre de la Entidad:</b> | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA</b> |
| <b>Periodo Evaluado:</b>     | <b>Julio 01 a Diciembre 31 de 2021</b>                                  |



|  |            |
|--|------------|
| <b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</b> | <b>84%</b> |
|--|------------|

**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):  | <b>En proceso</b> | Los Componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente en su diseño y transversalidad en relación cada dimensión, a las políticas y líneas de defensa del MIPG, a la Gestión del Riesgo y a la planeación institucional; con el propósito de que el Sistema de Control Interno opere con mayor efectividad.  |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):  | <b>Si</b>         | De acuerdo a la evaluación del Sistema de Control Interno de la ESE , se evidenció que existen mecanismos adecuados en su desarrollo e implementación de acuerdo los objetivos institucionales; así mismo es conveniente continuar en el fortalecimiento en sus dimensiones de MIPG , de las responsabilidades y compromiso en todas las líneas defensa, a fin de que el sistema incremente su efectividad en el logro de 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): | <b>Si</b>         | La ESE Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda dentro del desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno, se tienen identificadas las Líneas de defensa través del Mapa de Procesos, permitiendo empoderamiento y articulación por parte de la alta dirección, el Comité Técnico Integrado; los responsables de los procesos, servidores públicos, permitiendo que se tomen decisiones frente al control Interno, garantizando la operatividad del sistema de control interno dentro de la Institución con el propósito de mejorar su indicador y nivel de madurez. |

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente | <u>Estado actual:</u> 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 | 85% | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/>Se realizaron (2) dos seguimientos al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano en el período analizado. -2). Permanente se vienen realizando los reportes de información ante diferentes entidades de control, así como también indicadores en diferentes procesos administrativos y asistenciales, (Según, informe del Decreto 2193 de 2004). 3). Se tiene indicadores utilizados por la entidad para hacer seguimiento y evaluación de su gestión. - 4). Incorporación de los funcionarios al Sistema de Información SIGEP. 5). Se aplica encuesta de medición del Clima Laboral al personal de la institución.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/>1). Se requiere la implementación de diferentes herramientas que permitan a la entidad mejorar el lenguaje con el que se comunica con sus grupos de valor. - 2). Es conveniente la publicación Código Integridad en áreas estratégicas de la ESE. - 3) Se debe evaluar la política de administración de riesgos acorde a los lineamientos de la guía de administración del riesgo de gestión y corrupción.</p>  | 83% | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/>Se tiene el Código de Integridad y se ha socializado por diferentes medios institucionales. 2). Se realizó seguimientos al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano en las vicencias 2020-2021. 3). Se realizan reuniones periódicas por parte del Comité Institucional Técnico Integrado MECI y Calidad. - 4). Se viene realizando los reportes de información ante diferentes entidades de control, así como también indicadores en diferentes procesos administrativos y asistenciales, (Según, informe del Decreto 2193 de 2004).</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/>1). Es conveniente la implementación de diferentes herramientas que permitan a la entidad mejorar el lenguaje con el que se comunica con sus grupos de valor. -2). Debido a la situación de Pandemia COVID-19, de restricciones en la presencialidad, se siguen presentando deficiencias en el cumplimiento de algunas metas establecidas en el Plan Estratégico del Talento Humano. -3). Ejecutar un plan de formación o capacitación dirigido a servidores públicos para el desarrollo de competencias requeridas en TI.</p>   | 2%  |
| Evaluación de riesgos  | Si | 79% | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/>En proceso de implementación de la plataforma "RADAR" del Sistema de Gestión de Riesgos, compartida y administrada por de la Secretaría Departamental de salud para la ESEs "Simudatsalud", herramienta gerencial evita duplicidades o reproceso en el cumplimiento de sus objetivos misionales de la entidad. 2). Por medio del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la ESE, se desarrollan ejercicios de autoevaluación, por parte de los líderes, a planes, programas y proyectos</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/>1). Se debe fortalecer la Política de administración de Riesgos en relación al seguimiento y monitoreo de los riesgos por parte de los responsables de los procesos. - 2). Es conveniente direccionar responsabilidades para la gestión del riesgo y del control administrativo enfocada hacia la prevención de los riesgos más latentes en la ESE. -3). Se deben ejecutar acciones de mejora a partir de los resultados de los indicadores de uso y apropiación de tecnologías de la información (TI) en la entidad.</p>   | 79% | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/>En proceso de implementación de la plataforma "RADAR" del Sistema de Gestión de Riesgos, compartida y administrada por de la Secretaría Departamental de salud para la ESEs "Simudatsalud", herramienta gerencial evita duplicidades o reproceso en el cumplimiento de sus objetivos misionales de la entidad. 2). La ESE realizó evaluación y seguimiento al cumplimiento de metas, de acuerdo al Plan Estratégico Institucional y los planes de acción por áreas</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/>1). Se debe fortalecer la Política de administración de Riesgos en relación al seguimiento y monitoreo de los riesgos por parte de los responsables de los procesos. - 2). Es conveniente direccionar responsabilidades para la gestión del riesgo y del control administrativo enfocada hacia la prevención de los riesgos más latentes en la ESE. -3). Se deben ejecutar acciones de mejora a partir de los resultados de los indicadores de uso y apropiación de tecnologías de la información (TI) en la entidad.</p>  | 0%  |
| Actividades de control | Si | 75% | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/>1). El funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Técnico Integrado, cumplen un papel importante en el diseño de normas o estándares de sistemas de Gestión de Calidad (Habilitación y Acreditación en salud) -2). Por medio del área del Talento Humano se socializó el Manual de Funciones y Competencia Laborales on la Comisión de Personal de la entidad y los temas de Carrera Administrativa. 3). Se verifica que las acciones de mejora sean efectivas y contribuyan al logro de los resultados</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/>1). Implementar y monitorear los controles a los riesgos y utilizar sus resultados para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad -2). Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos. 3. Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre seguridad digital. -4). Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación para la política o estrategia de servicio al ciudadano. -5.) Es conveniente el establecimiento y evaluación de los controles por parte de la Línea Estratégica y Primera Línea de Defensa. 6.) Efectuar evaluación y seguimiento a los procesos de gobierno de TI de la entidad apoyan las estrategias y si cumplen con los objetivos de la entidad</p> | 79% | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/>1). Se vienen realizando reuniones periódicas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la ESE, se desarrollan ejercicios de autoevaluación, por parte de los líderes, a planes, programas y proyectos. - 2). El área del Talento Humano ha venido socializando el Manual de Funciones y Competencia Laborales on la Comisión de Personal de la entidad y los temas de Carrera Administrativa. 3). Permanentemente se realiza seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría General del Departamento de Risaralda y la ESE de acuerdo a la Auditorías efectuadas por este ente de Control.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/>1). Implementar y monitorear los controles a los riesgos y utilizar sus resultados para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad -2). Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos. 3. Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre seguridad digital. -4). Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación para la política o estrategia de servicio al ciudadano. Es conveniente el establecimiento y evaluación de los controles por parte de la Línea Estratégica y Primera Línea de Defensa.</p> | -4% |

|  |           |                   |   |                   |   |                  |
|--|-----------|-------------------|---|-------------------|---|------------------|
| <p><b>Información y comunicación</b></p> | <p>Si</p> | <p><b>93%</b></p> | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/> 1). Ampliación de cobertura y accesibilidad de los canales de servicio para la prestación de los trámites a usuarios - 2). evaluación y seguimiento de los servicios por medio de la aplicación de Encuestas de Satisfacción al Usuario, y el Sistema de PQR por medio de la página institucional. - 3). La ESE Hospital Nazareth de Quinchía utiliza diferentes medios de comunicación, para el usuario interno y externo tales como: Internet e intranet institucional, pautas radiales en emisoras locales, prensa, televisión comunitaria, perifoneo, publicaciones en las redes sociales; Infografía (técnica de comunicación gráfica); publicidad impresa de promoción de servicios programas. - 4). Se tiene actualizada de la página web institucional como estructura para la publicación sistemática y periódica de los informes, en especial cumpliendo con la ley de Transparencia y acceso a la información pública.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/> 1). Se requiere la publicación permanente de la información en la página web en cumplimiento con la ley de Transparencia y acceso a la información pública . - 2). Implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA en la entidad. 3). Evaluar periódicamente las prácticas de confiabilidad e integridad de la información de la entidad y presentar recomendaciones para la mejora.. 4) Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación para la política o estrategia de servicio al ciudadano..</p>                                 | <p><b>93%</b></p> | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/> 1). Se promueve permanentemente el uso de tecnologías para el manejo de la información. - 2). En relación con la Gestión Documental, la entidad tiene implementado el Programa de Gestión Documental (PGD), el Plan Institucional de Archivo (PINAR), la Política de Gestión Documental, el Sistema Integrado de Conservación Documental de archivo; Ventanilla Única - 3). Se realizan Encuestas de Satisfacción al Usuario, y el Sistema de PQR por medio de la página institucional. - 4). La ESE Hospital Nazareth de Quinchía utiliza diferentes medios de comunicación, para el usuario interno y externo tales como: Internet e intranet institucional, pautas radiales en emisoras locales, prensa, televisión comunitaria, perifoneo, publicaciones en las redes sociales; Infografía (técnica de comunicación gráfica); publicidad impresa de promoción de servicios programas. - 5). Se tiene actualizada de la página web de la ESE como estructura para la publicación sistemática y periódica de los informes, en especial cumpliendo con la ley de Transparencia y acceso a la información pública.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/> 1). Se requiere la publicación permanente de la información en la página web en cumplimiento con la ley de Transparencia y acceso a la información pública . - 2). Implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA en la entidad. 3). Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación para la política o estrategia de servicio al ciudadano. 4) Falta implementar mecanismos que mida la efectividad de publicación de la información de interés al ciudadano</p> | <p><b>0%</b></p> |
| <p><b>Monitoreo</b></p>                  | <p>Si</p> | <p><b>86%</b></p> | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/> 1). Ejecución Plan de auditoria 2021 aprobado por el Comité Técnico Integrado MECI y Calidad. -2). En el segundo semestre el área de Calidad realiza informe consolidado del Sistema peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones PQR de la entidad; los usuarios presentaron 18 quejas, 3 peticiones y 10 felicitaciones, lo que representa el (58%), (10%), y (32%), respectivamente en relación al total de PQRF recibido en relación a la prestación de los servicios de salud. De la misma manera se vienen realizando encuestas de satisfacción al usuario en diferentes servicios. - 3). En los Comités Técnico Integrado MECI y Calidad, y Comité Institucional de Gestión y Desempeño; se analizan los resultados de otras evaluaciones externas, tales como: (FURAG u otras), al igual seguimiento a los planes de mejora. -4). Como resultado de las evaluaciones y seguimientos, se comunican las deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/> 1). Se debe proporcionar información sobre los avances y resultados de la gestión institucional y específicamente en el tema de la gestión del riesgo y proponer acciones de mejora que contribuyan a alcanzar los resultados esperados. -2). No se ha establecido la implementación de procedimientos de monitoreo continuo de evaluación de los controles de Gestión del riesgo, como parte de las actividades de los servidores con responsabilidades directas.</p> | <p><b>82%</b></p> | <p><b>FORTALEZAS:</b><br/> 1). Ejecución del Plan de auditoria aprobado por el Comité Técnico Integrado MECI y Calidad. -2). El área de Calidad realiza informe consolidado del primer semestre de la vigencia del 2021 del Sistema peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones PQR, se presentaron 12 quejas, 3 peticiones y 7 felicitaciones, lo que representa el (80%), (20%), y (47%), respectivamente en relación al total de PQRF recibido de los usuarios en relación a la prestación de los servicios de salud por parte de ESE. -3). En los Comités Técnico Integrado MECI y Calidad, y Comité Institucional de Gestión y Desempeño; se analizan los resultados de otras evaluaciones externas, tales como: (FURAG u otras), al igual seguimiento a los planes de mejora. -4). La ESE cuenta con canales internos externos definidos en relación con la comunicación con los Grupos de Valor y que son reconocidos a todo nivel de la organización y la comunidad del área de influencia</p> <p><b>DEBILIDADES:</b><br/> 1). Es conveniente la evaluación periódica de los resultados de los informes presentados por la Oficina de Control Interno, según ejecución del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos vigentes en las distintas áreas. -2). No se ha establecido la implementación de procedimientos de monitoreo continuo de evaluación de los controles de Gestión del riesgo, como parte de las actividades de los servidores con responsabilidades directas. De igual manera se presentan deficiencia en el monitoreo periódica de los riesgos de corrupción por parte de la primera y segunda línea de defensa.</p>                                   | <p><b>4%</b></p> |