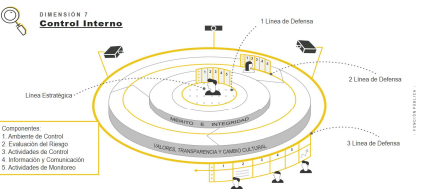


**Nombre de la Entidad:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA

**Periodo Evaluado:** 01 Julio a Diciembre 31 de 2020



**Resultado de la evaluación del sistema de Control Interno de la entidad**

**81%**

**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><b>En proceso</b></p>	<p>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.</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p><b>Si</b></p>	<p>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.</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><b>Si</b></p>	<p>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.</p>

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	81%	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> Se ha socializado el Código de Integridad por diferentes medios institucionales. <b>2).</b> Se realizó seguimientos al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano en la vigencia 2020. <b>- 3).</b> Se realizó el ejercicio Planeación estratégica de acuerdo a los cambios de nuevo periodo. <b>- 4).</b> Se realizaron reuniones periódicas por parte del Comité Institucional Técnico Integrado MECI y Calidad. <b>- 5).</b> La entidad realizó el reporte 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>  <b>1).</b> Fortalecer el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. <b>- 2).</b> Deficiencia en el monitoreo periódica de los riesgos de corrupción por parte de la primera y segunda línea de defensa. <b>-3).</b> Debido a la situación de Pandemia COVID-19, se presentaron deficiencias en el cumplimiento de metas establecidas en el Plan Estratégico del Talento Humano.</p>	79%	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> La entidad construyó y adoptó el Código de Integridad de forma participativa. <b>- 2).</b> Se cuenta con el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano y la matriz de riesgos de corrupción actualizados a la vigencia 2020. <b>- 3).</b> Se realizó el ejercicio Planeación estratégica de acuerdo a los cambios de nuevo periodo. <b>- 4).</b> El Comité Institucional Técnico Integrado MECI y Calidad viene funcionando de manera periódica. <b>- 5).</b> Se incorporó el código de Integridad a la Plataforma estratégica de la ESE. <b>- 6).</b> Seguimiento al y reporte de información ante diferentes entidades de control, indicadores en diferentes procesos administrativos y asistenciales, (Según, Decreto 2193 de 2004); mide la eficiencia, eficacia, y efectividad mediante la evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa de la institución, informes de producción, financieros; y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), entre otros.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b>  <b>1).</b> Fortalecer el funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. <b>- 2).</b> Deficiencia en el monitoreo periódica de los riesgos de corrupción por parte de la primera y segunda línea de defensa. <b>-3).</b> Fortalecer el mecanismo de seguimiento de las acciones del Plan Estratégico Institucional para el evaluar cumplimiento de las metas. <b>- 4).</b> Se presenta deficiencias en el seguimiento del Plan Estratégico del Talento Humano.</p>	2%
Evaluación de riesgos	Si	76%	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> Se realizó seguimiento y monitoreo al Mapa de Riesgos Institucional. <b>2).</b> 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. <b>3).</b> La ESE realizó evaluación y seguimiento al cumplimiento de metas, de acuerdo a los planes de acción (POA)</p> <p><b>DEBILIDADES:</b>  <b>1).</b> Fortalecer las Política de administración de Riesgos en relación al seguimiento y monitoreo de los riesgos por parte de los responsables de los procesos. <b>- 2).</b> Es conveniente el establecimiento y evaluación de los controles por parte de la Línea Estratégica y Primera Línea de Defensa. <b>-3)</b> Direccional responsabilidades para la gestión del riesgo y del control administrativo enfocada hacia la prevención de los riesgos más latentes en la ESE.</p>	74%	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> Se tiene adoptado el Mapa de Riesgos Institucional. <b>2).</b> Se está 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. <b>3).</b> La ESE estableció los mecanismos para vincular los planes de acción (POA) con el plan estratégico, enmarcados dentro de los objetivos estratégicos y a su vez con los objetivos operativos.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b>  <b>1).</b> Fortalecer las Política de administración de Riesgos en relación al seguimiento y monitoreo de los riesgos. <b>- 2).</b> Deficiencias en el establecimiento y evaluación de los controles por parte de la Línea Estratégica y Primera Línea de Defensa. <b>-3).</b> Direccional responsabilidades para la gestión del riesgo y del control administrativo enfocada hacia la prevención de los riesgos más latentes en la ESE.</p>	2%
Actividades de control	Si	79%	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> Se realizaron 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. <b>- 2).</b> Se actualizó el Manual de Funciones y Competencia Laqborales de la entidad. <b>3).</b> 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. <b>- 4).</b> Se tiene adoptado el Estatuto del Auditor Interno y el Código de Ética del Auditor Interno.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b>  <b>1).</b> Realizar seguimientos y/o evaluaciones periódicas e independientes por áreas y/o niveles; en relación a la planificación estratégica, determinando el logro de las metas, los resultados y los objetivos propuestos por la entidad, y que son indispensables para la toma de decisiones en el nivel gerencial. <b>-2).</b> Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos.</p>	75%	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> 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. <b>- 2).</b> 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. <b>- 3).</b> Se tiene adoptado el Estatuto del Auditor Interno y el Código de Ética del Auditor Interno.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b>  <b>1).</b> Realizar seguimientos y/o evaluaciones periódicas e independientes por áreas y/o niveles; en relación a la planificación estratégica, determinando el logro de las metas, los resultados y los objetivos propuestos por la entidad, y que son indispensables para la toma de decisiones en el nivel gerencial. <b>-2).</b> Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos. <b>- 3).</b> Realizar la actualización del Manual de Funciones y Competencias Laborales a la normatividad vigente.</p>	4%

<p><b>Información y comunicación</b></p>	<p>Si</p>	<p>86%</p>	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> En la ESE se promueve el uso de tecnologías para el manejo de la información. - <b>2).</b> 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. - <b>3).</b> Se tiene implementada la Encuesta de Satisfacción al Usuario, y el Sistema de PQR por medio de la página institucional. - <b>4).</b> 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. - <b>5).</b> Mediante la resolución N° 366 de octubre 26 de 2020, se crea formalmente la Ventanilla Única de la institución. - <b>6).</b> Se realizó actualización de la página web de la ESE como espacio de 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>  <b>1).</b> Falta de mecanismos que mida la efectividad de publicación de la información de interés al ciudadano. - <b>2).</b> Aunque se tienen adoptados los planes: Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones; El Plan de Tratamiento de Riesgos y Seguridad y Privacidad de la Información; es conveniente establecer el desarrollo y operación de los mismos.</p>	<p>79%</p>	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> En la ESE se promueve el uso de tecnologías para el manejo de la información. - <b>2).</b> Mediante acta # 02 del 28 de mayo de 2020 se Convalidaron las Tablas de Retención Documental de la ESE Hospital Nazareth por parte del Comité Departamental de Archivo. - <b>3).</b> Se tiene implementada la Encuesta de Satisfacción al Usuario, y el Sistema de PQR por medio de la página institucional. - <b>4).</b> 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.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b>  <b>1).</b> Actualizaciones de la página web de la ESE con mayor periodicidad, como espacio de publicación sistemática y periódica de los informes, en especial cumpliendo con la ley de Transparencia y acceso a la información pública. - <b>2).</b> Falta de mecanismos que mida la efectividad de publicación de la información de interés al ciudadano. - <b>3).</b> Aunque se tienen adoptados los planes: Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones; El Plan de Tratamiento de Riesgos y Seguridad y Privacidad de la Información; es conveniente establecer el desarrollo y operación de los mismos.</p>	<p>7%</p>
<p><b>Monitoreo</b></p>	<p>Si</p>	<p>82%</p>	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> Ejecución del Plan de auditoría aprobado por el Comité Técnico Integrado MECI y Calidad. - <b>2).</b> Se realizan evaluaciones y seguimientos a los compromisos Adquiridos, por parte del Comité Técnico Integrado MECI y Calidad. - <b>3).</b> En el Informe consolidado de la vigencia del 2020 del Sistema peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones PQR; se presentaron 40 quejas, 6 peticiones y 3 felicitaciones, lo que representa el (82%), (12%), y (6%), respectivamente en relación al total de PQR recibido de los usuarios en relación a la prestación de los servicios de salud por parte de ESE. - <b>4).</b> 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. - <b>5).</b> 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>  <b>1).</b> Establecer y mantener un sistema de monitoreo en relación a los hallazgos y recomendaciones por parte de los servidores con responsabilidades directas. - <b>2).</b> 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. - <b>3).</b> 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>79%</p>	<p><b>FORTALEZAS:</b>  <b>1).</b> Aprobación del Plan de auditoría en reunión del Comité Técnico Integrado MECI y Calidad. - <b>2).</b> Se realizan evaluaciones y seguimientos a los compromisos Adquiridos, por parte del Comité Técnico Integrado MECI y Calidad. - <b>3).</b> En el Informe consolidado del semestre del 2020 del Sistema peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones PQR; se presentaron 29 quejas, 2 peticiones y 2 felicitaciones, lo que representa el (88%), (6%), y (6%), respectivamente en relación al total de PQR recibido de los usuarios en relación a la prestación de los servicios de salud por parte de ESE. - <b>4).</b> 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) 5. En el mes de Junio 2020 se actualizó el Formato de Encuestas de Satisfacción al usuario como requerimiento al plan de mejora PAMEC. - <b>5).</b> 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>  <b>1).</b> Establecer y mantener un sistema de monitoreo en relación a los hallazgos y recomendaciones por parte de los servidores con responsabilidades directas. - <b>2).</b> Se presentan deficiencias en 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. - <b>3).</b> 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>3%</p>