

Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
Periodo Evaluado:	DEL 01 AL 30 DE JUNIO DE 2022

Estado del sistema de Control Interno de la entidad	96%
---	-----

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):

En proceso

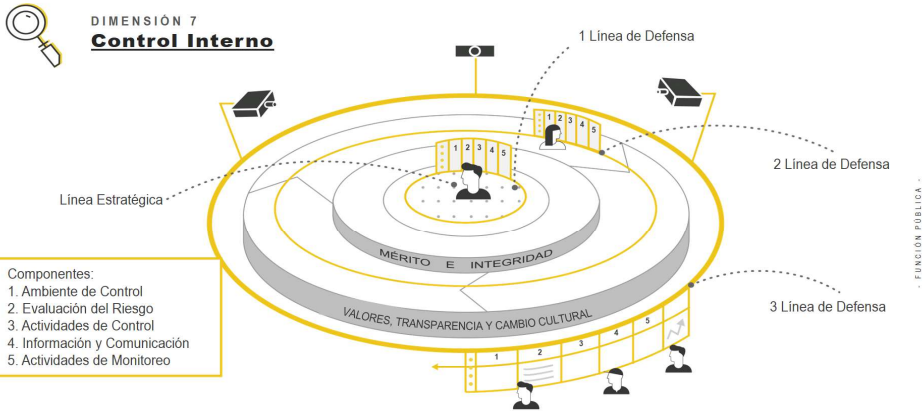
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):

No

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):

Si

El resultado madurez de la operación Universitar



10, y en particular al nivel de 1 concluir que la ESE Hospital os de interés de que sus procesos y

10, y en particular al nivel de 1 concluir que la ESE Hospital os de interés de que sus procesos y

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado	Avance final del componente
------------	---	----------------------------------	--	--	----------------------------------	-----------------------------

<p style="text-align: center;">Ambiente de control</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">91%</p>	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con el código de integridad debidamente socializado en jornadas de inducción y reintroducción en las cuales se trató el tema del código de integridad. 2. Se cuenta con el código de ética que busca servir como mecanismo de autorregulación del comportamiento ético de los funcionarios y colaboradores de la ESE Hospital Universitario de Santander y la estructura de las operaciones y relaciones interpersonales, mediante la definición de principios y valores institucionales. 3. Se cuenta con el código de ética del auditor y el estatuto de auditoría que define los impedimentos y orientaciones para el manejo de conflicto de intereses en los asuntos de auditoría. 4. Se cuenta con el requisito para la aceptación de la propuesta en contratación, la declaración de no estar incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad para evitar el conflicto de interés. 5. Se cuenta con el Procedimiento PQRSF para cliente interno, donde el personal de planta o colaborador puede denunciar situaciones irregulares de conducta de otro u otros colaboradores o personal de planta y se encuentra en línea en la página web institucional. <p>Recomendaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación del código de integridad en el cual incluyan análisis de desviaciones, temas de convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados. 2. Se recomienda la elaboración de un procedimiento que permita la identificación y declaración de conflicto de intereses y se constituye en la herramienta que brinde orientaciones y directrices al personal de planta y colaboradores para que identifiquen y declaren sus conflictos cuando se enfrentan a situaciones en las que sus intereses personales se enfrentan con intereses propios del servicio público. 3. Se recomienda realizar análisis de las quejas relacionadas con incumplimientos al código de integridad que se recolecten del procedimiento de PQRSF de cliente interno, comité de ética y comité de convivencia laboral. 4. Se recomienda seguir avanzando en la monitorización de indicadores de temas claves y que deben ser soportados por los demás comités existentes para su análisis y mejoramiento. 5. Se recomienda establecer indicadores de medición del impacto que permitan medir y valorar los cambios, y proponer acciones de mejora que surjan de las capacitaciones. 	<p style="text-align: center;">92%</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">-1%</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación de riesgos</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realiza la identificación de los quince Sistemas de Gestión del Riesgo en donde se relaciona la documentación propia de cada sistema, procedimientos, instructivos, manuales que proveen los lineamientos para la identificación, valoración y mitigación de los riesgos según la procedencia y naturaleza de los riesgos, siendo relacionados: Riesgos por proceso, Riesgos de corrupción, Riesgos de seguridad digital, seguridad de la información y protección de datos, Riesgos SARLAFT, Riesgos de seguridad y salud en el trabajo, Riesgos de defensa jurídica, Riesgos clínicos, Riesgos estratégicos, Riesgos de estándares y ejes del Sistema Único de Acreditación – SUA, Riesgos ambientales, Riesgos de desastres, Riesgos de productos sanitarios, Riesgos de braquiterapia, Riesgos de gestión documental, Riesgos de riesgos poblacionales. Para cada uno de los sistemas de Gestión identificados se realiza la respectiva Gestión del riesgo identificando, evaluando y mitigando los diferentes riesgos. 2. Se cuenta con el sistema ALMERA por medio del cual se realiza la monitorización por parte del líder de Gestión del riesgo. 3. Se realiza monitoreo trimestral al mapa de riesgos de los 15 sistemas por parte de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y son presentados a la Gerencia. 4. En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno-CICCI, se evalúan todos los temas relacionados con el Sistema de Control Interno. 5. La entidad cuenta con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño por medio del cual se fija el diseño, mantenimiento y mejoramiento del modelo de MIPG. 6. La entidad cuenta con una adecuada integración del Sistema de Planeación y Gestión y el Sistema de Control Interno, considerando la participación de cada una de las dependencias en acatamiento a las responsabilidades establecidas en las líneas de defensa, facilitando así el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos. 7. Se evidencia un trabajo articulado entre el Plan Estratégico y los Planes Anuales de Acción Institucional. <p>Recomendaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recordar la responsabilidad de la Primera línea de Defensa (Líderes de procesos) de monitorear y revisar periódicamente el mapa de riesgos de gestión, con el fin de asegurar que las acciones establecidas se están llevando a cabo y evaluar la eficacia en su implementación para evidenciar aquellas situaciones que pueden influir en la aplicación de acciones preventivas. 	<p style="text-align: center;">100%</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">0%</p>

<p style="text-align: center;">Actividades de control</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">98%</p>	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El sistema Integrado de Gestión de Calidad SIGC establece la caracterización de cada uno de los procesos institucionales. 2. Dentro de la metodología definida en el Programa de Gestión Integral del Riesgo, se establece el diseño de controles que cumplan con los 6 pasos definidos en la metodología del DAFP, donde uno de ellos es determinar la persona responsable del control y la persona responsable de su seguimiento, evaluando la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control. Estos controles son evaluados tanto en diseño como en efectividad en las auditorías internas realizadas por Control Interno. 3. Mediante la realización de las auditorías de calidad y de auditorías internas, se generan planes de mejoramiento los cuales contribuyen a la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, guías, manuales, formatos, entre otros. 4. Se exige al proveedor como requisito para ofertar la tecnología, presentar evidencias de seguridad, disponibilidad de información sobre el fabricante y manuales de uso, confiabilidad, mantenimiento y garantías, se realizan comparaciones con tecnología similar, al definir especificaciones técnicas orientas al cubrimiento de las necesidades del servicio y así mismo que permitan ser de cumplimiento por mínimo dos marcas del mercado, en cumplimiento al manual de contratación, y se identifican inversiones adicionales requeridas como en la infraestructura o dotación adicional necesaria para su correcta puesta en funcionamiento, se realiza seguimiento mensual por parte del supervisor de las actividades realizadas por el proveedor de servicios. 5. <p>Recomendaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar y actualizar periódicamente los mapas de riesgo atendiendo las dinámicas institucionales, la identificación y/o materialización de los riesgos. 	<p style="text-align: center;">98%</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">0%</p>
<p style="text-align: center;">Información y comunicación</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">89%</p>	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La entidad cuenta con canales de comunicación externa definidos según el tipo de información a divulgar y éstos son reconocidos a todo nivel en la entidad (redes sociales, página web, Sistema de Atención al Ciudadano, entre otros). 2. Se encuentran publicados los instrumentos de gestión de la información adoptados. 3. El estándar de gerencia de la información cuenta con el Procedimiento flujo y transmisión de información (GII-GEI-PR-04), cuyo objetivo es Definir los mecanismos para el flujo y la transmisión de información entre los procesos institucionales y grupos de interés de la institución, asegurando la oportunidad, confiabilidad, seguridad, facilidad de acceso y validez de dicha información. se realiza el seguimiento a la trazabilidad del flujo de información en el cumplimiento oportuno de la entrega de información de los diferentes procesos. 4. Se cuenta con el Plan de gerencia de la información (GII-GEI-FO-09), que se encuentra semaforizado para el cumplimiento de la entrega de los informes respectivos a los diferentes grupos de interés. 5. La entidad cuenta con licencias de correo institucional, para todos los servidores públicos y contratistas, el cual facilita la comunicación interna. 6. La entidad cuenta con la política de seguridad y privacidad de la información, lo cual permite establecer directrices en relación con copias de seguridad, determinando, políticas de operación relacionadas con la administración de la información. 7. Se realizó el autodiagnóstico del modelo de seguridad y privacidad de la información identificando un nivel de madurez Inicial en seguridad y privacidad de la información. 8. Se realiza actualización de la política de seguridad y privacidad de la información de acuerdo a lo establecido en la guía 2, propuesta por el modelo de seguridad y privacidad de la información. <p>Recomendaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los controles existentes para la mitigación de los riesgos identificados sobre pérdida y seguridad de la información. 2. Se recomienda implementar indicadores que permitan medir el alcance de las comunicaciones con partes externas y que pueda caracterizar los grupos de interés. 	<p style="text-align: center;">89%</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">0%</p>
<p style="text-align: center;">Monitoreo</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">100%</p>	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Oficina Asesora de Control Interno realiza auditoría interna a los procesos de la ESE Hospital Universitario de Santander realizando una planeación general como resultado de la priorización del universo de auditoría basado en riesgos y del ciclo de rotación de auditorías que deben ser presentado ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en el cual se incluyen otros temas y obligaciones que a la Oficina de Control Interno le competen, utilizando como herramienta el Plan Anual de Auditorías, el cual abarca los procesos estratégicos y de apoyo y parte de los procesos misionales que han sido priorizados. 2. La entidad cuenta con la Política de Administración del Riesgo se establece a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo. 3. La Oficina de Control Interno efectúa seguimiento al trámite de PQRSD, para determinar el cumplimiento en la oportunidad y las respuestas de fondo emitidas para los Grupos de Valor. 4. La oficina de control interno dentro de los criterios que establece en la auditoría interna se encuentra la evaluación de los hallazgos de las auditorías externas y la efectividad de las acciones propuestas en el plan de mejoramiento suscrito para su subsanación. <p>Recomendaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se recomienda reforzar el monitoreo de los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos. 	<p style="text-align: center;">100%</p>	<p style="text-align: center;">Si</p>	<p style="text-align: center;">0%</p>