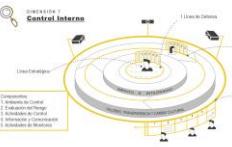


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL ULPIANO TASCON QUINTERO		
Periodo Evaluado:	JULIO A DICIEMBRE 2024		
 <p>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</p>		97%	
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno			
<p>1 Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No)</p> <p>2 Es efectivo el sistema de control interno para 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>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p>	<p>Los Componentes del Modelo Estándar de Control Interno, se encuentran presentes y operando de forma articulada de acuerdo al direccionamiento establecido por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión desde séptima dimensión. No obstante lo anterior, las líneas de defensa deben ser fortalecidas, reforzando el autocontrol desde la primera línea.</p> <p>El sistema de control interno es efectivo teniendo en cuenta el control, la evaluación de los riesgos la información y el monitoreo. Sin embargo, en distintas áreas claves de la E.S.E. se debe reforzar el autocontrol.</p> <p>Se tienen identificadas las líneas de defensa, es necesario documentar las responsabilidades y roles dentro de cada una de ellas.</p>	
Componente	¿se está cumpliendo los requerimientos ?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente
AMBIENTE DE CONTROL	Si	96%	Fortalezas: <ol style="list-style-type: none"> El Hospital mediante Resolución 020 del 14 de Febrero del 2018, adopta las Políticas Institucionales. La E.S.E. mediante Resolución 011 de 2018 adopta MPG, reglamenta las disposiciones relativas al Sistema Institucional de control Interno, se actualiza el Comité Institucional de Coordinación de Control interno y se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la E.S.E. Se tiene documentado el código de integridad, se socializa para que los funcionarios adopten y firmen el compromiso de integridad con la institución para la optimización y mejoramiento del servicio y se fortalece mediante capacitaciones. La E.S.E. cuenta con misión y visión, planes y políticas que atienden al propósito. La E.S.E. cuenta con manuales de funciones de los colaboradores actualizados. El personal de la institución es vinculado de acuerdo a la normatividad y cumplimiento de los requerimientos exigidos por la Ley. Se lleva a cabo la Rendición de cuentas a la ciudadanía cumpliendo con los mecanismos de participación ciudadana. Se cumple con la presentación de informes a los Entes de Control o Entidades que lo requieren. Debilidades: <ol style="list-style-type: none"> Procesos y procedimientos institucionales desactualizados. Se encuentran en proceso de actualización por parte de la asesora de calidad y los líderes de área. Organigrama institucional que requiere actualización.
EVALUACION DEL RIESGO	Si	100%	Fortalezas: <ol style="list-style-type: none"> El Hospital tiene actualizada la política de administración de riesgos y su adopción fue determinada mediante resolución 458 de 2019. Se tiene identificado riesgos, actividades y controles para cada una de las áreas; asimismo, se identificaron riesgos relacionados con posibles actos de corrupción. Debilidades: <ol style="list-style-type: none"> Mapa de riesgos en proceso de actualización.
ACTIVIDADES DEL CONTROL	Si	100%	Fortalezas: <ol style="list-style-type: none"> Se tienen identificadas actividades de control para prevenir la materialización de los riesgos identificados para cada una de las áreas, incluyendo posibles actos de corrupción. Se tiene estipulado el plan anticorrupción y el mapa de riesgos de corrupción de la institución publicado en la página web. Se cuenta con mapa de riesgos para cada uno de los procesos. Debilidades: <ol style="list-style-type: none"> Mapa de riesgos en proceso de actualización.

INFORMACION Y COMUNICACIÓN	Si	100%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El hospital cuenta con Servicio de información y atención al usuario a través del SIAU. 2. Se cuenta con diferentes medios de comunicación para que los usuarios puedan interactuar con el Hospital (Página WEB Institucional, FACEBOOK institucional, carteles, audiovisuales, ventanilla única) 3. Procedimiento para el requerimiento de historias clínicas (Información reservada) 4. Se publica en la página web institucional información de interés de libre acceso para la comunidad, garantizando la transparencia, el acceso a la información pública y el principio de facilitación. 5. Se lleva a cabo el proceso de digitalización de historias clínicas. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por temas de infraestructura no se cuenta con el espacio adecuado para el archivo de gestión de la institución.
ACTIVIDADES DE MONITOREO	Si	90%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con el Comité de control interno, en el cual se aprueba el plan de auditoría anual. 2. Se desarrollan planes de mejora para mitigar inconformidades y hallazgos de las auditorías internas, externas o de Entes de Control. 3. Se tienen estipuladas listas de chequeo como parte de las auditorías, para su respectiva verificación. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Planes de mejora llevados a cabo más no documentados y por tanto no se les hace seguimiento. 2. El municipio no cuenta con comité municipal de auditoria