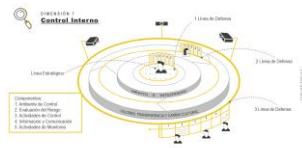


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL ULPIANO TASCON QUINTERO
Periodo Evaluado:	JULIO A DICIEMBRE 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	86%
---	-----

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No)	Si	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.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados?	Si	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.
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	Se tienen identificadas las líneas de defensa, es necesario documentar las responsabilidades y roles dentro de cada una de ellas.

Componente	¿se esta cumpliendo los requerimientos ?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente
AMBIENTE DE CONTROL	Si	96%	Fortalezas: 1. El Hospital mediante Resolución 020 del 14 de Febrero del 2018, adopta las Políticas Institucionales. 2. La E.S.E. mediante Resolución 011 de 2018 adopta MIPG, 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. 3. 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. 4. La E.S.E. cuenta con misión y visión, planes y políticas que atienden al propósito. 5. La E.S.E. cuenta con manuales de funciones de los colaboradores actualizados. 6. El personal de la institución es vinculado de acuerdo a la normatividad y cumplimiento de los requerimientos exigidos por la Ley. 7. Se lleva a cabo la Rendición de cuentas a la ciudadanía cumpliendo con los mecanismos de participación ciudadana. 9. Se cumple con la presentación de informes a los Entes de Control o Entidades que lo requieren. 10. Durante el primer semestre del año 2025, se realizó el proceso de reinducción con los colaboradores. 11. Mapa de procesos organizacional actualizado. 12. Durante la vigencia se ha avanzado en la caracterización de los procesos.
EVALUCION DEL RIESGO	Si	85%	Fortalezas: 1. El Hospital actualizó la política de administración de riesgos. 2. La política de riesgos fue socializada con los colaboradores de la institución. 3. Se plantearon los mapas de riesgos en las diferentes áreas institucionales. 4. Se realizó seguimiento a las acciones planteadas por cada una de las áreas.
ACTIVIDADES DEL CONTROL	Si	80%	Fortalezas: 1. 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. 2. Durante el seguimiento al mapa de riesgos se verifica la materialización de riesgos, en caso de que el riesgo se materialice se definen estrategias para mitigar y subsanar las consecuencias. 3. Se cuenta con el mapa de riesgo institucional actualizado. 4. En lo corrido del año 2025 se avanzó en el programa de ética y transparencia pública que reemplazó el plan anticorrupción y atención al usuario.

INFORMACION Y
COMUNICACIÓN

Si

100%

Fortalezas:

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, cartelera, 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.

Debilidades:

1. Por temas de infraestructura no se cuenta con el espacio adecuado para el archivo de gestión de la institución.

ACTIVIDADES DE
MONITOREO

Si

70%

Fortalezas:

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.
4. La entidad cuenta con indicadores para medir el desempeño institucional.

Debilidades:

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 auditoría