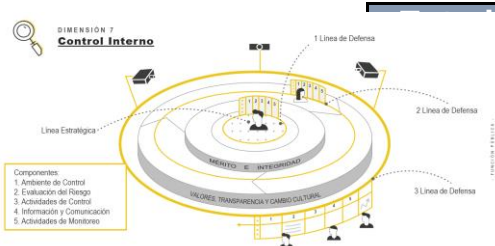


Nombre de la Entidad:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIONEGRO ANTIOQUIA
Periodo Evaluado	01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021



del sistema de Control
interno de la entidad

87%

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):	En proceso	En el Hospital San Juan de Dios se cuentan con instrumentos que tienen la suficiente importancia porque de ellos participan un gran número de líderes de los diferentes procesos y que son responsables del desarrollo de los diferentes componentes del sistema de control interno; estas personas generan y reportan información suficiente para integrar los componentes, es necesario fortalecer la verificación de las evidencias las cuales se ve limitadas por el escaso tiempo del reporte de los líderes. Se debe fortalecer la participación de los diferentes grupos de interés en algunas estrategias institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	debe fortalecerse la evaluación y el control, no obstante se cumple con los informes de ley para tener mejor cobertura y oportunidad de las auditorías internas a los procesos que deriven en recomendaciones de mejora al sistema institucional de control interno, se recomienda adoptar decisiones necesarias para que la elaboración de los planes de mejoramiento se realicen oportunamente y se articulen con el modelo de mejoramiento institucional.
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	los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control de la entidad tienen definidos los niveles de autoridad y responsabilidad, además están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a la misión institucional, sin embargo es conveniente actualizar los procesos institucionales, el hospital cuenta con un sistema de control interno diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos se han establecidos los controles correspondientes con sus seguimientos respectivos acordes a la línea de defensa que corresponda, también es necesario realizar la estructuración y actualización de los puntos de control en los procesos

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	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	96%	durante el periodo se realizo el proyecto de nueva estructura organizacional, todo tuvo su correcto proceso de contratación, la entidad cuenta con su manual de funciones al cual le falta actualizacion, el hospital invita a la persona que ingresa a participar de la inducción, con el acompañamiento de profesionales responsables, el proceso de evaluacion de desempeño se encuentra alineado con lo establecido en la normatividad vigente, el hospital cuenta con codigo de etica y buen gobierno y se encuentra publicado , se construyo el plan estrategico de talento humano y se encuentra publicado, se formulo el plan anual de vacantes, tambien esta publicado, el plan de estímulos e incentivos, el plan de bienestar, el plan de capacitacion se formularon y tambien se encuentran publicados, se fortalece el comité institucional de gestión y desempeño como encargado de	88%	La Dimensión de Gestión de Control Interno según resultado del FURAG 2019 califico de la siguiente manera: Ambiente de Control con una calificación de 61,5%, Gestión de los riesgos institucionales con una calificación de 64,9%, Actividades de Control con una calificación de 66,86%, Información y Comunicación con una calificación de 61,38, Monitoreo o supervisión continua con una calificación de 65,35%. En el mes de febrero de la vigencia 2019, se aplico la autoevaluación del FURAG y en dicho resultado la dimensión de control interno califico con 63,61% , reflejando un medio cumplimiento e implementación de la dimensión que comparado con los autodiagnóstico que fueron actualizado en el mes de febrero la brecha frente a la políticas de talento humano el hospital se mantiene en una nuntuación media nuestro que hacen falta	8%
Evaluación de riesgos	Si	85%	en el periodo se ajusta la politica de gestion del riesgo, acorde a los lineamientos del departamento administrativo de la funcion publica , se elabora el manual de riesgos, se adopta la metodologia del DAFP, matrices de procesos con la informacion actualizada, identificacion de los riesgos por procesos, analisis de los riesgos por procesos, evaluacion de los riesgos por procesos, monitoreo y revisión, se construyo el mapa de riesgos con sus respectivos seguimientos, falta realizar a todo el personal de la institución capacitaciones para la gestion de riesgos por procesos.	88%	A nivel Operativo la Oficina de talento humano es la encargada de desarrollar las acciones que promuevan el buen desarrollo de la política de talento humano. Se puede evidenciar el alcance de varias metas que a continuación relacionamos:1. En el mes de febrero 2019, se aplico la evaluación del FURAG de la vigencia 2018, y en dicho resultado la dimensión de talento humano califico con 58,02, reflejando un medio cumplimiento e implementación de la dimensión 2. A corte 30 de Diciembre de la vigencia 2019 , se logro la actualización de los autodiagnósticos aplicados a corte 15 de agosto los cuales fueron presentados al respectivo comité de gestión y desempeño institucional de la entidad , de igual forma siguen existiendo tareas para la implementación de plan de acción MIPG de la dimensión de talento humano. 3. Para el mes de noviembre y diciembre se realizo la nueva	-3%

Actividades de control	Si	79%	se hace el reporte de la resolucion 256 al ministerio de salud y proteccion social correspondiente al primer semestre, dentro del contexto del sistema de informacion para la calidad se tiene igualmente el reporte de la produccion apartir del decreto 2193, informe cargado en la plataforma SIHO con informacion de los diferentes trimestres , no hay manipulacion de datos, se valida en plantilla diseñada por la seccional de salud quien hace 2 da validaciion antes de mandar al ministerio, se tienen tableros de mando en formato excel que contienen los indicadores institucionales de gestion por procesos el cual se les hace seguimiento en los periodos indicados segun el indicador	73%	En la vigencia 2019 se lograron avances significativos en relación al proceso de implementación del MIPG, Ya que se lograron realizar los respectivos autodiagnósticos y la elaboración del plan de implementación MIPG y la evaluación del FURAG.Se evidencia los avances relacionados con el registro de tramites SUIT en un 100% Adicionalmente la Secretaria de Planeación en asesoría con la oficina de control interno lidero la planificación del proceso de cierre exitoso de gobierno territorial de la Alcaldía de Uribia.Se conforma el grupo encargado del informe de gestión Según Resolución 664 de 12 de Agosto de 2019. " donde se conformo el equipo encargado de preparación del empalme 2016 -	6%
Información y comunicación	Si	86%	los funcionarios se informan a traves del sistema de carteleras que esta compuesto por carteleras educativas e informativas distribuidas por las diferentes areas del hospital, igualmente se mantuvo informado al personal a traves del correo electrónico y de la intranet, se actualizo la pagina web del hospital la cual le permite interactuar mas a la ciudadanía, cuenta con un porcentaje de actualizacion del 70%, se cuenta con una oficina de atención al usuario la cual es de facil acceso y ubicación para los usuarios, un proceso descrito y socializado para los funcionarios, se cuenta con diferentes canales	86%	Se evidencia que la gerencia logro dar a conocer la gestión desarrollada mediante la publicación de noticias en las redes sociales y pagina web.Se evidencia que el hospital dispone de una pagina web institucional y dispone de link de transparencia y acceso a la información publica de los informes por dependencias.	0%
Monitoreo	Si	89%	se da comienzo a la revisión de la metodologia del plan anual de auditoría año 2021 y se ejecutan en el periodo las siguientes auditorías: - tesorería. - consulta externa a especialistas. - contratación de coordinadores. desde la oficina de control interno en consenso con el area auditada se incluyen dentro del plan	88%	La oficina de control interno socializo los resultados del FURAG , posteriormente según cronograma se realizo la aplicación de los autodiagnósticos y la elaboración del plan de acción de implementación del MIPG en la entidad según la dimensión de valores para el resultado..	1%

