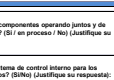
		<b>HOSPITAL REGIONAL DUITAMA</b> SEGUNDO SEMESTRE 2022
		<b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</b>
		<span style="background-color: #28a745; color: white; padding: 5px;">67%</span>

<b>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (SI en proceso/ No) (Justifique su respuesta):</b>	En proceso	Los Componentes del Modelo Estándar de Control Interno se encuentran diseñados y en proceso de implementación, se requiere realizar la política de control interno, así como realizar políticas de gestión institucional. En el segundo semestre gracias a los seguimientos de Planeación y calidad el sistema funciona y opera.
<b>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/No) (Justifique su respuesta):</b>	SI	La entidad adelanta acciones articuladas con el plan de gestión. En el segundo semestre se realiza informe de gestión de la oficina de Planeación, coordinación de comunicaciones, gestión documental, gestión presupuestal, atención al usuario, gestión del talento humano, subgerencia científica.
<b>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (línea de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (SI/No) (Justifique su respuesta):</b>	SI	El Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Regional de Duitama, se encuentra funcionando, se requiere diseñar procesos de líneas de defensa y fechas de reporte.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de cumplimiento porcentual	Estado actual: Explicación de las Debilidades y Fortalezas	Nivel de cumplimiento porcentual	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente	
Ambiente de control	SI	63%	<b>FORTALEZAS:</b> Se cuenta con el código de integridad, adoptando 5 valores, compromiso, diligencia, respeto, honestidad, justicia. La coordinación del área de talento humano diseña: Jornada de trabajo y retribución, igualmente diseña actividades asociadas a los planes de capacitación. La oficina de Planeación realiza monitoreo al plan de acción instrumento clave de control. En el segundo semestre se realiza revisión de la Política de administración del riesgo, así mismo se realiza revisión del mapa de riesgo institucional. Se realiza seguimiento permanente a la ejecución de los diferentes planes institucionales. En el comité de gestión y desempeño se realiza reafirmación binominal de designaciones encarronadas. El equipo financiero junto con la Subgerencia administrativa, realiza reuniones de evaluación de resultados de acuerdo con la entrega y reporte de la información asociada al Dec. 2195. Las reuniones y evaluaciones frente al cumplimiento de metas y objetivos es coherente con la estructura de organización por procesos, mapa de procesos. <b>DEBILIDADES:</b> No cuenta con documento específico de definición de las líneas de defensa. No se cuenta documento temático de conflictos de interés. <b>RECOMENDACIONES:</b> se requiere documentar los temas de conflictos de interés.	63%	<b>FORTALEZAS:</b> Se cuenta con el código de integridad, adoptando 5 valores, compromiso, diligencia, respeto, honestidad, justicia. Se adoptó un nuevo valor con el tema de integridad. Se desarrolló Jornada de trabajo y retribución, se cuenta con RESOLUCIÓN N° 245-2021, por medio de la cual se adopta la política institucional de gestión del riesgo de la ESE Hospital Regional de Duitama. Se socializa en jornadas de inducción y reafirmación la política institucional de gestión del riesgo de la ESE. Es aplicable a través de la identificación y valoración de riesgos por proceso y específicamente riesgos de corrupción. Cuenta con miembros de la segunda línea de defensa. En el documento de detalle de la política institucional de gestión del riesgo se establecen los niveles de adaptación del riesgo. Se adelanta monitoreo permanente a la ejecución y avance de metas programadas de los diferentes planes institucionales, consolidados en una única herramienta de medición. Reafirmación binominal a gerentes de designaciones a través del Comité de Gestión y Desempeño. El equipo financiero junto con la Subgerencia administrativa, realiza reuniones de evaluación de resultados de acuerdo con la entrega y reporte de la información asociada al Dec. 2195. Las reuniones y evaluaciones frente al cumplimiento de metas y objetivos es coherente con la estructura de organización por procesos, mapa de procesos. <b>DEBILIDADES:</b> No cuenta con documento específico de definición de las líneas de defensa, sin embargo dentro de la adopción del Sistema de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, metodología. <b>RECOMENDACIONES:</b> se requiere actualizar los atributos del personal, su ingreso, permanencia y retiro.	63%	1%
Evaluación de riesgos	SI	68%	<b>FORTALEZAS:</b> El Hospital Regional de Duitama cuenta con mapa de riesgos, cuenta con resolución 245 de 2021, política de gestión del riesgo. Los objetivos estratégicos para los diferentes procesos, programas o proyectos están alineados con indicadores de medición de su cumplimiento y se programa y hace seguimiento a su avance en el tiempo Asimismo se desarrolla jornada de revisión y actualización de la matriz de riesgos de corrupción teniendo en cuenta las novedades internas e externas que afectan la gestión institucional. Trimestralmente en las jornadas de comité de gestión y desempeño se realiza verificación de objetivos y acciones específicas programadas en la planeación institucional y hace la consideración de todos los miembros se realizan ajustes - Actas de comité de gestión y desempeño. Asimismo se define el Mapa de riesgo de corrupción donde se visualizan los procesos, programas o proyectos susceptibles de actos de corrupción. <b>DEBILIDADES:</b> No se ha actualizado el mapa de riesgos institucional, acorde con los lineamientos institucionales. <b>RECOMENDACION:</b> Es necesario, actualizar y ajustar las políticas de administración del riesgo, definir instrumentos acorde con las líneas de defensa, establecer tiempo, responsabilidad y modo en el monitoreo y seguimiento al riesgo. Se recomienda rediseñar los riesgos y diseñar controles acorde con los lineamientos normativos para realizar el adecuado seguimiento y monitoreo.	62%	<b>FORTALEZAS:</b> El Hospital Regional de Duitama cuenta con mapa de riesgos, cuenta con resolución 245 de 2021, política de gestión del riesgo. Cuenta con el mapa de riesgos por procesos, matriz de riesgos de corrupción. La oficina de planeación consolidó tanto la formalización de los matrices de riesgo como herramientas principales para gestión del riesgo, así como todos los seguimientos que ha sido se adelantan, para realizar la efectividad de los controles programados. Los objetivos detallados para los diferentes procesos, programas o proyectos están alineados con indicadores de medición de su cumplimiento y se programa y hace seguimiento a su avance en el tiempo Asimismo se desarrolla jornada de revisión y actualización de la matriz de riesgos de corrupción, teniendo en cuenta las novedades internas e externas que afectan la gestión institucional. Trimestralmente en las jornadas de comité de gestión y desempeño se realiza verificación de objetivos y acciones específicas programadas en la planeación institucional y hace la consideración de todos los miembros se realizan ajustes - Actas de comité de gestión y desempeño. Asimismo se define el Mapa de riesgo de corrupción donde se visualizan los procesos, programas o proyectos susceptibles de actos de corrupción. <b>DEBILIDADES:</b> No se ha actualizado el mapa de riesgos institucional, acorde con los lineamientos institucionales. <b>RECOMENDACION:</b> Es necesario, actualizar y ajustar las políticas de administración del riesgo, definir instrumentos acorde con las líneas de defensa, establecer tiempo, responsabilidad y modo en el monitoreo y seguimiento al riesgo. Se recomienda rediseñar los riesgos y diseñar controles para realizar el adecuado seguimiento y monitoreo.	62%	6%
Actividades de control	SI	60%	<b>FORTALEZAS:</b> Las funciones y obligaciones están claramente definidas en el Manual de funciones. Se complementa con la reorganización de los procesos y contratos. La concepción por procesos dentro de la entidad permite que el sistema de control interno este articulado con los diferentes sistemas de gestión. Se adelanta verificación de la evaluación de controles. Política de Renovación Tecnológica, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, Política de Tratamiento y Protección Datos Personales y Política de Seguridad, Privacidad de la Información y Seguridad Digital. Socializaciones de los documentos en el comité de Gestión y Desempeño. <b>DEBILIDADES:</b> No se reporta información del proceso de T.1.	65%	<b>FORTALEZAS:</b> Las funciones y obligaciones están claramente definidas en Manual de funciones y contratos y actualmente, se complementa con la reorganización de los procesos. La concepción por procesos dentro de la entidad permite que el sistema de control interno este articulado con los diferentes sistemas de gestión. <b>DEBILIDADES:</b> No se adelanta verificación de la efectividad de la evaluación de controles. <b>RECOMENDACIONES:</b> Acorde con el decreto 1469 de 2017 y las líneas de defensa, se debe realizar informes de gestión, a informes de renovación tecnológica. El Hospital Regional de Duitama requiere realizar política de tratamiento organizacional y simplificación de procesos. Se requiere que la empresa realice.	65%	-5%
Información y comunicación	SI	70%	<b>FORTALEZAS:</b> se cuenta con Política de Renovación Tecnológica, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales y Política de Seguridad, Privacidad de la Información y Seguridad Digital. Trimestralmente se publica en las redes oficiales de la entidad contenidos de interés para usuarios y público interno. Durante el segundo semestre del año 2022 se publica en la página web de la entidad informes realizados por las diferentes áreas. La Oficina de comunicaciones presenta Informe de las Actividades adelantadas durante el periodo. La empresa cuenta con manual de comunicaciones, normalizado y aprobado. Se normalizó el formato de necesidades de solicitud de piezas gráficas y audiovisuales. El Área de Gestión de archivo realizó el seguimiento de organización de archivos de gestión a áreas administrativas y asistenciales, en la aplicación de los procesos de Gestión documental que se encuentra en PZO de la institución igualmente se realizó acompañamiento y asesorías por los archivos de gestión de las dependencias, y sus sedes mediante asesorías de organización y clasificación de documento.	66%	<b>FORTALEZAS:</b> se cuenta con Política de Renovación Tecnológica, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y Seguridad Digital. Trimestralmente se publica en las redes oficiales de la entidad contenidos de interés para usuarios y público interno. Durante el primer semestre del año 2022 se publica en la página web de la entidad todos los informes realizados por las diferentes áreas y con la periodicidad establecida por la norma. El proceso de T1 diseño la Plataforma de Aplicativos y Consultas del Hospital PACHI en la cual se realiza la captura de información y se procesan los datos referentes a la gestión de inventarios tecnológicos y talento de control operativo. El proceso T1 tiene documentado el procedimiento 351-P1 DE DESARROLLO DE PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS INFORMÁTICAS. <b>RECOMENDACION:</b> Realizar y analizar caracterización de usuarios o grupos de valor. Realizar actualización del manual de comunicaciones. La Oficina de comunicaciones informa de los avances y presenta informe de las Actividades adelantadas durante el periodo. <b>DEBILIDADES:</b> Es necesario que la oficina TICs realice actualización de riesgos, y presente informe de avance.	66%	5%
Monitoreo	SI	75%	<b>FORTALEZAS:</b> La oficina de Control Interno realizó auditoría al subproceso de facturación, al proceso de Cartera, auditoría del gasto, realizó seguimiento a planes de mejoramiento, se realiza seguimiento a SICEP, evaluación de dependencias, se realiza seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano, seguimiento de caja menor, seguimiento al sueldo, se presenta informe de toma física de inventario, seguimiento al sistema de seguridad y salud en el trabajo, seguimiento a la contratación de la empresa, seguimiento a la ley 1712 de 2014, seguimiento a las PQRSF, seguimiento a los riesgos institucionales. <b>RECOMENDACION:</b> Se hace necesario que los líderes realicen planes de mejora y los suscriban ante la oficina de control interno y Mejoramiento continuo.	75%	<b>FORTALEZAS:</b> La oficina de Control Interno realizó el informe de auditorías, se puso a consideración del comité institucional de control interno el Plan Anual de Auditorías del Hospital Regional de Duitama, realizó auditoría al subproceso de facturación, al proceso de Cartera, auditoría del gasto, realizó seguimiento a planes de mejoramiento, se realiza seguimiento a SICEP, evaluación de dependencias, evaluaciones independientes. Se realizó seguimiento y se socializó información a primera y segunda línea de defensa. <b>DEBILIDADES:</b> No existe evidencia de verificación y cumplimiento de acciones de inclusión en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones de la segunda línea de defensa. No existe evidencia de evaluación a los servicios tercerizados, acorde con su nivel de riesgo. <b>RECOMENDACION:</b> La oficina de control interno del Hospital Regional de Duitama recomienda adelantar caracterización de procesos para el monitoreo de riesgos, caracterización de proceso para las líneas de defensa, a fin de contar con una información clara para la toma de decisiones. Se recomienda definir política de control interno, para comunicar las deficiencias de control. Se hace necesario que los líderes realicen planes de mejora y los suscriban ante la oficina de control interno y también en la oficina de Mejoramiento continuo.	75%	6%