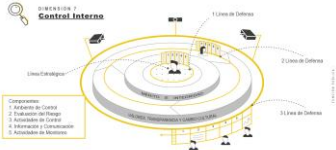


Nombre de la Entidad:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA
Periodo Evaluado:	ENERO 01 AL 30 DE JUNIO DE 2020



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	83%
---	-----

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):	Si	Los avances en la implementación de cada una de las dimensiones y políticas del M.I.P.G., incluyendo la de Control Interno, son el resultado de una gestión articulada entre los diferentes responsables de las mismas; producto de ejercicios de autoevaluación y establecimiento de planes de acción; incluyendo las actividades registradas en una herramienta interna denominada Plan de Acción Integrado M.I.P.G (Antes Plan de Trabajo M.E.C.I.); articulada también con los demás planes institucionales; a través de la cual, también se ve fortalecido el M.E.C.I., que desde sus inicios, siendo prioridad de la entidad; por cuanto se trazan directrices a todos los niveles de la institución, orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales; con evaluaciones periódicas; por parte de la Oficina de Control Interno.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	En concepto del Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno el Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario de Neiva, durante el primer semestre de la vigencia 2020, se vio fortalecido por el dinamismo y compromiso que ha caracterizado a la entidad respecto de la implementación del nuevo M.I.P.G. y por las directrices trazadas desde la nueva Gerencia en los componentes administrativos, financieros, tecnológicos, asistenciales y de control; mejorando los niveles de confiabilidad y calidad de los procesos, acorde con el nivel de complejidad institucional; resaltando que no obstante el gran impacto generado en nuestra entidad por la emergencia derivada del Covid 19, en consideración a nuestra naturaleza jurídica, como Empresa Social del Estado - Hospital Universitario, de mediana y alta complejidad en salud; y único referente público del sur de Colombia. Igualmente, se debe resaltar que la entidad cuenta con una Oficina de Control Interno, fortalecida en cantidad y calidad de sus integrantes, con formación profesional y especializada en diferentes disciplinas del conocimiento; lo cual permite un buen nivel de cumplimiento de los roles que, por ley, nos corresponde desarrollar; reconociendo también, la buena articulación que se tiene con la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo 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	La entidad cuenta con una política de operación por procesos, con una política de administración de riesgos y una política de control interno que acompañadas de metodologías, guías, protocolos y especialmente manuales de procesos y procedimientos, permiten la identificación de roles, alcances y responsabilidades asignadas a los diferentes servidores de la entidad; incluyendo la existencia de matrices de riesgos por procesos, con seguimientos mensuales y trimestrales, de acuerdo con el nivel de riesgos; no obstante, institucionalmente se tiene el compromiso de documentar de manera específica, un esquema de líneas de defensa acorde con las directrices y metodología del D.A.F.P.

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 en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	76%	La E.S.E. HUHMP, se ha fortalecido frente a la documentación de las acciones a ejecutar, vía programas, planes, políticas, Manuales Guías, Formatos, Etc. Evidenciándose el interés por parte de la Entidad de aplicar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, toda vez que se encuentran articulando desde su Plataforma Estratégica en adelante, todo el engranaje institucional con el fin de mejorar continuamente a partir de la ejecución de actividades con adherencia al MIPG. Así mismo, se evidencia que la Entidad se encuentra enfocada a lograr posicionar al Talento Humano como eje central de su Entidad. Referente a la Política de Integridad se debe fortalecer la documentación y aplicación de estrategias frente al manejo de Conflicto de Intereses. Por otro lado, se recomienda incentivar a los líderes de procesos hacia la cultura del autocontrol y la importancia de ejecutar los controles y monitorear los riesgos de corrupción, con el fin de garantizar su no materialización. Finalmente se anima a continuar con las acciones planteadas para la implementación de un Ambiente de Control en la entidad, en el entendido que éstas, no sólo deben encontrarse documentadas, sino que su ejecución, evaluación y registro, son lo más importante, con el fin de generar impacto positivo en la entidad y lograr medir la eficacia y efectividad de las acciones generando una trazabilidad clara que permita autoevaluarnos.	70%	La E.S.E. HUHMP, se ha fortalecido frente a la documentación de las acciones a ejecutar, vía programas, planes, políticas, Manuales Guías, Formatos, Etc. Evidenciándose el interés por parte de la Entidad de aplicar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, toda vez que se encuentran articulando desde su Plataforma Estratégica en adelante, todo el engranaje institucional con el fin de mejorar continuamente a partir de la ejecución de actividades con adherencia al MIPG. Así mismo, se evidencia que la Entidad se encuentra enfocada a lograr posicionar al Talento Humano como eje central de su Entidad. Referente a la Política de Integridad se debe fortalecer la documentación y aplicación de estrategias frente al manejo de Conflicto de Intereses. Por otro lado, se recomienda incentivar a los líderes de procesos hacia la cultura del autocontrol y la importancia de ejecutar los controles y monitorear los riesgos de corrupción, con el fin de garantizar su no materialización. Es importante que se incluyan en la Política de Integridad, la Declaración de Conflictos de Interés y Transacciones Con Partes Relacionadas, para todos los servidores de la E.S.E., acorde con las directrices del D.A.F.P.; uso inadecuado de información privilegiada y otros estándares éticos y de comportamiento esperados que pueden implicar riesgos para la entidad. También, evaluar el establecimiento de una Línea de Denuncia Interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al Código de Integridad, adicional a los buzones de sugerencias y demás mecanismos vigentes de comunicación interna y externa; continuar fortaleciendo la implementación de la Planeación Estratégica del Talento Humano, mejorar la estructura del componente financiero de los programas de inducción y reincidencia, Bienestar laboral e Incentivos, capacitación, seguridad y salud en el trabajo, continuar avanzando en la laboralización de planta de personal; acorde con la disponibilidad de recursos; actualizar la política y metodología de gestión de riesgos, evaluar la plataforma estratégica y determinar las necesidades de ajuste a que haya lugar de conformidad con el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 "Pacto por Colombia – Pacto por la Equidad", realizar una revisión a los manuales de procesos y procedimientos documentados, simplificándolos en cantidad y contenido; de tal manera que se ajusten al nuevo software administrativo y financiero Indigo VIE; y continuar fortaleciendo los sistemas de información institucional, como la principal herramienta transversal de impacto en la gestión institucional; afianzar el Tablero de Mando como herramienta para el seguimiento de la gestión y control de indicadores; fortalecer la coordinación entre la ejecución del gasto y la planeación presupuestal y financiera; y dinamizar el proceso de acreditación institucional, de conformidad la normatividad vigente.	6%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Evaluación de riesgos	Si	71%	*Es importante reconocer que la Institución ha venido trabajando en el fortalecimiento de la cultura de gestión del riesgo, mejorando la adherencia, promoción y seguimiento de los riesgos de acuerdo con la metodología vigente y al cumplimiento de los objetivos de los procesos, afianzando su objetivo en la Institución convirtiéndola en una herramienta indispensable de control, permitiéndoles ejecutar cada uno de sus procesos superando los aspectos críticos y los riesgos que los amenacen. Es importante que la Institución fortalezca los siguientes aspectos: -Revisar que los objetivos estén acordes a los procesos, para la correcta identificación de los riesgos -Se debe verificar que los riesgos existentes sean acordes al contexto interno y externo de la institución Fortalecer el diseño de controles e indicadores que no van acorde a la definición del Riesgo, por lo cual hay dificultad en su medición y valoración de eficacia. -Mejorar las condiciones del seguimiento de los riesgos, registrando datos precisos de las acciones ejecutadas en función de los controles y datos de indicadores claros -Mejorar la documentación de las acciones implementadas por cada una de las líneas de defensa -Fortalecer el rol de planeación en la gestión del Riesgo -Promover la adherencia de la Metodología de Gestión del Riesgo -Formular y aplicar planes de mejoramiento para los ajustes en controles y riesgos materializados -Identificar los riesgos que se encuentran involucrados y controlados en servicios tercerizados -Evaluar la operatividad de las líneas de defensa -Avanzar en la aplicación de la Metodología, ya que se está llegando hasta el monitoreo, de lo que se registra por las áreas, pero se debe seguir con la evaluación de la solidez de los controles, para determinar la valoración del riesgo residual, generar un nuevo mapa de riesgos y lo más importante realizar el tratamiento de los riesgos, la comunicación y consulta a las áreas, el seguimiento y evaluación del tratamiento de los riesgos y la toma de decisiones de ajuste o mejora, que es lo que cierra el ciclo de la gestión.	70%	En materia de riesgos, la E.S.E. H.U.H.M.P., ha venido trabajando en cabeza de las Oficinas de Planeación Calidad y Desarrollo Institucional y la Oficina Asesora de Control Interno, articuladamente desde sus roles, para que su seguimiento se realice de forma continua, según las directrices metodológicas (Mensual para los riesgos Altos y Extremos y Trimestral para la Moderados y Bajos), al interior de todos los procesos, como se puede observar en los instrumentos que para el efecto se han configurado dentro de la estructura que soporta la gestión, en este caso, políticas de operación, procesos y mapa de riesgos, que se consolida la identificación, análisis y valoración de los riesgos. De conformidad con la nueva Guía de Administración de Riesgos y Diseño de Controles – Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital, expedida en octubre de 2018 en su última versión y las directrices de la SUPERSALUD, mediante Circular N° 4549 de abril 11 de 2018, bajo el liderazgo de la Oficina de Planeación y acompañamiento de la Oficina de Control Interno, Se realizó la actualización de la Política y Metodología de Riesgos Institucional, la cual se encuentra publicada en la siguiente ruta \svr-archivosuniversitario\SI\Publico\Planeacion\Manuales HUNPLANEACIONMETODOLOGIA, la cual es de libre consulta para todo el personal interno. Análisis y Evaluación de los controles para la mitigación del riesgo: Es de acuerdo con las seis variables establecidas en el control: Responsable, Periodicidad, Propósito, Como se realiza la actividad de control, Que pasa con las observaciones o desviaciones y evidencia de la ejecución del control y además nos aporta su calificación cuantitativa en esta componente. Así mismo, en los Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento Institucional, las áreas administrativas y asistenciales realizan un seguimiento a los controles de cada riesgo, cuyas observaciones o mejoras quedan registradas en las respectivas actas de estos comités, las cuales son remitidas a la Oficina de Control Interno. Continuar sensibilizando a los líderes de las unidades funcionales sobre el permanente seguimiento y evaluación de los riesgos de los procesos institucionales, de manera mensual para los altos y extremos y trimestral para los bajos y moderados; depurando riesgos que permitan contar con un mapa ajustado a la complejidad de los procesos y realidad institucional. Actualizar la Política y Metodología de Riesgos, de conformidad con los nuevos lineamientos del D.A.F.P. Continuar fortaleciendo el cumplimiento del SARLAFT como instrumento para detectar riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo.	1%
Actividades de control	Si	83%	La E.S.E. HUHMP de Neiva, cuenta con la Oficina Asesora de Sistemas de Información Hospitalaria, la encargada de liderar todo el proceso de TIC en la institución y la cual cuenta con sus Políticas de Operación definidas las cuales están orientadas a impulsar las directrices en materia seguridad de la información e infraestructura tecnológica. Así mismo, Conforme lo establece en el M.I.P.G, la E.S.E. H.U.H.M.P. cuenta con Políticas de Operación definidas e implementadas, las cuales contienen el manejo de los riesgos que eventualmente puedan afectar el logro de objetivos y el cumplimiento de la misión institucional, y en este sentido se tiene formulada específicamente una Política y una Metodología de Administración del Riesgo que enmarcan la gestión cotidiana de la E.S.E. y en desarrollo de sus procesos, se atienden procedimientos y metodologías, que, junto con los lineamientos dispuestos desde el Direcciónamiento Estratégico de la Entidad, cuentan con controles definidos para la mitigación de los riesgos identificados. Se realiza el seguimiento mensual de los riesgos altos y extremos y trimestral de los moderados y bajos por parte de cada proceso, y el registro de la información de las correspondientes actividades de control ejecutadas, evidencian de una parte el autocontrol que cada área ejerce sobre los riesgos de los procesos que desarrolla y de otra parte, el dinamismo de la Oficina Asesora de Planeación Calidad y Desarrollo Institucional, área que efectúa campañas para recordar y jalonar la ejecución de este compromiso en toda la Entidad. La Oficina Asesora de Control Interno y la Oficina de Garantía de la Calidad, se encuentran trabajando en la articulación del Control Interno y el Sistema de Calidad, con el propósito de lograr una articulación de cara a la misión y visión institucional la cual se resume en la acreditación del Hospital. Continuar con el fortalecimiento del autocontrol, autorregulación y autogestión en la institución, desde la misma actualización de las políticas de operación y elaboración de planes de mejoramiento, tanto internos como externos; y su posterior cumplimiento dentro de la oportunidad establecida; contribuyendo así, de mejor manera, con el mejoramiento continuo del Hospital, continuar avanzando en la implementación de la política de Gobierno Digital.	80%	Conforme lo establece en el M.I.P.G, la E.S.E. H.U.H.M.P. cuenta con Políticas de Operación definidas e implementadas, las cuales contienen el manejo de los riesgos que eventualmente puedan afectar el logro de objetivos y el cumplimiento de la misión institucional, y en este sentido se tiene formulada específicamente una Política y una Metodología de Administración del Riesgo que enmarcan la gestión cotidiana de la E.S.E. y en desarrollo de sus procesos, se atienden procedimientos y metodologías, que, junto con los lineamientos dispuestos desde el Direcciónamiento Estratégico de la Entidad, cuentan con controles definidos para la mitigación de los riesgos identificados. El seguimiento mensual de los riesgos altos y extremos y trimestral de los moderados y bajos por parte de cada proceso, y el registro de la información de las correspondientes actividades de control ejecutadas, evidencian de una parte el autocontrol que cada área ejerce sobre los riesgos de los procesos que desarrolla y de otra parte, el dinamismo de la Oficina Asesora de Planeación Calidad y Desarrollo Institucional, área que efectúa campañas para recordar y jalonar la ejecución de este compromiso en toda la Entidad. Continuar con el fortalecimiento del autocontrol, autorregulación y autogestión en la institución, desde la misma actualización de las políticas de operación y elaboración de planes de mejoramiento, tanto internos como externos; y su posterior cumplimiento dentro de la oportunidad establecida; contribuyendo así, de mejor manera, con el mejoramiento continuo del Hospital, continuar avanzando en la implementación de la política de Gobierno Digital.	3%
Información y comunicación	Si	96%	La E.S.E. HUHMP de Neiva, cuenta con la Oficina Asesora de Sistemas de Información Hospitalaria, la cual lidera todo el proceso de TIC en la institución y la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones, encargada de impulsar las directrices en materia de comunicaciones internas y externas; manteniendo una permanente entrega de información sobre el que hacer institucional, dinamizado aún más en esta época de emergencia derivada del Covid 19, a través de los distintos medios dispuestos para este propósito, siendo su portal web http://hospitalneiva.gov.co/ uno de los más importantes. La disposición de los medios de comunicación para sus comunicaciones y espacios de información va desde la intranet y página web institucional, donde cotidianamente se publican las novedades y aspectos relevantes de la gestión institucional, hasta los mensajes a través del correo interno, comités, y disposiciones como reuniones internas de las áreas, particularmente para la socialización de los Comités de Gerencia. Igualmente, la entidad cuenta con redes sociales, administradas por la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones, entre otras: Twitter, Facebook, Instagram, WhatsApp; medios que cada vez adquieren mayor relevancia y posicionamiento tanto al interior de la entidad como entre la ciudadanía en general; a través de los cuales permanentemente se publica información sobre la gestión y las actividades ejecutadas por las diferentes dependencias, para el cumplimiento de la misión institucional (Por ejemplo, la campaña Donar Sangre Es Donar Vida, videos gerenciales informando a la ciudadanía en temas de interés, comunicados de prensa, la divulgación de la Política de Humanización, entre otras). Se complementan estos medios con dos publicaciones que tienen el mismo propósito: Noti-Usuarios y Noti-Hospital. La E.S.E. HUHMP de Neiva, cuenta en la página web institucional, que entre otras está siendo actualizada, con este enlace http://hospitalneiva.gov.co/atencion-al-ciudadano/transparencia/ directo hacia la matriz de autodiagnóstico de la Ley 1712 de 2014, definida por la Procuraduría General de la Nación y la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, lidera la mesa temática para hacer seguimiento a los avances en la Ley 1712 de 2014. La Oficina de Sistemas de Información Hospitalaria, realiza capacitación permanente en el aplicativo de Gestión documental – Extranet, Calidad del Dato, One Drive, Página web entre otros. Institucionalmente se está avanzando en la integración de los sistemas de información, al contratarse, como reemplazo de DINÁMICA GERENCIAL, la implementación del SOFTWARE INDIGO VIE ERP para los procesos administrativos y especialmente financieros de la entidad, como complemento del SOFTWARE INDIGO CRYSTAL, con el cual se opera la historia clínica institucional y en general la información asistencial, de tal manera que los procesos se hagan más eficientes, con mayores controles que minimicen riesgos y se fortalezca la toma de decisiones. En este sentido, se recomienda continuar con la estabilización de este nuevo software y actualizar todas las Políticas de Operación que intervienen en su aplicación.	80%	Continuar avanzando en la integración de un solo software que articule, consolide y procese toda la información asistencial y administrativa; generando para ello un monitoreo y seguimiento riguroso al cumplimiento de las obligaciones contractuales y tareas específicas establecidas con motivo de la implementación, tanto a cargo del contratista como del Hospital, representado en cada uno de los líderes de los procesos que se impactarán con el nuevo software, de tal manera que mediante ejercicios de simulación y paralelos con el actual software, se evidencie la debida confiabilidad de la información gestionada y producida por el nuevo software; promover la actualización y utilización del software Gestión Documental; seguir fortaleciendo la dimensión N°5 Información y Comunicación de acuerdo con cada una de sus políticas y continuar con el cargo de la información en la página web institucional en cumplimiento de la ley 1712 de 2014, de tal manera que se continúe avanzando en el Nivel de Cumplimiento de la Plataforma I.T.A. hasta alcanzar los 100 puntos; y con ello, en el fomento de la participación ciudadana, unificar la radicación, gestión y trámite de P.Q.R.B. a través de una Ventanilla Única, para que se fortalezca el control y seguimiento de las mismas, acudiendo a la Oficina Jurídica cuando se requiera del conocimiento especializado en esta materia	16%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual</u> : Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Monitoreo	Si	91%	La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento del Plan Anual de Auditorias de la Vigencia 2020, aprobado en reunión ordinaria del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 27 de diciembre de 2019; durante el primer semestre de 2020 realizó 23 Auditorias de Ley, 20 Auditorias Especiales, 13 Auditorias a Procesos y Procedimientos derivadas de la matriz de priorización de riesgos; a los diferentes procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y de Evaluación y Control del Hospital; apoyados también en las directrices nacionales sobre el seguimiento a los recursos públicos en este tiempo de emergencia derivado del Covid 19. También se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento Internos derivados de las auditorias realizadas por Control Interno y Externos derivados de la Contraloría Departamental del Huila y Supersalud. Los resultados de todos estos seguimientos e informes se reportaron a la Primera Línea de Defensa (Líderes de Procesos) Segunda Línea de Defensa (Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional) y Línea Estratégica (Gerencia). La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento a sus roles, asistió a 36 diferentes comités institucionales, con voz, pero sin voto; incluido el Comité de Crisis Covid 19; que sesiona permanentemente en la entidad y que se ha constituido en un escenario para tratar temas transversales a la entidad; dada nuestra connotación de E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO; centro asistencial referente del Surcolombiano. Se reitera la recomendación para que las unidades funcionales, tanto administrativas como asistenciales de la institución, continúen acatando las acciones de mejora dadas en el ejercicio del proceso auditor por parte de la Oficina de Control Interno en sus auditorias y seguimientos; de tal manera que los riesgos y dificultades aquí plasmadas se minimicen; para lo cual es pertinente involucrar a todos los funcionarios de la E.S.E. en la cultura del Autocontrol, Autogestión y Autorregulación; promoviendo que el líder de cada proceso adelante procesos de autoevaluación por medio de auditorias internas que le permitan detectar desviaciones y generar de manera oportuna acciones de mejora, sin que tenga que esperar a que la segunda o tercera línea de defensa sugiera los correspondientes correctivos. Como también, dinamizar en segundo semestre el Comité de Coordinación de Control Interno y Comité de Gestión y Desempeño; a través de medios virtuales.	85%	La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento al Plan Anula de Auditorias de la Vigencia 2019, realizó 44 Auditorias de Ley, 14 Auditorias Especiales, 40 Auditorias a Procesos y Procedimientos derivadas de la matriz de priorización de riesgos; se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento Internos derivados de las auditorias y Externos derivados de la Contraloría Departamental del Huila y Supersalud. En coordinación con la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional y de conformidad con el cronograma de actualización de manuales de procesos y procedimientos, se les realizó seguimientos a 55 Matrices de Riesgos con corte a 30 de junio de 2019. Se realizó seguimiento cuatrimestral a las acciones del Plan Integrado MIPG de la vigencia 2019, y se reportaron los resultados a la Segunda Línea de Defensa (Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional) y Línea Estratégica (Gerencia y Comité de Gestión y Desempeño y Comité de Coordinación de Control Interno). Se reitera la recomendación para que las unidades funcionales, tanto administrativas como asistenciales de la institución, continúen acatando las acciones de mejora dadas en el ejercicio del proceso auditor por parte de la Oficina de Control Interno en sus auditorias y seguimientos; de tal manera que los riesgos y dificultades aquí plasmadas se minimicen; para lo cual es pertinente involucrar a todos los funcionarios de la E.S.E. en la cultura del Autocontrol, Autogestión y Autorregulación; promoviendo que el líder de cada proceso adelante procesos de autoevaluación por medio de auditorias internas que le permitan detectar desviaciones y generar de manera oportuna acciones de mejora, sin que tenga que esperar a que la segunda o tercera línea de defensa sugiera los correspondientes correctivos.	6%