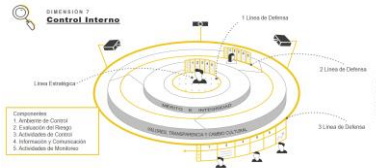


Nombre de la Entidad:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA
Periodo Evaluado:	ENERO 01 AL 30 DE JUNIO DE 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

92%

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 de la Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, el Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario de Neiva, durante el segundo 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; 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
Ambiente de control	Si	92%	<p>La E.S.E. HUHMP, para el primer semestre de la vigencia 2021, aumentó la calificación obtenida en el primer semestre de la vigencia evaluada en un 16%; para lo cual se continúa fortaleciendo cada una de las acciones a ejecutar, programas, planes, políticas, Manuales, Guías, Formatos, Etc. Evidenciándose el interés por parte de la Entidad de aplicar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión M.I.P.G., 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 M.I.P.G. Así mismo, se evidencia que la Entidad se encuentra enfocada a lograr posicionar al Talento Humano como eje central de su Entidad.</p> <p>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.</p>	76%	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	16%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: 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	87%	<p>La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, cuenta con una Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional integrada por un equipo multidisciplinario ; la cual por directrices gerenciales y en cumplimiento de sus roles, en el componente de Evaluación del riesgo aumentó en un 8%. Realiza un trabajo de 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 amenazan. La Oficina Asesora de Control Interno, actuando como tercera línea de defensa, realiza los respectivos seguimientos al Mapa de Riesgos Institucional aportando así al mejoramiento continuo de los procesos.</p> <p>Es importante que en la primera y segunda línea de defensa se continúen fortaleciendo aspectos como: Revisar que los objetivos estén acordes a los procesos, para la correcta identificación de los riesgos, 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 y por último, es importante Avanzar en la aplicación de la Metodología, ya que se está logrando 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.</p>	79%	<p>*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 amenazan.</p> <p>Es importante que la Institución fortalezca los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 logrando 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. 	8%
Actividades de control	Si	88%	<p>La E.S.E. H.U.H.M.P., para el primer semestre de la vigencia 2021, aumentó la calificación obtenida en un 5% en vigencia evaluada; para lo cual continúa fortaleciendo 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.</p> <p>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.</p> <p>Se realiza el seguimiento mensual de los riesgos altos y extremos y trimestral de los moderados y bajos por parte de cada líder de 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.</p> <p>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.</p> <p>Es importante 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 la mejor manera, con el mejoramiento continuo del Hospital, continuar avanzando en la implementación de la política de Gobierno Digital y con la Política de Riesgos y su Metodología.</p>	83%	<p>La E.S.E. HUHM 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	5%
Información y comunicación	Si	96%	<p>La E.S.E. H.U.H.M.P., para el primer semestre de la vigencia 2021, se mantiene en misma calificación obtenida en el primer semestre de la vigencia evaluada; para lo cual continúa fortaleciendo 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.</p> <p>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.</p> <p>La E.S.E. HUHM de Neiva, cuenta una nueva página web institucional, con este enlace https://hospitalneiva.gov.co/atencion-al-ciudadano/transparencia/ direcciona al usuario 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, Pagina web entre otros.</p> <p>Es importante fortalecer 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.</p>	96%	<p>La E.S.E. HUHM 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.</p> <p>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.</p> <p>La E.S.E. HUHM 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, Pagina web entre otros.</p> <p>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.</p>	0%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: 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
Monitoreo	Si	98%	<p>La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías de la Vigencia 2021, aprobado en reunión ordinaria del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en febrero 2021; durante el primer semestre de 2021 realizó informes de Ley, Auditorías Especiales, Auditorías integradas 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.</p> <p>También se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento Internos derivados de las auditorías realizadas por Control Interno y Externos derivados de la Contraloría Departamental del Huila y Supersalud.</p> <p>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 y comité de Coordinación de Control Interno).</p> <p>La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento a sus roles, asistió a 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.</p> <p>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 auditorías 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 auditorías 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.</p>	95%	<p>La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías 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 Auditorías de Ley, 20 Auditorías Especiales, 13 Auditorías 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.</p> <p>También se realizó seguimiento a los Planes de Mejoramiento Internos derivados de las auditorías realizadas por Control Interno y Externos derivados de la Contraloría Departamental del Huila y Supersalud.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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 auditorías 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 auditorías 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.</p>	3%