

El diagrama ilustra el sistema de control interno de la Universidad de Cádiz. En el centro se encuentra un círculo con la leyenda: "Sistema de Control Interno". Este sistema está rodeado por tres niveles de control, etiquetados como "1 Línea de Defensa", "2 Línea de Defensa" y "3 Línea de Defensa". Las líneas de defensa están representadas por círculos concéntricos. El nivel de control interno está dividido en tres secciones: "Control de Gestión", "Control de Operaciones" y "Control de Finanzas". Las secciones de control están conectadas por líneas a los niveles de defensa. A la izquierda, una lista de componentes del sistema de control interno incluye: "Comités", "Sistema de Control", "Evaluación del Riesgo", "Información y Comunicación", y "Actividades de Monitoreo". A la derecha, una lista de funciones del sistema de control interno incluye: "Análisis de Riesgo", "Evaluación del Riesgo", "Información y Comunicación", y "Actividades de Monitoreo".

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando en su totalidad y de manera integrada? (Sí / 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.; 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 una 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? (Sí/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 Primer Semestre de la vigencia 2025, se vio fortalecido por el dinamismo y compromiso que ha caracterizado a la entidad respecto al Plan de Acción Integrado M.I.P.G. y por las directrices trazadas desde la 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. 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 (Sí/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, modelos, guías, protocolos y especialmente manuales, 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%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Primer Semestre de la vigencia 2025, aumento su calificación obtenida con respecto al Segundo Semestre del 2024 en un 1%, obteniendo un Nivel de Cumplimiento del 92%. Debilidades: No se ha Realizado la referenciación virtual en temas relacionados con programa de estado joven, servimos a la entidad, teletrabajo y horario flexible en la entidad y generar recomendaciones a la alta dirección. No se han Implementado las actividades priorizadas, propuestas en la caja de herramientas dispuestas por la Función Pública. Se debe Fomentar la cultura de compartir y difundir las memorias institucionales resultado de la transferencia del conocimiento a través de los diferentes canales de comunicación y así contribuir a la co- creación del conocimiento en la institución. Fortalezas: La Institución ha fortalecido 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. Fortalecimiento en el Código de Integridad, política de Integridad, Valores del Código de Integridad, seguimientos a los Planes estratégicos Institucionales. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, han definido las condiciones y directrices que demuestran el liderazgo para operar el Sistema de Control Interno. Este aspecto se evidencia en las sesiones llevadas a cabo por parte del Comité, en los que se abordaron aspectos claves como la política de Administración del Riesgo, seguimiento de PQRSD de entes de control, Seguimiento y cumplimiento al Programa Anual de Auditoría, entre otras. Producto de los Informes y Seguímentos llevados a cabo por la Oficina de Control Interno, se han logrado generar recomendaciones y conclusiones que permiten la toma de decisiones a la Alta Dirección, en temas relacionados con Planes de Mejoramiento Interno y Externos, Asistencia en el gasto, Gestión del Riesgo (Incluidos los de Corrupción), Informe de PQRSD, Informe de Seguimiento al PINAR, entre otros. Se recomienda a las áreas involucradas en el Componente de Ambiente de Control que a la fecha de seguimiento no han iniciado las actividades programadas en el Plan de acción Integrado MIPG para que las realicen en los tiempos establecidos. Diseñar, elaborar cronograma e implementar acciones que contribuyen no solo a la divulgación o socialización del Código de Integridad, sino que también permitan lograr la tenencia del Código en todos los niveles de la organización, acciones electivas, medibles y de ejecución continuas, no solamente para el personal de planta, sino también para los servicios tercerizados y agremiaciones sindicales. Es importante señalar que si bien se tiene documentado el Conflicto de Interes en el Manual de SIGEP II, se recomienda a la Oficina de Talento Humano documentar de manera detallada un Manual de Conflictos de Intereses, estableciendo la estructura, los mecanismos utilizados desde la institución para evitar el conflictos y los formatos utilizados para evitar que se presenten denuncias por este tipo de tipologías.	91%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Segundo Semestre de la vigencia 2024, aumento su calificación obtenida con respecto al Primer Semestre del 2024 en un 1%, obteniendo un Nivel de Cumplimiento del 91%. Actualizar y Divulgar el manual de conflictos de interés dentro del marco de la planeación institucional. Presentar por parte de la Oficina de Talento Humano ante la alta dirección las recomendaciones correspondientes respecto a la implementación del cumplimiento de la estrategia de aliados amigos de la Familia lactante. Si bien existe la Política de Control Interno y de Servicio al Ciudadano para la fecha de seguimiento no se evidencia la publicación de esta por los canales institucionales establecidos. Actualizar y Socializar al cliente interno el manual de sistema integrado de conservación documental SIC. La Institución ha fortalecido 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.	1%

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	96%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Primer Semestre de la vigencia 2025, aumento su calificación obtenida con respecto al Segundo Semestre del 2024 en un 2%, obteniendo un Nivel de Cumplimiento del 96%. Debilidades: La institución debe realizar 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. Se debe fortalecer la cultura de la gestión del riesgo y la aplicación de esta como herramienta de apoyo para el cumplimiento de los objetivos de los procesos. Se identifican matrices de riesgos las cuales no cumple con los establecido en la Metodología de Gestión del riesgo, adicional a ello se encuentran falencias en las actividades de control y en los indicadores de eficacia y efectividad encargado de evaluar los controles existentes. Fortalezas: Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional integrada por un equipo multidisciplinario; la cual por directrices gerenciales y en cumplimiento de sus roles, es la encargada de realizar el mapa de riesgos institucional y la metodología que rige su evaluación. La Oficina Asesora de Control Interno, actuando como tercera línea de defensa; realiza el seguimiento anual al Mapa de Riesgos Institucional y evaluación a los Riesgos Residuales aportando así al mejoramiento continuo de los procesos, identificando los riesgos inherentes y riesgos residuales materializados en las diferentes unidades funcionales de la institución. La Oficina Asesora de Control Interno realiza evaluación detallada a los riesgos presentes en las diferentes unidades funcionales auditadas en cumplimiento del Programa Anual de Auditoría para la vigencia 2025 y se presentan acciones de mejora las cuales son socializadas con los líderes responsables del Proceso. Se recomienda que en la primera y segunda línea de defensa se continúen fortaleciendo aspectos como, 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 efectividad. Mejorar las condiciones del seguimiento de los riesgos. Mejorar la documentación de las acciones implementadas por cada una de las líneas de defensa y Promover la adherencia de la Metodología de Gestión del Riesgo.	94%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Segundo Semestre de la vigencia 2024, aumento su calificación obtenida con respecto al Primer Semestre del 2024 en un 9%, obteniendo un porcentaje de Cumplimiento del 94%. Por parte de la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional y el Profesional Especializado de Gerencia en Riesgos, se deben realizar acciones para los 23 riesgos materializados durante la vigencia 2024, estableciendo Rediseño en los controles y modificación de los indicadores. La institución debe realizar 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. Se identificaron riesgos de procesos en dos unidades funcionales en donde no se estaba cumpliendo con lo establecido en la Metodología del Riesgo versión 7, de acuerdo con la periodicidad de evaluación del nivel de severidad establecido en la Matriz de Riesgo. Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional integrada por un equipo multidisciplinario; la cual por directrices gerenciales y en cumplimiento de sus roles, es la encargada de realizar el mapa de riesgos institucional y la metodología que rige su evaluación. Para la vigencia 2024, con relación a los Riesgos de Corrupción no se ha materializado ninguno de ellos. La Oficina Asesora de Control Interno, actuando como tercera línea de defensa; realiza el seguimiento anual al Mapa de Riesgos Institucional y evaluación a los Riesgos Residuales aportando así al mejoramiento continuo de los procesos, identificando los riesgos inherentes y riesgos residuales materializados en las diferentes unidades funcionales de la institución. Se recomienda que en la primera y segunda línea de defensa se continúen fortaleciendo aspectos como, 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 efectividad. Mejorar las condiciones del seguimiento de los riesgos. Mejorar la documentación de las acciones implementadas por cada una de las líneas de defensa y Promover la adherencia de la Metodología de Gestión del Riesgo.	2%
Actividades de control	SI	92%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Primer Semestre de la vigencia 2025, disminuyó su calificación obtenida con respecto al Segundo Semestre del 2024 en un 2%, obteniendo un Nivel de Cumplimiento del 92%. Debilidades: Fortalecer el 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; se recomienda continuar avanzando en la implementación de la política de Gobierno Digital. Existen Procesos de Infraestructura tecnológica y de seguridad de la información la cual son servicios que se encuentran tercerizados por consiguiente la oficina de control interno no puede auditarlos. Por parte de la Oficina de Sistemas de Información divulgar las políticas de Gobierno Digital, Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción y Política de Seguridad Digital. Fortalezas: La Oficina Asesora de Control Interno a través del cumplimiento en el Programa Anual de Auditorías ha logrado identificar situaciones en donde se han logrado prevenir la materialización de los riesgos, de esta manera cumpliendo con su rol establecido. La Oficina Asesora de Sistemas de Información Hospitalaria continúa fortaleciendo y liderando 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. Se recomienda contratar una auditoría externa para verificar el cumplimiento y adherencia de los procesos relacionados con la seguridad de la información e infraestructura tecnológica de la institución. Por otro lado, se recomienda a las diferentes unidades funcionales donde se tienen identificados los diferentes riesgos de gestión, corrupción, conflictos de intereses, opacidad y fraude cargar las diferentes evidencias documentales en la evaluación de los riesgos. Se recomienda a la Oficina de Sistemas de Información cumplir con la divulgación a través de los medios institucionales de las políticas de Gobierno Digital, Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción y Política de Seguridad Digital.	94%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Segundo Semestre de la vigencia 2024, se obtuvo un porcentaje de Cumplimiento del 94%. Fortalecer el 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; se recomienda continuar avanzando en la implementación de la política de Gobierno Digital. Existen Procesos de Infraestructura tecnológica y de seguridad de la información la cual son servicios que se encuentran tercerizados por consiguiente la oficina de control interno no puede auditarlos. Por parte de la Oficina de Sistemas de Información divulgar las Políticas de Gobierno Digital, Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción y Política de Seguridad Digital. La Oficina Asesora de Control Interno a través del cumplimiento en el Programa Anual de Auditorías ha logrado identificar situaciones en donde se han logrado prevenir la materialización de los riesgos, de esta manera cumpliendo con su rol establecido. Se recomienda contratar una auditoría externa para verificar el cumplimiento y adherencia de los procesos relacionados con la seguridad de la información e infraestructura tecnológica de la institución. Por otro lado, se recomienda a las diferentes unidades funcionales donde se tienen identificados los diferentes riesgos de gestión, corrupción, conflictos de intereses, opacidad y fraude cargar las diferentes evidencias documentales en la evaluación de los riesgos.	-2%

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
Información y comunicación	SI	96%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Primer Semestre de la vigencia 2025, aumento su calificación obtenida con respecto al Segundo Semestre del 2024 en un 1%, obteniendo un Nivel de Cumplimiento del 96%. Debilidades: Por parte de la Oficina de Sistema de Información falta la Divulgación por los diferentes canales institucionales Las Políticas de Operación de seguridad digital, Gobierno Digital, Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. Fortalezas: Se resalta una permanente entrega de información sobre el que hacer institucional, a través de los distintos medios dispuestos para este propósito, siendo su portal web http://hospitalneiva.gov.co/ uno de los más importantes, donde cotidianamente se publican las novedades y aspectos relevantes de la gestión institucional. Por parte de la Oficina Asesora de Control se realiza seguimiento semestral a la Matriz ITA en cumplimiento de la ley 1712 de 2014, con relación a la Transparencia y Acceso a la Información, inventario de activos de información y todo lo relacionado con los diferentes grupos de valor presente en la institución. La entidad cuenta con redes sociales, administradas por la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones, entre otras: Facebook, X, Instagram y YouTube; medios que cada vez adquieren mayor relevancia y posicionamiento complementándose con estos medios con dos publicaciones que tienen el mismo propósito: Noti-Usuarios y Noti-Hospital. Se recomienda a La oficina Asesora de Sistemas de Información Hospitalaria y a la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones el fortalecimiento y la divulgación de los canales de comunicación internos y las líneas de defensa, las cuales lideran todo el proceso de TIC en la institución y son las encargadas de impulsar las directrices en materia de comunicaciones internas y externas.	95%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Segundo Semestre de la vigencia 2024, disminuyó su calificación obtenida con respecto al Primer Semestre del 2024 en un 1%, obteniendo un porcentaje de Cumplimiento del 95%. Se han logrado evidenciar a través de las Auditorías Integrales, expés y/o Especiales realizadas a las diferentes Unidades Funcionales fallencias en el Software Institucional SOFTWARE INDIGO VIE ERP y CRYSTAL. Se resalta una permanente entrega de información sobre el que hacer institucional, a través de los distintos medios dispuestos para este propósito, siendo su portal web http://hospitalneiva.gov.co/ uno de los más importantes, donde cotidianamente se publican las novedades y aspectos relevantes de la gestión institucional. Por parte de la Oficina Asesora de Control se realiza seguimiento semestral a la Matriz ITA en cumplimiento de la ley 1712 de 2014, con relación a la Transparencia y Acceso a la Información, inventario de activos de información y todo lo relacionado con los diferentes grupos de valor presente en la institución. Se recomienda a La Oficina Asesora de Sistemas de Información Hospitalaria y a la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones el fortalecimiento y la divulgación de los canales de comunicación internos y las líneas de defensa, las cuales lideran todo el proceso de TIC en la institución y son las encargadas de impulsar las directrices en materia de comunicaciones internas y externas.	1%
Monitoreo	SI	98%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Primer Semestre de la vigencia 2025, se mantiene su calificación obtenida con respecto al Segundo Semestre del 2024, obteniendo un porcentaje de Cumplimiento del 98%. Debilidades: Se cuenta con Procesos Tercerizados como la Operación y Prestación Del Servicio De Resonancia Magnética Nuclear Por La Modalidad De Outsourcing; con la empresa Rayos X del Huila s.a.s., el Servicio de Facturación, el servicio de alimentos y el servicio de Mesa de Ayuda, por consiguiente la Oficina Asesora de Control Interno no puede auditarlos. Fortalezas: La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento del Programa Anual de Auditorías de la Vigencia 2025, aprobado en reunión ordinaria del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el día 16 de diciembre de 2024, para el primer semestre de la vigencia 2025 se realizaron 22 informes de Ley, 6 Auditorías Integrales a Procesos y Procedimientos derivadas de la matriz de priorización de riesgos y 2 Auditorías expés y/o Especiales; a los diferentes procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y de Evaluación y Control del Hospital. Sin embargo, la oficina asesora de control interno no puede realizar auditoría a los procesos tercerizados de la institución. Se realizó seguimiento a 80 Planes de Mejoramiento Internos derivados de las auditorías realizadas por Control Interno y Tres (3) Planes de Mejoramiento Externos derivados de la Contraloría Departamental del Huila. Los resultados de todos estos seguimientos e informes se reportaron a la Gerencia y se publican en página web. La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento a sus roles, asistió a diferentes comités institucionales, con voz, pero sin voto. Por parte de la Oficina Asesora de Control Interno se recomienda realizar supervisión y/o interventoría externa a los Procesos Tercerizados que actualmente cuenta la institución, en aras de mejorar los servicios que prestan estas empresas a los Usuarios del Hospital Universitario de Neiva. Se recomienda continuar con el cumplimiento del Programa Anual de Auditoría para la vigencia 2025, adicional a ello cumplir con el seguimiento a los Informes de Obligatorio cumplimiento y realizar seguimiento a los planes de mejora internos y externos para lograr cerrar de manera oportuna las acciones de mejora propuestas por las áreas auditadas.	98%	La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para el Segundo Semestre de la vigencia 2024, mantiene la calificación obtenida en el segundo semestre de la vigencia 2023, con un Nivel de Cumplimiento del 98%. Se cuenta con Procesos Tercerizados como la Operación y Prestación Del Servicio De Resonancia Magnética Nuclear Por La Modalidad De Outsourcing; con la empresa RAYOS X DEL HUILA S.A.S., el Servicio de Facturación, el servicio de alimentos y el servicio de Mesa de Ayuda. La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento del Programa Anual de Auditorías de la Vigencia 2024, aprobado en reunión ordinaria del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el día 18 de diciembre de 2023, durante la vigencia 2024 se realizó 44 informes de Ley, 20 Auditorías Integrales a Procesos y Procedimientos derivadas de la matriz de priorización de riesgos y 4 Auditorías expés y/o Especiales; a los diferentes procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y de Evaluación y Control del Hospital. Sin embargo, la oficina asesora de control interno no puede realizar auditoría a los procesos tercerizados de la institución. Se realizó seguimiento a 82 Planes de Mejoramiento Internos derivados de las auditorías realizadas por Control Interno y Tres (3) Planes de Mejoramiento Externos derivados de la Contraloría Departamental del Huila. Los resultados de todos estos seguimientos e informes se reportaron a la Gerencia y se publican en página web.	0%