

 <p><b>Hospital San Felix</b> E.S.E. LA DORADA - CALDAS "ATENCIÓN CON SENTIDO HUMANO"</p>	AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: CI-S01-F002
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

VENTANILLA ÚNICA  
RECIBO  
18923  
18 ENE 2023  
11:20am  
Paula Andrea V.C.

## INFORME SEMESTRAL DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA II SEMESTRE DE 2022

1 DE JULIO A 31 DE DICIEMBRE DE 2022

E.S.E. HOSPITAL SAN FÉLIX

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Presentado a:

DIEGO LUIS ARANGO Gerente  
ANTONIO MARÍA GÓMEZ BETANCUR Prof. Especializado Área Administrativa  
COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

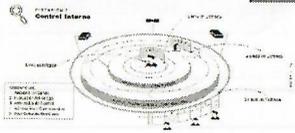
Enero de 2023

NIT. 810.000.913-8  
Dirección: Calle 12 No. 4-20 Teléfonos (6) 8392000 / 018000941888  
La Dorada - Caldas - Colombia  
[www.hospitalsanfelix.gov.co](http://www.hospitalsanfelix.gov.co)

*Paula Andrea V.C.*

Nombre de la Entidad:  
Período Evaluado:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FÉLIX DE LA DORADA - CALDAS  
DESDE EL 1 DE JULIO HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

72%

**Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno**

<p><b>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</b></p>	<p>En proceso</p>	<p>Los componentes se están articulando para que operen conjuntamente y le sirvan a la empresa para alcanzar un Mejoramiento en su desempeño, un factor importante fue la actualización del Mapa de Riesgo institucional que nos da la herramienta necesaria para hacer una gestión del riesgo, se considera que la Empresa tiene las condiciones dadas para que las acciones de control interno se puedan desarrollar por lo que se están avanzando en unos aspectos importantes como son la estructuración de manual de proceso y procedimientos en el software ALMERA que administra el sistema de gestión, con lo que se logra que los procesos se puedan estandarizar y se haga una correcta y oportuna recopilación de la información con el fin de ir desarrollando actividades de control, es importante mencionar que se ha fortalecido la elaboración y cumplimiento de los planes de mejoramiento para que sea efectiva la mitigación de los riesgos encontrados en los hallazgos de las diferentes auditorías internas y externas, otro factor que se debe desarrollar es el sistema de gestión documental que le permita a la empresa las condiciones necesarias para asegurar los archivos de gestión y el archivo central en su parte documental y digital, como acción prioritaria dada las características de la empresa ya que es prestadora de servicios de salud, donde la confidencialidad, la privacidad y la disponibilidad de la información para el personal de salud es un factor necesario, obligatorio.</p>
<p><b>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</b></p>	<p>No</p>	<p>Es importante decir que el sistema de control interno funciona y opera para la consecución de los objetivos de la empresa, sin embargo se tienen algunas desviaciones y debilidades que no permiten que se llegue a un cumplimiento efectivo, ya que algunos de los controles instaurados no son aplicados y en ocasiones no funcionan como están diseñados, por lo que algunas actividades se vuelven reactivas por lo que se hace necesario fortalecer el sistema de planes de mejoramiento, se realizan acciones para cambiar la cultura en los funcionarios y se enfocan en acciones que prevenga los riesgos.</p>
<p><b>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):</b></p>	<p>Si</p>	<p>Se ha venido capacitando al personal para que se incorpore en su actuar la teoría de las líneas de defensa, donde una componente primordial es el AUTOCONTROL, ya que es el funcionario en su quehacer diario desde su puesto de trabajo el que debería resolver la mayoría de los errores detectados o las desviaciones encontradas, ha sido también socializado en la segunda línea de defensa para que estos líderes de proceso y coordinadores de área cumplan un papel primordial en la solución de las desviaciones generando correctivos precisos y oportunos, con un componente obligatorio de reporte para que se tomen las medidas pertinentes, con relación a la última línea de defensa se está haciendo hincapié a los funcionarios que los hallazgos detectados por las oficinas y dependencias de control son un insumo para generar acciones de mejoramiento continuo, es de anotar que desde este año se viene incorporando con fuerza la línea de defensa estratégica ya que desde la alta dirección se están reorganizando la plataforma estratégica, el mapa de procesos, la operativización de la plataforma ALMERA con la descripción de los procesos y procedimientos para a través de ella hacer un monitoreo y control.</p>

¿El componente está presente y funcionando?

Nivel de Cumplimiento componente

79%

Si

Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas

**DEBILIDADES:**

\* La Empresa estructuró el programa de Gestión Documental a través de unos documentos iniciales que sirvieron como herramienta indispensables para operar el sistema, se actualizaron las tablas de retención documental, aunque no se han mandado a convalidar, además se entregó el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR, Programa de Gestión Documental y el Manual de Gestión Documental, se dieron guías para lo organización del archivo de gestión y central de la Institución pero se siguen teniendo debilidades en esta área, se han tenido varios auxiliares administrativos realizando unas labores pero no se ha estructurado un cronograma de trabajo para la vigencia 2021, se considera que la ESE debería asignar estas funciones a un líder, \* En cuanto a las líneas de defensa la ESE no tiene un documento formal que describa el esquema planteado, \* Con relación al Plan Institucional de Capacitación no se le realiza permanentemente seguimiento adecuado para verificar su correcta ejecución, pero las capacitaciones planteadas se han realizado, \* Las acciones de control tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados en ocasiones no se ejecutado en los tiempos esperados, \* El SIAU recauda las Quejas interpuestas por los usuarios pero la ESE aun no ha instaurado una línea telefónica exclusiva de reportes de actos de corrupción.

**FORTALEZAS:**

\* Se aprobó el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y su Plan de Acción para la vigencia 2021, se estableció un comité de evaluación y desde la oficina de Planeación se realiza el seguimiento periódico de las Meta, \* Las áreas preparan informes para cumplir con los órganos de control y los otros para la gerencia de la ESE, con el fin de que sirvan como insumo en la toma de decisiones, para muchas de ellas es convocado el Comité Técnico de Gerencia de forma semanal donde se analizan y se argumentan, además desde el análisis que realiza el Gerente de los informes de control interno y los realizados por los líderes y los supervisores, además algunos de ellos ya socializados en los diferentes comités, esta información se discute y se evalúa si las actividades propuestas por los diferentes actores son efectivas o si por el contrario requiere plantear ajustes o diseñar nuevos controles, \* En el comité de control interno disciplinario se llevan los proceso por el incumplimiento de las funciones o normas de comportamiento del personal de nomina, mientras que el proceso con los contratistas de prestación de servicios se hace a través de una audiencia sancionatoria, los requerimientos llegan directamente al jefe de personal o al comité de convivencia o a los supervisores del los contratos, \* El Comité Institucional de Control Interno se viene reuniendo de forma periódica para analizar temas tales como la aprobación del programa anual de auditoría, informe de gestión de la oficina, análisis de los resultados del FURAG, Informe Pormenorizado, Seguimiento Plan Anticorrupción, \* Se ha capacitado sobre el Código de integridad a 315 funcionarios de la ESE en el año \* En cuanto a la administración de los riesgos, se realizó la actualización del Mapa de Riesgos a su versión 2021, con la ayuda de una practica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales, ya se incorporaron al sistema de gestión en la plataforma ALMERA, \* A partir del año 2020 se estructuró que un profesional del área de sicología se encargará del manejo del Plan Estratégico del Recurso Humano en cuanto a la selección, ingreso, clima organizacional y retiro tanto del personal de planta como de contrato, \* Los supervisores diligencian en un formato preestablecido por cada prestador de servicios el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas \*Se documentaron en la plataforma ALMERA, para el control de la gestión, los procesos y procedimientos de la empresa en los cuales se establecen las actividades, las referencias, los documentos, los indicadores, los controles y los riesgos.

*C. Plouf*

Nivel de Cumplimiento  
componente presentado en el  
informe anterior

Estado del componente presentado en el informe anterior

66%

**DEBILIDADES:**

\* La Empresa estructuró el programa de Gestión Documental a través de unos documentos iniciales que sirvieron como herramienta indispensables para operar el sistema, se actualizaron las tablas de retención documental, aunque no se han mandado a convalidar, además se entregó el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR, Programa de Gestión Documental y el Manual de Gestión Documental, se dieron guías para lo organización del archivo de gestión y central de la Institución pero se siguen teniendo debilidades en esta área, se han tenido varios auxiliares administrativos realizando unas labores pero no se ha estructurado un cronograma de trabajo para la vigencia 2021, se considera que la ESE debería asignar estas funciones a un líder, \* En cuanto a las líneas de defensa la ESE no tiene un documento formal que describa el esquema planteado, \* Con relación al Plan Institucional de Capacitación no se le realiza el seguimiento adecuado para verificar su correcta ejecución, pero las capacitaciones planteadas se han realizado, \* Las acciones de control tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados en ocasiones no se realzan en los tiempos esperados, \* Aunque el SIAU recauda las Quejas la ESE debe instaurar una línea telefónica de reportes de actos de corrupción.

**FORTALEZAS:**

\* Se aprobó el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y su Plan de Acción para la vigencia 2021, se estableció una comité de evaluación y desde la oficina de Planeación se realizará seguimiento periódico de las Meta, \* Las áreas preparan informes para cumplir con los órganos de control y los otros para la gerencia de la ESE, con el fin de que sirvan como insumo en la toma de decisiones, para muchas de ellas es convocado el Comité Técnico de Gerencia de forma semanal donde se analizan y se argumentan, además desde el análisis que realiza el Gerente de los informes de control interno de los realizados por los líderes y los supervisores, además algunos de ellos ya socializados en los diferentes comités, esta información se discute y se evalúa si las actividades propuestas por los diferentes actores son efectivas o si por el contrario requiere plantear ajustes o diseñar nuevos controles, \* En el comité de control interno disciplinario se llevan los proceso por el incumplimiento de las funciones o normas de comportamiento del personal de nomina, mientras que el proceso con los contratistas de prestación de servicios se hace a través de una audiencia sancionatoria, los requerimientos llegan directamente al jefe de personal o al comité de convivencia o a los supervisores del los contratos, \* El Comité Institucional de Control Interno se viene reuniendo de forma periódica para analizar temas tales como la aprobación del programa anual de auditoría, informe de gestión de la oficina, análisis de los resultados del FURAG y resultados de las auditorias realizadas en el período, \* Se ha capacitado sobre el Código de integridad a 263 funcionarios de la ESE en el semestre \* En cuanto a la administración de los riesgos, se realizó actualizado del Mapa de Riesgos a su versión 2021, con la ayuda de una practica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales, en el próximo semestre se empezaran a incorporar al sistema de gestión en la plataforma ALMERA, \* A partir del año 2020 se estructuró que un profesional del área de sicología se encargará del manejo del Plan Estratégico del Recurso Humano en cuanto a la selección, ingreso, clima organizacional y retiro tanto del personal de planta como de contrato, \* Los supervisores diligencian en un formato preestablecido por cada prestador de servicios el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas \*Se estan documentando en la plataforma ALMERA para el control de la gestión, los procesos y procedimientos de la empresa en los cuales se establecen las actividades, las referencias, los documentos, los controles y los riesgos.

Avance final del componente

13%

*Calderín P*

Nivel de Cumplimiento componente  
¿El componente está presente y funcionando?

Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas  
Si

71%

DEBILIDADES:  
\* Se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados pero en ocasiones estas acciones no se ejecutan en los tiempos esperados, lo mismo se observa en los seguimientos de los diferentes Planes de Acción.

FORTALEZAS:  
\* Después de la emisión de los informes de auditoria, se solicita la estructuración del respectivo plan de mejoramiento en la actualidad los presentan han tenido su seguimiento,\* Se tiene el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y el respectivo Plan de Acción vigencia 2021 para cumplir con los objetivos, metas y actividades, tiene descrito los responsables, el tiempo de ejecución y los indicadores para hacer la respectiva medición, \* Se viene desarrollando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, estos son analizados y se toman las directrices pertinentes para implementar mejoras en los procesos, \* En cuanto a los Mapas de Riesgo este tema fue actualizado con la ayuda de una practica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales y se establecieron las escalas de probabilidad e impacto de los diferentes ámbitos a evaluar, se evaluó y se describieron los controles y se emitió la Política de Riesgos, se incorporaron en la plataforma ALMERA los riesgos a cada proceso para que sea consultados por los colaboradores, se realizar informe de riesgos materialización, de los relacionados dentro de los informes que presenta la oficina de control interno sobre las auditorias realizadas, \* El Gerente analiza los informes y genera las directrices y acciones pertinentes, \* Se estructuró el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2021 y fue publicado en la pagina WEB antes del 31 de enero de 2021, además periódicamente se realiza el monitoreo y seguimiento a dicho Plan los cuales también son publicados en la pagina WEB.

Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior
50%

Avance final del componente

Estado del componente presentado en el informe anterior
<p>DEBILIDADES:            * Se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados pero en ocasiones estas acciones no se realizan en los tiempos esperados, lo mismo se observa en los seguimientos de los diferentes Planes de Acción, * Después de la emisión de los informes de auditoría, se solicita la estructuración del respectivo plan de mejoramiento en la actualidad muchos de los auditados lo presentan, sin embargo algunos de los hallazgos encontrados son intervenidos.</p> <p>FORTALEZAS:            * Se tiene el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y el respectivo Plan de Acción vigencia 2021 para cumplir con los objetivos, metas y actividades, tiene descrito los responsables, el tiempo de ejecución y los indicadores para hacer la respectiva medición, * Se viene desarrollando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, estos son analizados y se toman las directrices pertinentes para implementar mejoras en los procesos, * En cuanto a los Mapas de Riesgo este tema fue actualizado con la ayuda de una practica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales y se establecieron las escalas de probabilidad e impacto de los diferentes ámbitos a evaluar, se evaluó y se describieron los controles y se emitió la Política de Riesgos, se esta iniciando con el análisis de los riesgo para realizar los informes de materialización, es de anotar que dentro de los informes que presenta la oficina de control interno sobre las auditorias realizadas, siempre se hace el análisis de los riesgo detectados y cuales de ellos se han materializado, * El Gerente analiza los informes y genera las directrices y acciones pertinentes, * Se estructuró el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2021 y fue publicado en la pagina WEB antes del 31 de enero de 2021, además periódicamente se realiza el monitoreo y seguimiento a dicho Plan los cuales también son publicados en la pagina WEB.</p>
21%

*Spino*

Nivel de Cumplimiento  
componente

¿El componente está  
presente y funcionando?

77%

Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas

Si

**DEBILIDADES:**

\* En algunos documentos que la ESE ha elaborado se detallan las actividades de control que debe cumplir cada funcionario según su rol, aunque estas actividades están descritas algunas de ellas no son realizadas con la rigurosidad debida, se han encontrado falencias en toda las líneas de defensa, \* En cuanto al sistema de información se realizó una auditoria donde se establecieron puntos críticos que requiere una intervención dentro de estos está el cableado estructural y la reimplantación de todos los módulos de CNT, ya que hay problemas de parametrización y de registro de la información lo que ha causado errores, la información primaria es mal registrada y hay problemas de confiabilidad del dato, \* Se realizan los Comités técnicos de Gerencia donde se analizan y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles, pero en ocasiones estas acciones de control no se ejecutan en los tiempos esperados.

**FORTALEZAS:**

Se compró la actualización del sistema CNT para el 2021 y por ello se debió empezar a realizar ajustes a la parametrización y poner en marcha los módulos que no estaban activos, lo que supondría un mejor desempeño del soft ware.\* Se viene desarrollando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, son analizados y se toman las directrices pertinentes para implementar mejoras en los procesos, \* En los informe que presenta la oficina de control interno de las auditorias realizadas, siempre se hace el análisis de los riesgo detectados y cuales de ellos se han materializado, \* Los líderes de las áreas en sus informes detectan la problemática y proponen los controles a desarrollar, los informes son analizados por el Gerente y se generan las directrices y acciones que son discutidas y aprobadas en los Comité Técnicos de Gerencia, \* Por ser una Entidad que presta servicios de salud, debe implementar los sistemas de habilitación de servicios con el cumplimiento de estándares mínimos pero además debe lograr mejorar sus servicios a través de la implementar de los estándares de Acreditación, todo esto dentro del Sistema de Calidad, \* Se realiza el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano , también se realiza seguimiento a Planes de acción de los Entes de Control como Contraloría General de Caldas y Superintendencia Nacional de Salud, \* El Mapa de Riesgos Institucional fue actualizado con la ayuda de una practica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales donde se ajustaron a su versión 2021 y se establecieron las escalas de probabilidad e impacto de los diferentes ámbitos a evaluar, se evaluó y se describieron los controles y se planteo la Política de Riesgos, estos riesgos fueron incorporados en la Plataforma ALMERA en cada uno de los procesos, se debe continuar con la evaluación para rediseñar los nuevos controles, \* Se adquirió el software ALMERA para mejorar el control de la gestión administrativa en el cual se parametrizaron los procesos y procedimientos, los formatos, los documentos, indicadores y los riesgos.

*Stamp*

Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior
54%
Avance final del componente

Estado del componente presentado en el informe anterior	
<p><b>DEBILIDADES:</b></p> <p>* En algunos documentos que la ESE ha elaborado se detallan las actividades de control que debe cumplir cada funcionario según su rol, aunque estas actividades están descritas algunas de ellas no son realizadas con la rigurosidad debida, se han encontrado falencias en toda las líneas de defensa, * En cuanto al sistema de información se realizó una auditoria donde se establecieron puntos críticos que requiere una intervención dentro de estos está el cableado estructural y la reimplantación de todos los módulos de CNT, ya que hay problemas de parametrización y de registro de la información lo que ha causado errores, la información primaria es mal registrada y hay problemas de confiabilidad del dato, * Se realizan los Comités técnicos de Gerencia donde se analizan y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles, pero en ocasiones estas acciones de control no se realizan en los tiempos esperados.</p> <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <p>* Se viene desarrollando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, son analizados y se toman las directrices pertinentes para implementar mejoras en los procesos, * En los informe que presenta la oficina de control interno de las auditorias realizadas, siempre se hace el análisis de los riesgo detectados y cuales de ellos se han materializado, * Los líderes de las áreas en sus informes detectan la problemática y proponen los controles a desarrollar, los informes son analizados por el Gerente y se generan las directrices y acciones que son discutidas y aprobadas en los Comité Técnicos de Gerencia, * Por ser una Entidad que presta servicios de salud, debe implementar los sistemas de habilitación de servicios con el cumplimiento de estándares mínimos pero además debe lograr mejorar sus servicios a través de la implementar de los estándares de Acreditación, todo esto dentro del Sistema de Calidad, * Se realiza el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano que contempla la elaboración de algunos procedimientos, actualización y socialización de Guías de manejo, Ajuste de Procesos y Procedimientos, también se realiza seguimiento a Planes de acción de los Entes de Control como Contraloría General de Caldas y Superintendencia Nacional de Salud, * El Mapa de Riesgos Institucional fue actualizado con la ayuda de una practica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales donde se ajustaron a su versión 2020 y se establecieron las escalas de probabilidad e impacto de los diferentes ámbitos a evaluar, se evaluó y se describieron los controles y se planteo borrador de ajuste de la Política de Riesgos para su aprobación, se debe continuar con la evaluación para rediseñar los nuevos controles, * Se adquirió el software ALMERA para mejorar el control de la gestión administrativa en el cual se parametrizaron algunos procesos y procedimientos y para el 2021 debe empezar a operar.</p>	
	23%

*Handwritten signature in blue ink.*

Nivel de Cumplimiento  
componente

¿El componente está  
presente y funcionando?

55%

Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas

Si

**DEBILIDADES:**

\* El sistema de información abarca varios aspectos, como la información de historias clínicas, la información contable y datos estadísticos, este sistema tiene aun problemas de parametrización y la información primaria no es capturada en su totalidad en el software, \* La Empresa tiene las herramientas del programa de Gestión Documental, las tablas de retención documental, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR y el Manual de Gestión Documental, se han realizado algunas acciones para el registro de los activos de información, se cuenta con auxiliares administrativos que desarrollan estas labores pero se requiere estructurar el cronograma de trabajo, \* Las políticas de Administración de la Información muestra debilidades en su control, se han detectado manejo inadecuado de la información por parte de algunos funcionarios para lo cual se han tomado las medidas correctivas pertinentes, \* Se debe fortalecer la información publicada en la pagina WEB Institucional, \* La ESE no ha emprendido la caracterización de usuarios y partes interesadas, aunque se tiene información fraccionada y no completa de algunos aspectos de nuestra población objeto proporcionada por las EPS.

**FORTALEZAS:**

\* El sistema del SIAU de la ESE tiene establecido los canales para la recolección de las Peticiones, Quejas, Reclamos y las posibles denuncias que requieran interponer los usuarios y funcionarios, el protocolo fue actualizado y subido a la plataforma ALMERA para el control de la gestión, también se tiene implementado el sistema de recolección de información de satisfacción de los usuarios sobre las percepciones las cuales ya son analizadas y generar las acciones oportunas, se elaboran los planes de mejoramiento respectivos. \* Los documentos que contienen el Plan de Acción 2021, las Actas de Comité Técnico de Gerencia y el Mapa de Procesos ayudan al despliegue de los objetivos y metas estratégicas, parte de la plataforma estratégica ha sido construida con los líderes de áreas y dentro de los procesos de inducción y re inducción son desplegadas a todos los funcionarios, \* Se compró la actualización del sistema CNT para el 2021 y por ello se debió empezar a realizar ajustes a la parametrización y poner en marcha los módulos que no estaban activos, lo que supondría un mejor desempeño del soft ware, En el sistema se alimenta los datos que sobre atención en salud se le realizan a los usuarios y estos se capturan a través de la Historia Clínica, se manejan los inventarios de bienes e insumos y con esto se realiza la facturación que genera los cobros a la EPS, estos módulos envían información al sistema contable para generar los informes, es importante mencionar que se realizan algunas capturas del dato de forma manual los cuales en ocasiones afectan negativamente la información consolidados del sistema, \* La Empresa tiene las herramientas del programa de Gestión Documental, las tablas de retención documental, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR y el Manual de Gestión Documental, en la actualidad se han realizado algunas acciones para el registro del inventario documental y foliación de carpetas, trabajo que se viene realizando con un grupo de auxiliares administrativos, \* Se tiene establecido la pagina WEB Institucional donde se divulga la información de interés y en particularmente la establecida en la Ley 1712 y resolución 1519, \* En la actualidad se tiene establecido en el sistema ALMERA para su gestión integral de la correspondencia.

Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior
50%
Avance final del componente

Estado del componente presentado en el informe anterior
<p>DEBILIDADES:</p> <p>* El sistema de información abarca varios aspectos, como la información de historias clínicas, la información contable y datos estadísticos, este sistema tiene aun problemas de parametrización y la información primaria no es capturada en su totalidad en el software, * Después de que la Empresa tiene las herramientas del programa de Gestión Documental, las tablas de retención documental, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR y el Manual de Gestión Documental, se han dado guías para el registro de los activos de información, hay unos auxiliares administrativos desarrollando esta labor pero se requiere estructurar el cronograma de trabajo, * Las políticas de Administración de la Información muestra debilidades en su control, se han detectado manejo inadecuado de la información por parte de algunos funcionarios para lo cual se han tomado las medidas correctivas pertinentes, * El sistema del SIAU de la ESE tiene establecido los canales para la recolección de las Peticiones, Quejas, Reclamos y las posibles denuncias que requieran interponer los usuarios y funcionarios, el protocolo fue actualizado y subido a la plataforma ALMERA para el control de la gestión, también se tiene implementado el sistema de recolección de información de satisfacción de los usuarios sobre las percepciones las cuales ya son analizadas y generar las acciones oportunas, es de resaltar que los planes de mejoramiento tiene debilidades en su ejecución. * Se debe fortalecer la información publicada en la pagina WEB Institucional, * La Gestión de información entrante a la Institución esta detallado en el manual de gestión documental pero se debe mencionar que se han presentado inconvenientes con los tiempos de respuesta de algunos requerimientos, * La ESE no ha emprendido la caracterización de usuarios y partes interesadas, aunque se tiene información fraccionada y no completa de algunos aspectos de nuestra población objeto proporcionada por las EPS.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* Los documentos que contienen el Plan de Acción 2021, las Actas de Comité Técnico de Gerencia y el Mapa de Procesos ayudan al despliegue de los objetivos y metas estratégicas, parte de la plataforma estratégica ha sido construida con los líderes de áreas y dentro de los procesos de inducción y re inducción son desplegadas a todos los funcionarios, * El sistema de información CNT, se alimenta de los datos que sobre atención en salud se le realizan a los usuarios y estos se capturan a través de la Historia Clínica, se manejan los inventarios de bienes e insumos y con esto se realiza la facturación que genera los cobros a la EPS, estos módulos envían información al sistema contable para generar los informes, es importante mencionar que se realizan algunas capturas del dato de forma manual los cuales en ocasiones afectan negativamente la información consolidados del sistema, * La Empresa tiene las herramientas del programa de Gestión Documental, las tablas de retención documental, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR y el Manual de Gestión Documental, en la actualidad se han dado guías para el registro del inventario documental y foliación de carpetas, trabajo que se viene realizando con un grupo de auxiliares administrativos, * Se tiene establecido la pagina WEB Institucional donde se divulga la información de interés y en particularmente la establecida en la Ley 1712, * En la actualidad se tiene establecido en el sistema ALMERA para su gestión integral de la correspondencia.</p>
5%

*Group*

Nivel de Cumplimiento componente
¿El componente está presente y funcionando?
77%

Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Si
<p>DEBILIDADES:</p> <p>* En el comité Técnico de Gerencia se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles y realizar seguimiento, pero en ocasiones estas acciones no se ejecutan en los tiempos esperados.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* En la Empresa a mejorado la cultura en el establecimiento de Planes de Mejoramiento y para los que se establecen son verificados por las áreas de Planeación, Calidad y Control Interno, * El Comité de Quejas y Reclamos esta institucionalizado en la Empresa con el fin de realizar asesoría y generar las acciones de mejora pertinentes en la prestación de los servicios de salud en la actualidad fue ajustado y subido al sistema ALMERA para el control de gestión. * El Comité Institucional de Control Interno se ha reunido y aprueba el Plan Anual de Auditoría, además se le presenta el informe de gestión de la oficina de Control Interno del año inmediatamente anterior, también se discutieron temas como los resultados FURAG, se presentó el informe semestral de control interno y el seguimiento al plan anticorrupción * Para hacer la programación de las auditorias la cual es periódica, se aplica un análisis de riesgo, se define por los detectados en cada áreas auditada o por los encontrados en información cruzada de hallazgos de otras áreas o procesos. * La Gerencia revisa los informes de la oficina de control interno y los de los diferentes líderes de área y de procesos, posteriormente se discuten con las partes interesadas y en el Comité de Técnico de Gerencia, * Se realiza monitoreo de los resultados obtenidos por la áreas de Glosas, Facturación, Radicación y SIAU y los Comités de Calidad, Historias Clínicas y Mortalidad, a través de los comités Institucionales , * Los entes de control nos monitorean a través de la solicitud de información y a través de la realización de auditorías, con esto se emiten informes de visitas con los hallazgos encontrados y de los cuales deben salir los Plan de Mejoramiento que nos permitan mitigar su impacto, para ello la Empresa analiza las causas, sus efectos y las actividades de control que se deben plantear, las oficinas de Planeación, Calidad o Control Interno realizan el respectivo seguimiento y emiten los reportes a los entes de control, * Las áreas reportan las deficiencias en el control interno a la Gerencia, la Administración, la Subdirección Científica, Control Interno y a los supervisores de los contratos ya que son estos últimos los que verifiquen el cumplimiento de las obligaciones y deben generar el reporte respectivo.</p>

*Handwritten signature in blue ink.*

Nivel de Cumplimiento  
componente presentado en el  
informe anterior

50%

Avance final del componente

Estado del componente presentado en el informe anterior

**DEBILIDADES:**

\* En la Empresa se ha mejorado la cultura en el establecimiento de Planes de Mejoramiento y para los que se establecen son verificados por las áreas de Planeación, Calidad y Control Interno, \* En el comité Técnico de Gerencia se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles y realizar seguimiento, pero en ocasiones estas acciones no se realizan en los tiempos esperados.

**FORTALEZAS:**

\* El Comité de Quejas y Reclamos está institucionalizado en la Empresa con el fin de realizar asesoría y generar las acciones de mejora pertinentes en la prestación de los servicios de salud en la actualidad fue ajustado y subido al sistema ALMERA para el control de gestión. \* El Comité Institucional de Control Interno en la primera reunión de año aprueba el Plan Anual de Auditoría, además se le presenta el informe de gestión de la oficina de Control Interno del año inmediatamente anterior, \* Para hacer la programación de las auditorías la cual es periódica, se aplica un análisis de riesgo, se define por los detectados en cada área auditada o por los encontrados en información cruzada de hallazgos de otras áreas o procesos. \* La Gerencia revisa los informes de la oficina de control interno y los de los diferentes líderes de área y de procesos, posteriormente se discuten con las partes interesadas y en el Comité de Técnico de Gerencia, \* Se realiza monitoreo de los resultados obtenidos por las áreas de Glosas, Facturación, Radicación y SIAU y los Comités de Calidad, Historias Clínicas y Mortalidad, a través de los comités Institucionales, \* Los entes de control nos monitorean a través de la solicitud de información y a través de la realización de auditorías, con esto se emiten informes de visitas con los hallazgos encontrados y de los cuales deben salir los Planes de Mejoramiento que nos permitan mitigar su impacto, para ello la Empresa analiza las causas, sus efectos y las actividades de control que se deben plantear, las oficinas de Planeación, Calidad o Control Interno realizan el respectivo seguimiento y emiten los reportes a los entes de control, \* Las áreas reportan las deficiencias en el control interno a la Gerencia, la Administración, la Subdirección Científica, Control Interno y a los supervisores de los contratos ya que son estos últimos los que verifican el cumplimiento de las obligaciones y deben generar el reporte respectivo.

27%