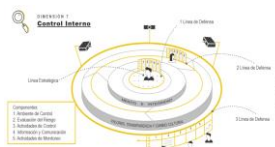


INFORME SEMESTRAL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA
JUNIO A DICIEMBRE DEL 2023

De conformidad con las disposiciones contenidas en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, el jefe de Control Interno de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería, presenta y publica el informe sobre el estado del Sistema de Control Interno de la Entidad. Y teniendo en cuenta el Decreto 2106 de 2019, Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” Artículo 156, donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. Según del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, se establece la actualización del MECI, a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento, dicho manual operativo establece la nueva estructura del MECI que se fundamenta en cinco componentes a saber:

Ambiente de control, 2. Administración del riesgo, 3. Actividades de control, 4. Información y comunicación, 5. Actividades de monitoreo; esta estructura está conformada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo esta una tarea exclusiva de la oficina de Control interno:

Línea estratégica, conformada por la alta dirección y el equipo directivo, 1. Primera línea, conformada por el gerente público y los líderes del proceso, 2. Segunda línea, conformada por servidores responsables del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de Planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comité de riesgos, de contratación, entre otros) y 3. Tercera línea, conformada por la oficina de Control Interno o quien haga sus veces. Según Decreto 648 de 2017 Artículos 2.2.21.1.5 2.2.21.1.6 y mediante Resolución 344 octubre 16 de 2014, se crea el comité institucional de coordinación de control interno, como instancia de asesoría y decisión en los asuntos de control interno de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería.




Nombre de la Entidad:	E.S.E. HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA		
Periodo Evaluado:	01/06/2023- 31/12/2023		
	Estado del sistema de Control Interno de la entidad	81%	

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	Para el segundo semestre de la vigencia 2023, se evidencia que los componentes del Sistema de Control Interno, se encuentran presentes y funcionando de manera integrada, producto de las acciones implementadas por las líneas de defensa para fortalecer la estructura del control de la entidad, situación que conllevó a mejorar el resultado obtenido en el segundo semestre del año 2023.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	SI	El Sistema de Control Interno del ESE H.SJM es efectivo, ya que sus componentes se encuentran articulados y permiten el cumplimiento de los objetivos institucionales. No obstante, se presentan algunas oportunidades de mejora. A continuación, se describe la efectividad de cada componente: • Ambiente de control: Se observa el compromiso y liderazgo de la alta dirección, frente a los lineamientos impartidos que permitieron la implementación de un ambiente de control eficaz, generando el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, planeación estratégica, sistema de gestión de riesgos, procedimientos, manuales y políticas operativas internas, que facilitan la toma de decisiones y el cumplimiento de los objetivos de los procesos. • Evaluación de Riesgos: Se verificó la identificación de riesgos, los cuales guardan coherencia con los objetivos de proceso; así mismo se validó el diseño e implementación de los controles implementados de los cuales se observan debilidades en el diseño de estos que requieren acciones dirigidas en los puntos de control, existen aún deficiencias en la manera de controlar los riesgos en los procesos los cuales requieren un ajuste necesario en las líneas estratégicas. • Actividades de Control: Se observa la implementación de acciones de control sin embargo, es importante promover el fortalecimiento del monitoreo a los riesgos, toda vez que en la vigencia 2023 se materializaron, y deben contar con el seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación - OAP (segunda línea de defensa). De igual manera, se debe adelantar procesos de actualización frente a políticas y procedimientos. • Información y Comunicación: Se observó el cumplimiento de las políticas de Gestión de la Información y Comunicación, teniendo en cuenta que se gestiona la información interna y externa, de acuerdo con los procedimientos internos y reglamentarios. Adicionalmente, se verificó el cumplimiento de la política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción y gestión de las PQRSD; con base en la información publicada en la página web de la entidad, en el segundo semestre del año el Sistema de Gestión Documental ha venido realizando actividades de organización de la documentación producida y recibida por los procesos de la entidad, lo que contribuye en la disponibilidad, confiabilidad, integridad y seguridad de la información requerida para llevar a cabo las actividades. • Actividades de Monitoreo: Se evidenció seguimiento y monitoreo a las actividades contempladas en el Plan Anual de Auditorías y Seguirimientos, que fueron llevadas a cabo en el periodo evaluado, lo cual permite verificar permanentemente la gestión e identificar posibles incumplimientos, todo esto con el fin de lograr los propósitos de la entidad
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	El H.SJM cuenta con una institucionalidad documentada bajo la estructura de las Líneas de Defensa en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, que facilita la identificación de riesgos, el establecimiento de controles, la generación de alertas y la mejora, de acuerdo con los roles y responsabilidades de cada una de las líneas establecidos. La entidad, cuenta con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Oficina de Planeación, la Oficina de Control Interno, el Grupo de Servicio al Ciudadano y el Comité de Contratación, entre otros escenarios, que permiten definir las distintas líneas de defensa.




Componente	¿se esta cumpliendo los requerimientos?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual; Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente
AMBIENTE DE CONTROL	SI	88%	FORTALEZA: Control interno de acuerdo con el seguimiento y elaboración de informes han logrado generar recomendaciones u observaciones que permiten la toma de decisiones a la Alta Dirección, en temas relacionados con Planes de Mejoramiento, Austeridad en el gasto, Gestión del Riesgo, Plan Anticorrupción, Formalización del Empleo, entre otros. DEBILIDAD Las actividades de control se deben ejecutar en todos los niveles de la entidad, el control interno de Gestión no es muy convocado a los comités que lleva a cabo la institución, siendo que estos son escenarios que sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de los objetivos. De manera preventiva o de detección, estas actividades de control conforman una parte fundamental de los elementos de control interno, actividades orientadas a minimizar los riesgos que dificultan la realización de los objetivos generales de la organización.
EVALUACION DEL RIESGO	SI	75%	FORTALEZAS :1- En la entidad están definida todas las líneas de defensas, desde la dirección quien define los lineamientos estratégicos - primera, segunda y tercera línea de defensa - se viene haciendo encuestas de manera trimestral para el seguimiento a los riesgos por el área de planeación y el CIQ evalúa los controles aplicados a estos riesgos. DEBILIDADES al realizarse las encuestas de riesgos de manera trimestral por parte del área de planeación y al realizarse el ajustes al Mapa de Riesgos Institucional de riesgos no contemplados y materializados por parte de la oficina Asesora de Planeación, debe presentarse el análisis de las causas de estos riesgos.
ACTIVIDADES DEL CONTROL	SI	80%	FORTALEZAS : En la entidad los procesos tienen definidos sus controles y vienen operando de acuerdo a las líneas estratégicas de la entidad y desde Control Interno se evalúa el cumplimiento a partir de las obligaciones y cumplimiento a los procesos. La Oficina de Control Interno, como tercera Línea de Defensa, evalúa a través de las auditorías y seguirimientos, la efectividad de los controles y recomienda oportunidades de mejora, que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales. DEBILIDADES La Oficina Asesora de Planeación no lidera sesiones del Comité Directivo realiza los comités de desempeño institucional en cumplimiento al MIPG en las cuales efectúa el seguimiento a la gestión institucional, en la resolución 204 de septiembre del 2023 quedaron integrado el comité de gerencia donde esta incluido el de conciliación o defensa jurídica, comité Directivo y comité de apoyo a la contratación, el CIQ solo es invitado al de conciliación, la debilidad se presenta en el ESE H.SJM, se limita el fin que es brindar las alertas tempranas sobre acciones u omisiones que puedan afectar el manejo de los recursos de la entidad.
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	SI	79%	FORTALEZAS la entidad cuenta con diferentes canales de comunicación, tiene definidos sistemas de información y lineamientos que contribuyen con el funcionamiento efectivo de la comunicación interna y externa. La institución viene avanzando en el proceso de gestión documental, en procesos de tablas de retención. La entidad cuenta con indicadores de gestión que mide la oportunidad en la recepción, gestión y respuesta de las comunicaciones externas de la entidad. La Entidad a implementado planes de mejora con el propósito de asegurar la respuesta oportuna de las PQRSD.
ACTIVIDADES DE MONITOREO	SI	85%	FORTALEZAS la institución tiene trazado un cronograma de auditorías internas con evaluación integral partiendo del Modelo Integrado de Gestión, y los sistemas de calidad, Salud y seguridad en el trabajo, Ambiental y seguridad de la información. DEBILIDADES 1. Se deben ejecutar las Auditorías en los tiempos establecidos y con un 100% de cumplimiento. El Hospital realiza diferentes comités, donde pueden identificar y monitorear riesgos existentes o latentes que pueden irse presentando, el control interno la gran parte no es invitado.

Marta ramos Paternina
Jefe de Control interno de Gestión

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba 
Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454 
esesanjeronimo.gov.co 

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co 



E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba 
Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454 
esesanjeronimo.gov.co 

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co 