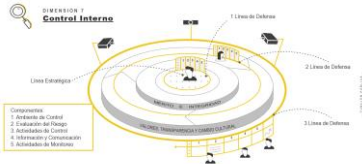


Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA
Periodo Evaluado:	I SEMESTRE DE 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

67%

**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	En cumplimiento en lo dispuesto en el Decreto 1499 del 2017, La ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA viene trabajando en la articulación del modelo de planeación y gestión con el sistema de gestión de la calidad y el Modelo Estándar de Control Interno. Se establecen las condiciones necesarias para el ejercicio del Control Interno dentro de la Institución, como medida primordial para lograr que todos componentes de esta dimensión de encuentren operando de manera integrada; Se observan los avances en el cumplimiento normativo para la estructuración del sistema de control interno y avances en los contenidos y dimensiones del MIPG, se están estableciendo las mejoras en los proceso de evaluación, actualización de POA, seguimiento y monitoreo desde los criterios de calidad y control interno.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	En la ESE Hospital San Vicente de Paul de Loric, se asegura un ambiente de control a través del liderazgo y compromiso de la Gerencia, el Comité Coordinador de Control Interno y Calidad, condiciones necesarias para garantizar la efectividad del Sistema de Control Interno, dentro del ejercicio del seguimiento y evaluación de los riesgos, la formulación y revisión periódica de los planes, programas, clave para el mejoramiento continuo de la entidad y asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumpla su propósito; para la entidad es necesario fortalecer las actividades de monitoreo a fin de establecer procesos en los cuales se pudiera llevar a cabo la materialización de cualquier evento adverso respecto a las buenas prácticas administrativas y operacionales.
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 ESE Hospital San Vicente de Paul de Loric cuenta con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, así como con el Comité Coordinador de Control Interno, igualmente se tienen definidos las funciones y responsabilidades en la gestión de los procesos y control de los riesgos, lo cual permite la adaptación de las Líneas de Defensa al normal funcionamiento y gestión de la entidad; el trabajo articulado es necesario para la formulación de acciones adecuadas que con lleven a la consecución de los objetivos planteados en la ESE; se establecen roles en la Resolución interna 0260 de 2023 mediante la cual se actualiza la Política de riesgos; se realiza actualización de riesgos SARO, y creaci n del PTEE.

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	75%	Durante el primer semestre de la vigencia 2025 se evidencian avances en el fortalecimiento del ambiente de control, soportado en la implementación del Código de Integridad, su socialización y articulación con el Programa de Transparencia. Se cuenta con instancias como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité de Control Interno, lo que fortalece la gobernanza institucional. Asimismo, existen instrumentos de planeación como el Plan Estratégico de Talento Humano, PETI, PINAR y el Plan Anticorrupción. Como debilidades, se identifican oportunidades de mejora en la consolidación de la cultura organizacional, el fortalecimiento del liderazgo institucional y la gestión del talento humano.	73%	En la actualidad la ESE como políticas de operación cuenta con los planes estratégicos de talento humano, PAAC, políticas de seguridad del paciente. Se adelanta el proceso de acreditación, se cuenta con Comité Institucional de Gestión y Desempeño, así como el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, acorde con la normatividad vigente. Se adopta el código de integridad de la función pública, con la finalidad de lograr su adopción y plena aplicación por parte de los funcionarios de la Entidad; se realiza socialización y seguimiento al Código de Integridad. Se adopta el Código de Ética de los Trabajadores de la Salud, integridad empresarial y Buen Gobierno Corporativo, mediante resolución interna 0208	2%
Evaluación de riesgos	Si	60%	Se evidencian avances significativos en la gestión del riesgo mediante la actualización del manual, la construcción participativa de la matriz de riesgos y la implementación de herramientas como SARLAFT, SICOP y la construcción del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), el cual debe integrarse con el Plan Anticorrupción y el Código de Integridad. Como fortalezas se destaca la estructuración bajo el modelo de las tres líneas de defensa y la identificación de riesgos financieros, operativos, jurídicos y tecnológicos. Como debilidades, persisten retos en la consolidación del modelo de riesgos en salud, seguimiento continuo y articulación con los procesos institucionales.	60%	En cuanto al componente de evaluación del riesgo, se continúa la implementación como herramienta importante dentro de los lineamientos de MIPG, y planeación estratégica, teniendo como fortaleza el trabajo en equipo con los encargados de los procesos de la ESE, además por medio de las auditorias realizadas se ha logrado identificar y realizar los respectivos planes de mejoramiento para así mitigarlos posibles riesgos. También tenemos debilidades en el proceso de la identificación de los riesgos los cuales se están revisando y analizando para convertirlos en fortalezas y así llevar el componente de evaluación del riesgo con un porcentaje de satisfacción mucho mayor, se dio inicio al trabajo con los encargados de cada proceso, a fin de dar seguimiento a los riesgos identificados y a los planes de mejoramiento estableciendo compromiso por área con regularidad ya sea por reuniones periódicas o visitas a cada área. Se detecta de manera adecuada los aspectos críticos en la entidad y se asignan estrategias planteados en la ESE.	0%
Actividades de control	Si	67%	La entidad presenta avances en la ejecución del Plan Anual de Auditorías con cumplimiento del 100%, evidenciando control en procesos estratégicos, misionales y de apoyo. Se destacan fortalezas como la existencia de manuales de procesos, cumplimiento normativo, conciliaciones contables y control en contratación. Se resalta el inicio del proceso de transición del PAAC hacia el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE). Como debilidades, se identifican oportunidades de mejora en la gestión documental, control de inventarios, organización de expedientes y consolidación de reportes institucionales.	63%	El Plan Anticorrupción para la vigencia 2024 se realizó siguiendo los lineamientos de la herramienta estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, elaborado por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Administrativo de la Función Pública. Se adelanta el proceso de transición del PAAC al PTEP de acuerdo a lo establecido en la Ley 2195 de 2022. Se adelanta la programación técnica para generar las evaluaciones respectivas y efectuarlas publicaciones en la página web sobre el avance de evaluación y monitoreo de la disminución de riesgos institucionales.	4%

<p><b>Información y comunicación</b></p>	<p>Si</p>	<p>59%</p>	<p>La entidad cuenta con mecanismos de comunicación institucional como página web, SIAU, correos institucionales y carteleras informativas, garantizando acceso a la información y transparencia. Se evidencian avances en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y en el índice de transparencia activa. Como fortalezas se destaca la formulación del PETI y la publicación de información institucional. Como debilidades, persisten brechas en publicación completa de información, participación ciudadana, conectividad tecnológica y gestión documental (TRD y archivo central).</p>	<p>59%</p>	<p>Toda la información para los grupos de interés de la Entidad, se encuentra pública en la página web de la Entidad. Se formuló su plan estratégico de tecnología y comunicación PETI, para la vigencia del año 2024. Se elaboró y publicó el Plan Institucional de Archivo - PINAR para la vigencia 2024. Se reformó la página Web de la entidad a fin de dar pleno cumplimiento a lo establecido en la Ley 1712 de 2014. Se requiere mejorar el traslado de las TRD de las diferentes dependencias, acompañadas de los fondos documentales al archivo central de la Entidad, el proceso se encuentra lento precisamente por la falta de espacio del archivo central. Es necesario realizar las acciones pertinentes para poder aumentar el nivel de conectividad para cumplir los propósitos de gobierno digital del Ministerio de TICS y establecer las condiciones necesarias para la buena operatividad del Sistema Único de Información de Trámites.</p>	<p>0%</p>
<p><b>Monitoreo</b></p>	<p>Si</p>	<p>75%</p>	<p>El componente de monitoreo presenta avances en la implementación de evaluaciones independientes, seguimiento a planes de mejoramiento, medición de indicadores y evaluación. Se evidencia articulación entre las líneas de defensa y cumplimiento del Plan Anual de Auditorías. Como fortalezas se destaca el seguimiento al POA y el uso de indicadores para la toma de decisiones. Como debilidades, se requiere fortalecer la articulación entre líneas de defensa, la gestión del conocimiento y los mecanismos de seguimiento para mejorar la toma de decisiones estratégicas.</p>	<p>71%</p>	<p>El Comité Coordinador de Control Interno aprueba cada vigencia el Plan de Auditorías de la Oficina de Control Interno (OCI). Así mismo la Gerencia y los integrantes del comité, establecen el cumplimiento de los indicadores de gestión y el logro de los objetivos institucionales en base a los informes presentados por la tercera Línea de Defensa (OCI) y generados de las evaluaciones independiente a los planes estratégicos, de operación y planes de mejora, a los controles de matrices de riesgos, al control interno contable y al Sistema de Control Interno de la Entidad, la formulación de informes de entes externos y la segunda línea de defensa; para esto es de suma importancia el reconocimiento de la responsabilidad de los líderes de procesos en el SCI y la generación de la cohesión entre las líneas de defensa a fin de establecer las acciones adecuadas para evitar posibles materialización de riesgos, con llevando a la formulación de nuevas acciones o planes estructurados en consecución de los objetivos planteados en la ESE.</p>	<p>4%</p>



