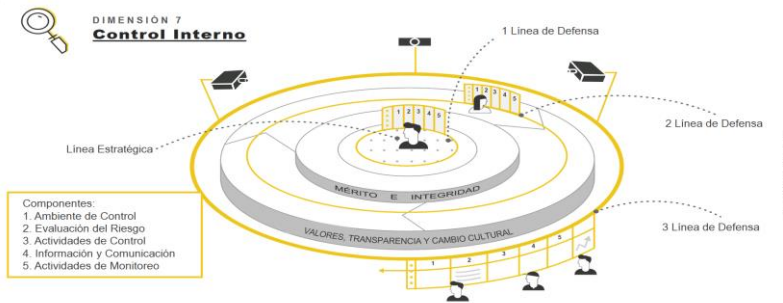


Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
Periodo Evaluado:	01 DE JULIO A 31 DE DICIEMBRE DE 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

66%

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):	En proceso	En la entidad los componentes se encuentran en proceso de operación, la alta dirección se encuentra actualizando y adoptando el conjunto de planes, políticas, procesos, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación que permita establecer ambientes de control que aseguren la operación eficaz de procesos y del sistema de gestión
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	El Sistema de Control Interno no es efectivo, ya que su actual estructura no permite contrastar en tiempo real la planeación institucional con los avances y eficacia de los resultados, que generen alertas tempranas que propicien la formulación de acciones de mejora, proporcionando seguridad para el logro de la misión y objetivos institucionales.
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 el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, existen coordinadores y líderes para cada proceso de la entidad.

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%	1. La E.S.E adopto la Política de Integridad mediante Resolución No. 306 de 03 de octubre de 2023, que contiene los valores del código de integridad, se realizó socialización y evaluación con los funcionarios y contratistas de la entidad. Se dio cumplimiento al 100% de las actividades programadas. 2. Comité Institucional de Coordinación de Control Interno formalmente constituido, reglamentado y funcionando. 3. Comité de Convivencia Laboral Constituido. 4. Política de Admiración de Riesgos adoptada. 5. Implementación y publicación de planes Institucionales (Plan de Bienestar e Incentivos, Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan institucional de Capacitación, Plan de Previsión de vacantes. 6. protocolo de acoso laboral Aprobado y Socializado. 7. Se realizó capacitación de Conflictos de Interés, al 99% de funcionarios de planta, se diligencio la declaración y le entrego en la oficina de talento humano para anexar a los expedientes laborales.	70%	En el primer semestre de 2024, no se socializó ni evaluó la aplicación de la Política de Integridad, Además, se presentó un caso de convivencia laboral que no alcanzó una conciliación definitiva, lo que resalta la necesidad de fortalecer los mecanismos de resolución de conflictos y asegurar que estos estén alineados con los valores de ética y transparencia promovidos por la política adoptada.	5%

Evaluación de riesgos	Si	51%	1. La entidad también cuenta con la Política de Administración del Riesgo aprobada en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno según Resolución No. 399 de 28 de diciembre de 2022. 2. La entidad aprobó, público y se realiza seguimientos cuatrimestrales al Plan Anticorrupción Atención al Ciudadano, cerrando la vigencia con un cumplimiento del 94. 74% de las actividades programadas. 3. Se monitorea constantemente los diferentes planes de acción encaminados al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad. 4. En la vigencia 2024 la entidad solo ha registrado los riesgos en el mapa de riesgos de corrupción, dejando pendiente los mapas de riesgos de gestión y seguridad digital. 5. La entidad no cuenta con un Sistema de Administración del Riesgo de lavado de Activos, Financiación del Terrorismo -- SARLAFT	53%	Durante el primer semestre de la vigencia 2024, no se presentaron cambios significativos en comparación con la vigencia anterior.	-2%
-----------------------	----	-----	--	-----	---	-----

Actividades de control	Si	71%	1. La entidad cuenta con un manual de funciones actualizado y aprobado. 2. La entidad tiene una Política de Seguridad Informática. 3. Política de Administración del Riesgo Aprobada. 4. Política de Control Interno Documentada, pero no se encuentra aprobada por Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	71%	Durante el primer semestre de la vigencia 2024, no se presentaron cambios significativos en comparación con el periodo anterior.	0%
Información y comunicación	Si	57%	1.No existe Política de Transparencia, acceso a a información pública y lucha contra la corrupción. 2. Se requiere actualizar la Política de Comunicaciones. 3. La entidad no cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas. 4. la entidad requiere que se continúe implementando herramientas y sistemas de información que faciliten el manejo de la información y la comunicación y uso de la misma, tanto interna como externamente.	54%	Durante el primer semestre de la vigencia 2023, no se presentaron cambios significativos en comparación con la vigencia anterior.	3%

Monitoreo	Si	73%	1. La oficina de Control Interno realiza evaluaciones y seguimientos con base al Plan Anual de Auditorias. 2. Se requiere actualización y aprobación de la Política de Control Interno. 3. se requiere la implementación de un sistema de gestión de riesgos integral que permita a la entidad identificar, evaluar, gestionar y monitorear los riesgos de manera efectiva, es crucial capacitar al personal en la gestión de riesgos, establecer un seguimiento periódico y garantizar la aprobación del sistema por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, asegurando su validación y alineación con los objetivos estratégicos de la entidad.	73%	La oficina de Control Interno ha estado trabajando articuladamente con la Oficina de Planeación y el Profesional encargado de MIPG	0%
-----------	----	-----	---	-----	--	----

Aracely Arevalo G.

ARACELY AREVALO GUEVARA
Jefe de Oficina de Control Interno