



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Bogotá, 11 de julio de 2020

Al contestar por favor cite: 2020110007099-1



05GIS15 – V4 Página 1 de 1

Doctor
EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS

Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Informe pormenorizado del Estado de Control Interno marzo a junio de 2020.

Respetado doctor.

Tal como establece la ley 1474 de 2012, en su Artículo 9º *Reporte del responsable de Control Interno*, adjunto el informe cuatrimestral, pormenorizado de Control Interno, correspondiente al periodo de marzo a junio de 2020.

El informe anexo, dentro de su contenido registra observaciones y/o recomendaciones, de contexto estratégico y adherencia en la alta Dirección, sujetas a las construcciones de acciones de mejora permanentes de competencia de cada uno de los servidores públicos dentro del esquema de tres líneas de defensa.

El presente informe debe servir de insumo para la elaboración del plan de acción del equipo MECI vigencia 2020 y para la elaboración del plan de acción del comité Institucional de gestión y desempeño entre otros.

El informe deberá ser publicado en la página WEB de la E.S.E. Hospital Universitario el link planeación gestión y control/control interno/informes cuatrimestrales/ vigencia 2020, según lo establece la ley

Anexo: 13 folios.

Atentamente,


YETICA JHASVEL HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno

- cc. Dra. LILIANA SOFIA CEPEDA A. – Dir. Científico ✓
- cc. Dra. SANDRA ELIANA RODRIGUEZ G. – Dir. Administrativo ✓
- cc. Lic. NUBIA GUERRERA P. – Dir. Atención al Usuario ✓
- cc. Dr. JOSE JAIME PINZON – Dir. Financiero ✓
- cc. Lic. AITZA VIVIAN CASTAÑEDA – Jefe Of. Asesora de Planeación ✓
- cc. Dra. NEIDY TINJACA R. – Jefe Of. Asesora Jurídica ✓
- cc. Sra NATALIA BARRIOS – Trabajadora en misión ✓



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA	Periodo evaluado: MARZO – JUNIO 2020
		Fecha de elaboración: 16 JULIO DE 2020

El Artículo 133 de la ley 1753 de 2015 (plan nacional de desarrollo 2014-2018) reglamentada por el Decreto 1499 de 2017 que implementa MIPG integra los modelos de gestión del estado ya existentes, los integra con el fin de simplificar la gestión y mejorar los reportes. Por lo anterior en este informe de esbozarán los avances de la estructura del MECI actualizada.

Nota: Se recomienda reactivar el comité institucional de gestión y desempeño MIPG, elaborar y ejecutar el plan de acción que permita medir la mejora, y realizar la autoevaluación de la vigencia 2020.

RESULTADOS DAFP MIPG 2019

DIMENSION	COMPONENTES	CALIFICACIÓN	PUNTAJE MAXIMO DE REFERENCIA
		2019	
D1	Talento Humano	63.2	98
D2	Direccionamiento Estrategico y Planeación	67.5	98
D3	Gestión con valores para resultados	75.2	98
D4	Evaluación de resultados	82	98
D5	Información y Comunicación	75.5	98
D6	Gestión del Conocimiento y la innovación	79.9	98
D7	Control Interno	71.5	98
	Resultado institucional	72.8	98

Es importante que consulten los resultados en la página del DAFP, en donde se encuentra la calificación y mediciones al detalle de todas las políticas, también se encuentran allí las observaciones específicas que el DAFP hizo a cada institución sobre el cual se debe elaborar plan de mejoramiento en el marco del Comité Institucional de gestión y desempeño. Las instrucciones para consultar los resultados fueron socializadas en el Comité Coordinador de Control Interno y puede ser consultada en youtube.

HISTORICO DE CALIFICACIÓN EMITIDA POR EL DAFP

COMPONENTES	CALIFICACIÓN 2018	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	CALIFICACIÓN 2017	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	DIMENSIÓN DE MIPG
Componente de ambiente de control	63,8	98,31	3	66.5	85.5	2	Dimensión de direcciónamiento estratégico y planeación
Componente de gestión del riesgo	52,1	95,50	2	70.0	88.4	3	Dimensión de direcciónamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores para los resultados
Componente de actividades de control	54,3	94,21	2	74.4	90.7	4	Dimensión de direcciónamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores para los resultados

Componente de información y comunicación	64,6	96,82	3	71.8	84.8	4	resultados Dimensión de información y comunicación
Componente de actividades de monitoreo	57,7	98,64	2	72.5	88.1	4	Dimensión de control interno
Resultado institucional	58,6	80,01	2	72.7	87.1	4	
(Nota: el resultado no se obtiene de sumar y dividir las calificaciones de cada dimensión, el resultado está en el informe emitido por el DAFFP y se conocen los parámetros y/o variables estadísticas utilizados)							

RESULTADOS MECI 2019

DIMENSION	COMPONENTES	PUNTAJE CONSULTADO	PUNTAJE MAXIMO DE REFERENCIA
		2019	
C1	CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del Control	65.2	98
C2	CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica el riesgo	67.5	98
C3	CONTROL INTERNO: Actividades de Control Efectivas	76.8	98
C4	CONTROL INTERNO: Información y Comunicación relevante y oportuna para el control	73.8	98
C5	CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora.	84.4	98
Resultado institucional		71.5	98

Según la calificación emitida por el DAFFP la dimensión de control interno pasó de 58,6 a 71.5 ubicándose en el quintil 3. En virtud de lo anterior se recomienda elaborar de manera expedita el plan de acción del equipo MECI con el fin de que se implementes acciones tendientes a mantener el resultado y a mejorarlo teniendo en cuenta que el porcentaje máximo del grupo par fue de 98.

Nota: Los resultados de la calificación obtenida fue socializada al comité Coordinador de Control Interno.

En virtud de lo anterior se recomienda elaborar de manera expedita el plan de acción del equipo MECI con el fin de que se implementes acciones tendientes a mantener el resultado y a mejorarlo teniendo en cuenta que el porcentaje máximo del grupo par fue de 98.

La calificación emitida por el DAFFP se realiza de la siguiente manera: Se agrupan las entidades en grupos pares, los resultados numéricos de las entidades se ordenaron y sub-agruparon en quintiles (cinco categorías cada una con el mismo número de entidades, equivalente al 20% del total de entidades). El quintil es una medida de ubicación que le permitirá a la entidad conocer que tan lejos está del puntaje máximo obtenido dentro del grupo par. Una entidad con buen desempeño estará ubicada en los quintiles más altos (4 y 5), mientras que una entidad con bajo desempeño se ubicara en los quintiles más bajos (1, 2 y 3).

Como se puede observar, la calificación y ubicación en los quintiles se realiza comparándonos con la calificación máxima del grupo par al que pertenecemos. Lo anterior nos indica que la meta a lograr en esta vigencia es alcanzar y/o superar la calificación máxima obtenida en el grupo par, para lo cual se deberán implementar las acciones de mejora en el plan de acción de MIPG que corresponde a las 7 dimensiones para lo cual teniendo en cuenta que no se rindió el informe se deberá elaborar con el autodiagnóstico.

Es importante tener en cuenta que la calificación va de 1 a 100 y que la meta según el DAFFP es mejorar la calificación en 5 puntos para lo cual es importante que :

Se apruebe y ejecute el plan de acción del equipo MECI para lo cual deberán tener en cuenta el último informe cuatrimestral Noviembre 2019-Febrero 2020 y el correspondiente a MARZO 2020 – JUNIO 2020, en lo relacionado con la dimensión de control interno, los resultados de la autoevaluación de la dimensión de control interno y lo establecido en la definición de índices de desempeño que se adjunta, el cual es un documento suministrado por el DAFFP y que se mide y que se espera de la dimensión de control interno y de las demás dimensiones.

HISTORICO DE RESULTADOS MECI

RESULTADOS GENERALES								
DIMENSION	PUNTAJE POR ENTIDAD	QUINTIL GRUPO PAR	PROMEDIO DEL GRUPO PAR	MAXIMO GRUPO PAR	MINIMO DEL GRUPO PAR			
I7 DE CONTROL INTERNO	58,6 MODO ENFOQUE	2 MODO ENFOQUE	60,02	80,01	12,5			
POLITICA								
I16: Control Interno	PUNTAJE POR ENTIDAD 58,6	QUINTIL GRUPO PAR	PROMEDIO DEL GRUPO PAR 60,02	MAXIMO GRUPO PAR 80,01	MINIMO DEL GRUPO PAR 12,5			
INDICE DE DESEMPEÑO DE LOS COMPONENTES DEL MECI								
COMPONENTES	PUNTAJE POR ENTIDAD	QUINTIL GRUPO PAR	PROMEDIO DEL GRUPO PAR	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	MINIMO DEL GRUPO PAR	DIMENSION	RESPONSABLES	LINEAS DE DEFENSA
I74:CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	57,7			98,64		Dimensión de control Interno	Líderes de los procesos. Jefe de Oficina Asesora de Control Interno	SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Jefe de Oficina de planeación Líderes de los procesos Supervisores de los contratos.
I70:CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	63,8			98,31		Direcciónamiento Estratégico y Planeación	Alta Gerencia Comité Directivo	TERCERA LINEA DE DEFENSA Control interno Auditoría interna Planeas de mejoramiento
I73:CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	64,6			96,82		Dimensión de información y comunicación	Dirección administrativa Proceso Gestión de la Información	PRIMERA LINEA DE DEFENSA Nivel Directivo Planes, programas, código de integridad, talento humano
I71:CONTROL INTERNO: Identificación estratégica del riesgo	52,1			95,50		Direcciónamiento Estratégico y Planeación. Dimensión de gestión con valores para resultados	Oficina Asesora de planeación. Comité Directivo Líderes de los procesos.	PRIMERA LINEA DE DEFENSA Nivel Directivo Políticas SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Oficina de planeación (identificación del riesgo - Análisis y valoración del riesgo) Líderes de los procesos (monitoreo y evaluación de controles y riesgos) Supervisores de los contratos
I72:CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	54,3			94,21		Direcciónamiento Estratégico y Planeación. Dimensión de gestión con valores para resultados	Comité Directivo Oficina Asesora de planeación. Líderes de los procesos.	PRIMERA LINEA DE DEFENSA Líderes de los procesos. (supervisando controles y cumplimiento de procesos) PRIMERA LINEA DE DEFENSA Comité Directivo. Monitoreando con indicadores de gestión y políticas de operación (procesos, procedimientos, manuales, guías etc.)
I75:CONTROL INTERNO: Evaluación independiente al sistema de control interno								
En esta ocasión se buscó que la Oficina de Planeación participara en la evaluación independiente al sistema de control interno, teniendo en cuenta que en nuestra entidad no se dio la participación no tenemos calificación. Nota generada por el aplicativo: El índice de evaluación independiente solo aparece para aquellas entidades en las que el jefe de planeación diligenció el FURAG								
INDICE DE DESEMPEÑO DE LAS LINEAS DE DEFENSA							PUNTAJE POR ENTIDAD	
I76: CONTROL INTERNO: Institucionalidad (esquema líneas de defensa) adecuada para la efectividad del control interno. SEGUN ESTA CALIFICACIÓN ESTAMOS EN LA MODO ENFOQUE							59,2	
LE. CONTROL INTERNO LINEA ESTRATEGICA							62,2	
I78:CONTROL INTERNO: Primera Linea de Defensa							61,0	
I79:CONTROL INTERNO: Segunda Linea de Defensa							52,6	
I80:CONTROL INTERNO: Tercera Linea de Defensa							62,2	

Se anexa evaluación del MECI correspondiente al primer semestre de 2020, la cual debe servir como insumo para elaborar los correspondientes planes de mejoramiento

YETICA JHASVEL JERNANDEZ ARIZA

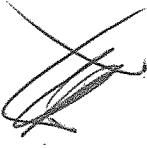
MEDICIÓN ESTADÍSTICA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA ENTIDAD					
No.	Componente de MECI asociado	Líneamiento General por Componente	Literal	Requerimiento asociado al componente	Evidencia de seguimiento al control establecido en el documento de acuerdo con el marco normativo que lo rige
			a	Documento interno o adopción del MECI actualizado	Seguimiento al control (Si. No. En proceso)
			b	Un documento tal como un código de ética, integridad u otra que formula los estándares de conducta, los principios institucionales o los valores del servicio público	Si y se encuentra publicado
			c	Planes, programas y proyectos de acuerdo con las normas que rigen y atañiendo con su propósito fundamental institucional (misión)	Si y se encuentra publicado en la intranet, página WEB Almería, POA, Pl....
			d	Una estructura organizacional formalizada (organigrama)	Ordenanza
			e	Un manual de funciones que describa los empleos de la entidad	Si y se encuentra publicado en la página WEB
			f	La documentación de sus procesos y procedimientos o bien una lista de actividades principales que permitan conocer el estado de su gestión	Si y se encuentra publicado en la intranet y en ALMERA
			g	Vinculación de los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que les rige (carera administrativa, libre nombramiento y remoción, entre otros)	Si, evidencia concursos de méritos realizados
			h	Procesos de inducción, capacitación y bienestar social para sus servidores públicos, de manera directa o en asociación con otras entidades municipales	Si, la evidencia reposa en la dirección de Sub dirección de desarrollo Humano y Personal
			i	Evaluación a los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que le rige	Si, evidencia evaluación por dependencias, publicado en la página web, evaluación de los funcionarios de cartera Administrativa, evidencia en la Sub Dirección de Personal y Desarrollo Humano.
			j	Procesos de desvinculación de servicios de acuerdo con lo previsto en la Constitución Política y las leyes	Si, evidencia en la Sub Dirección de Personal
			k	Mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía	Si, evidencia en la página web de la Entidad y en la oficina de planeación
			l	Presentación oportuna de sus informes de gestión a las autoridades competentes	Si, evidencia en la oficina de Planeación
			a	Identificación de cambios en su entorno que puedan generar consecuencias negativas en su gestión	Oportunidad de mejora
				En proceso	

		b Identificación de aquellos peligros o efectos que pueden afectar el cumplimiento de los planes de la entidad y en general su gestión institucional (riesgos)	En proceso	En en POA Y PI no se observan los riesgos asociados	Oportunidad de mejora
		c Identificación de los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones	Si	Si. Ejecutiva mapa de riesgos publicado en la página web	Mantenimiento del control
		d Si su capacidad e infraestructura lo permite, identificación de riesgos asociados a las tecnologías de la información y las comunicaciones	En proceso	Se debe fortalecer la identificación de estos riesgos	Oportunidad de mejora
		Hacén seguimiento a los Riehmenos (riesgos) que pueden afectar el cumplimiento de sus procesos, programas o proyectos a cargo	En proceso	Se debe fortalecer esta actividad	Oportunidad de mejora
		a Informar de manera periódica a quien corresponda sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos	En proceso	La información en ocasiones no es incluida en los informes de gestión. Los informes de gestión son remitidas por lo tanto la oportunidad de la entrega de la información es baja.	Oportunidad de mejora
		b Identifican deficiencias en las materias de controlar los riesgos o problemas en sus procesos, programas o proyectos, y propone los ajustes necesarios	En proceso	Se debe fortalecer esta actividad	Oportunidad de mejora
		c Se definen espacios de reunión para concertos y proponer acciones para su solución	No		Deficiencia de control
		d Cada líder del equipo autónomamente toma las acciones para solucionarlos.	En proceso		Oportunidad de mejora
		c Se definen hasta que un organismo de control actúa se definen acciones de mejora.	No		Deficiencia de control
		a La definición de acciones o actividades para dar trámite a los problemas, identificados (mitigación de riesgos), incluyendo aquellos asociados a posibles actos de corrupción	En proceso	Se cuenta con mapa de riesgos de corrupción, se identifican controles	Oportunidad de mejora
		b Mecanismos de verificación de si se están o no mitigando los riesgos, o en su defecto, elaboración de planes de contingencia para subsanar sus consecuencias	En proceso	Se cuenta con planes de mejoramiento asociados a los riesgos.	Oportunidad de mejora
		c Planes, acciones o estrategias que permitan substrar las consecuencias de la materialización de los riesgos, cuando se presentan	En proceso	Se cuenta con planes de mejoramiento asociados a los riesgos.	Oportunidad de mejora
		d Un documento que consolide los riesgos y el tratamiento que se les da, incluyendo aquellos que conciernen a los actos de corrupción y si la capacidad e infraestructura lo permite, los asociados con las tecnologías de la información y las comunicaciones	En proceso	Se cuenta con planes de mejoramiento asociados a los riesgos.	Oportunidad de mejora
		e Un plan anticorrupción y de servicio al ciudadano con los temas que le aplican, publicado en algún medio para conocimiento de la ciudadanía	Si	Si. Esta publicado en la página web	Mantenimiento del control
		a Responsables de la información institucional	Si	Se cuenta con oficina de comunicaciones	Mantenimiento del control
		b Canales de comunicación con los ciudadanos	Si	Si. Página web y redes sociales	Mantenimiento del control
		c Canales de comunicación o mecanismos de reporte de información a otros organismos gubernamentales o de control	Si	Si. Pero no se hace mediante aplicativo y/o sistematizado.	Mantenimiento del control
		d Lineamientos para dar tratamiento a la información de carácter reservado	Si	Si. Se cuenta con plan de comunicaciones PECOS	Mantenimiento del control
		e Identificación del informacion que produce en el marco de su gestión (Para los ciudadanos, organismos do control, organismos gubernamentales, ente otros)	En proceso	Se reporta cuando se hace rendición de cuentas. Se debe avanzar publicando por ejemplo los avances del POA Y PI.	Oportunidad de mejora

		f	Identificación de información necesaria para la operación de la entidad (programas, presupuesto, talento humano, infraestructura física y tecnológica)	Si	Si. Esta publicada en la página web	Mantenimiento del control
		g	Si su capacidad o infraestructura le permite, tecnologías de la información y las comunicaciones que soporten estos procesos	Si		Mantenimiento del control
		a	Mecanismos de evaluación de la gestión (cronogramas, indicadores, listas de cheques u otros)	Si	Se cuenta con una batería robusta de indicadores	Mantenimiento del control
		d	Algun mecanismo para a monitorear o supervisar el sistema de control interno institucional, ya sea por parte del representante legal, o del área de control interno (si la entidad cuenta con ella), o bien a través del Comité departamental o municipal de Auditoría.	Si	Se realiza mediante auditorias al MECI y aplicación de encuestas que reportan en planes de mejoramiento.	Mantenimiento del control
	ACTIVIDADES DE MONITOREO	e	Medidas correctivas en base de detectarse deficiencias en los ejercicios de evaluación, seguimiento o auditoría	Si	Estos aspectos están incluidos en el mapa de riesgos del proceso de AUDITORIA Y CONTROL	Mantenimiento del control
		g	Seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con instancias de control internas o externas	Si	Si evidencia en la diligencia de Control Interno	Mantenimiento del control
		h	La entidad participa en el Comité Municipal de Auditoría?	Si	Si. Evidencia en la diligencia de control interno de la Gobernación (actas y listado de asistencia)	Mantenimiento del control
		a	Evitar que los problemas (riesgos) obstaculicen el cumplimiento de los objetivos.	Si	Si. Evidencia actas del comité Directivo y Junta Directiva	Mantenimiento del control
	ACTIVIDADES DE MONITOREO	b	Centilar los puntos críticos en los procesos.	En proceso	Se debe fortalecer esta actividad	Oportunidad de mejora
		c	Disenar acciones adecuadas para controlar los problemas que afectan el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales (riesgos).	En proceso	Se debe fortalecer esta actividad (identificación y gestión de los riesgos)	Oportunidad de mejora
		d	Ejecutar las acciones de acuerdo a como se diseñaron previamente.	En proceso	Se debe fortalecer el diseño de acciones para controlar los riesgos, con el fin de que tengan más efectividad	Oportunidad de mejora
		e	No se gestionan los problemas que afectan el cumplimiento de las funciones y objetivos institucionales(riesgos).	En proceso	Si se gestionan pero se debe fortalecer, la identificación, gestión y monitoreo de los riesgos por parte de todos los responsables de los procesos.	Oportunidad de mejora

ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA LA TÓMADA DE DECISIONES

Clasificación		Observaciones del Control		
			ANEXO CUADRO DE INDICADORES ASPECTOS ESPECIALES	
Mantenimiento del Control	Existe requerimiento para se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.			
Oportunidad de Mejora	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.			
Beficiencia del Control	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.			
RESULTADOS comprobante		FUENTES Y ANÁLISIS Requerimientos establecidos al componente	Seguimiento al control	Observaciones del control
1	Documento interno o adopción del MECI actualizado		Si	
2	Un documento tal como un código de ética, integridad u otro que formalice los estándares de conducta, los principios institucionales o los valores del servicio público		Si	
3	Planes, programas y proyectos de acuerdo con las normas que rigen y atendiendo con su propósito fundamental institucional (misión)		Si	
4	Una estructura organizacional formalizada (organigrama)		Si	
5	Un manual de funciones que describa los empleos de la entidad		Si	
6	La documentación de sus procesos y procedimientos o bien una lista de actividades principales que permitan conocer el estado de su gestión		Si	
7	Vinculación de los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que les rige (carrera administrativa, libre nombramiento y remoción, entre otros)		Si	
8	Procesos de inducción, capacitación y bienestar social para sus servidores públicos, de manera directa o en asociación con otras entidades municipales		Si	
9	Evaluación a los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que le rige		Si	



10	Procesos de desvinculación de servidores de acuerdo con lo previsto en la Constitución Política y las leyes	Si	100%
11	Mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía	Si	100%
12	Presentación oportuna de sus informes de gestión a las autoridades competentes	Si	100%
13	Se definen espacios de reunión para conocerlos y proponer acciones para su solución	No	50%
14	Solamente hasta que un organismo de control actúa se definen acciones de mejora.	No	50%
15	La identificación de cambios en su entorno que pueden generar consecuencias negativas en su gestión	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
16	La identificación de aquellos problemas o aspectos que pueden afectar el cumplimiento de los planes de la entidad y en general su gestión institucional (riesgos)	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
17	Si su capacidad e infraestructura lo permite, identificación de riesgos asociados a las tecnologías de la información y las comunicaciones	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
18	Hacer seguimiento a los problemas (riesgos) que pueden afectar el cumplimiento de sus procesos, programas o proyectos a cargo	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
19	Informan de manera periódica a quien corresponda sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
20	Identifican deficiencias en las maneras de controlar los riesgos o problemas en sus procesos, programas o proyectos, y propone los ajustes necesarios	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
21	Cada líder del equipo autónomamente toma las acciones para solucionarlos.	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
22	La identificación de los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones	Si	100%
23	La definición de acciones o actividades para para dar tratamiento a los problemas identificados (mitigación de riesgos), incluyendo aquello asociados a posibles actos de corrupción	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
24	Mecanismos de verificación de si se están o no mitigando los riesgos, o en su defecto, elaboración de planes de contingencia para subsanar sus consecuencias	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
25	Planes, acciones o estrategias que permitan subsanar las consecuencias de la materialización de los riesgos, cuando se presentan	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
26	Un documento que contiene los riesgos y entramado que se les da, incluyendo aquellos que conlleven posibles actos de corrupción y si la capacidad e infraestructura lo permite, los asociados con las tecnologías de la información	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.

LIMAUACION DEL RIESGO

ACTIVIDADES DE CONTROL

60%

50%

50%

27	Un plan anticorrupción y de servicio al ciudadano con los temas que le aplican, publicado en algún medio para conocimiento de la ciudadanía	Si	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	50%
28	Identificación de información que produce en el marco de su gestión (Para los ciudadanos, organismos de control, organismos gubernamentales, entre otros)	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	50%
29	Responsables de la información institucional	Si	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	100%
30	Canales de comunicación con los ciudadanos	Si	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	100%
31	Canales de comunicación o mecanismos de reporte de información a otros organismos gubernamentales o de control	Si	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	100%
32	Líneamientos para dar tratamiento a la información de carácter reservado	Si	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	100%
33	Identificación de información necesaria para la operación de la entidad (normograma, presupuesto, talento humano, infraestructura física y tecnológica)	Si	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	100%
34	Si su capacidad e infraestructura lo permite, tecnologías de la información y las comunicaciones que soporten estos procesos	Si	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	100%
35	Controlar los puntos críticos en los procesos.	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	50%
36	Diseñar acciones adecuadas para controlar los problemas que afectan el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales (riesgos).	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	50%
37	Ejecutar las acciones de acuerdo a como se diseñaron previamente.	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	50%
38	No se gestionan los problemas que afectan el cumplimiento de las funciones y objetivos institucionales(riesgos).	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	50%
39	Mecanismos de evaluación de la gestión (cronogramas, indicadores, listas de chequeo u otros)	Si	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	100%
40	Algun mecanismo para monitorear o supervisar el sistema de control interno institucional, ya sea por parte del representante legal o del área de control interno (si la entidad cuenta con ella), o bien a través del Comité departamental o municipal de Auditoría.	Si	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	100%

INFORMACION Y COMUNICACION

VIGENCIAS DE MONITOREO

41	Medidas correctivas en caso de detectarse deficiencias en los ejercicios de evaluación, seguimiento o auditoría	Si 100%
42	Seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con instancias de control internas o externas	Si 100%
43	La entidad participa en el Comité Municipal de Auditoría?	Si 100%
44	Evitar que los problemas (riesgos) obstaculicen el cumplimiento de los objetivos.	Si 100%

Nombramiento de la Entidad	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		
Periodo Evaluando:	PRIMER SEMESTRE DE 2020		
Conclusiones Generales sobre la Estructura del Sistema de Control Interno			
<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Sí o en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p> <p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos establecidos? (Sí/no) (Justifique su respuesta):</p> <p>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno con una institucionalidad (líneas de defensa) que le permite la toma de decisiones frente al control (Sí/no) (Justifique su respuesta):</p>			
<p>¿Está cumpliendo los requerimientos?</p> <p>Componente</p>			
<p>EVALUACIONES DE RIESGO</p>			
<p>ALTO DADDES DEL CONTROL</p>			

76%

Estado del sistema de Control Interno de la entidad

En proceso

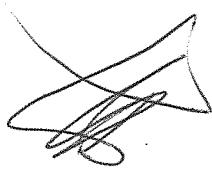
No

No

Sí

No

</div



Zimbra:

cinterno.asistente@hus.org.co

Informe pormenorizado del Estado de Control Interno marzo a junio de 2020

De : Carmen Escamilla Salazar
 <cinterno.asistente@hus.org.co>

jue., 16 de jul. de 2020 11:49

1 ficheros adjuntos

Asunto : Informe pormenorizado del Estado de Control Interno
 marzo a junio de 2020

Para : Edgar Silvio Sanchez Villegas <gerente@hus.org.co>

Para o CC : LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
 <direccion.cientifica@hus.org.co>, Sandra Eliana
 Rodriguez Garcia <administrativa@hus.org.co>,
 Nubia Guerrero Preciado
 <atencionu.direccion@hus.org.co>, JOSE JAIME
 PINZON RIAÑO <financiera.director@hus.org.co>,
 Vivian Castañeda <planeacion.lider@hus.org.co>,
 Neidy Adriana Tinjaca Rueda
 <juridica.asesor@hus.org.co>, Natalia Barrios Prado
 <comunicaciones.lider@hus.org.co>, Yetica
 Hernandez Ariza <cinterno.lider@hus.org.co>

Buenos dias respetados funcionarios.

Adjunto informe enviado por Zimbra y Orfeo para su conocimiento y fines pertinentes.
 Gracias

CARMEN ESCAMILLA SALAZAR

Secretaria
 Oficina de Control Interno
 ESE Hospital Universitario de La Samaritana
 cinterno.asistente@hus.org.co
 Teléfono: 4077075 Ext 10812



 **Aviso Legal:** La información transmitida a través del correo electrónico institucional es confidencial y está dirigida únicamente a su destinatario. Su reproducción, lectura o uso está prohibido a cualquier persona o entidad diferente. La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no se hace responsable por la eventual transmisión de virus o programas dañinos por este conducto.

Las opiniones, conclusiones y otra información contenida en los mensajes de correo no relacionados con el negocio oficial de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se entienden como personales y de ninguna manera serán avalados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

Informe pormenorizado del Estado de Control interno marzo a junio de 2020.pdf

3 MB

Zimbra:**cinterno.asistente@hus.org.co****publicación en página web**

De : Carmen Escamilla Salazar
<cinterno.asistente@hus.org.co>

jue., 16 de jul. de 2020 11:51

1 ficheros adjuntos

Asunto : publicación en página web

Para : Natalia Barrios Prado
<comunicaciones.lider@hus.org.co>

Para o CC : Yetica Hernandez Ariza <cinterno.lider@hus.org.co>

Buenos dias Natalia

Por directriz de la Dra. Yetica Hernandez jefe de la Oficina de control Interno, le solicito publicar en la pagina web de la institución en el siguiente link: planeación gestión y control/control interno/informes cuatrimestrales vigencia 2020. el informe adjunto.

Gracias

**CARMEN ESCAMILLA SALAZAR**

Secretaría
Oficina de Control Interno
ESE Hospital Universitario de La Samaritana
cinterno.asistente@hus.org.co
Teléfono: 4077075 Ext 10812



Aviso Legal: La información transmitida a través del correo electrónico institucional es confidencial y está dirigida únicamente a su destinatario. Su reproducción, lectura o uso está prohibido a cualquier persona o entidad diferente. La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no se hace responsable por la eventual transmisión de virus o programas dañinos por este conducto.

Las opiniones, conclusiones y otra información contenida en los mensajes de correo no relacionados con el negocio oficial de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se entienden como personales y de ninguna manera serán avalados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.



Informe pormenorizado del Estado de Control interno marzo a junio de 2020.pdf

3 MB