

E.S.E. HOSPITAL DE NAZARETH

INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS



CORREGIMIENTO DE NAZARETH MUNICIPIO DE URIBIA LA GUAJIRA SEGUNDO SEMESTRE DEL 2024

INFORME SEGUNDO SEMESTRE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS EN LA E.S.E. HOSPITAL DE NAZARETH, CORREGIMIENTO DE NAZARETH, MUNICIPIO DE URIBIA.

INTRODUCCION

La Ley 1474 de 2011, contempla en su Artículo 76, que, en toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad.

La oficina de control interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular. En la página Web principal de toda entidad pública deberá existir un link de quejas, sugerencias y reclamos de fácil acceso para que los ciudadanos realicen sus comentarios y de igual forma presenten sus denuncias de los actos de corrupción realizados por funcionarios de la entidad de los cuales tengan conocimiento, así como las sugerencias que permitan realizar modificaciones a la manera como se presta el servicio público.

Así mismo la Circular Externa N° 001 del 2011 expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial dan orientaciones a los organismos de la administración pública para el seguimiento a la atención adecuada de los derechos de petición especialmente en sus numerales 1 y 3.

1. Las oficinas de control interno o quien haga sus veces, en cumplimiento de la función de "Evaluar y Verificar la aplicación de los mecanismos de participación Ciudadana", establecida en el artículo 12, literal i) de la ley 87 de 1983, deberá incluir en sus ejercicios de auditoría interna, una evaluación aleatoria a las respuestas dadas por la administración a los derechos de petición formulados por los ciudadanos, con el fin de determinar si estos cumplen con los requisitos de oportunidad y materialidad establecidos por la ley y la jurisprudencia sobre el tema, y de manera consecuente, establecer la necesidad de formular planes institucionales de mejoramiento.

3. Las entidades deberán disponer de un registro público organizado sobre los derechos de petición que les sean formulados, el cual contendrá como mínimo, la siguiente información: El tema o asunto que origina la petición o la consulta, su fecha de recepción o radicación, el termino para resolverla, la dependencia responsable del asunto, la fecha y numero de oficio de respuesta, este registro deberá ser publicada en página web u otro medio que permita a la ciudadanía su consulta y seguimiento.

Con la entrada en vigencia de la ley 1755 de junio del 2015 se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, en la cual se define el objeto y las modalidades de los derechos de petición ante las autoridades (Art. 13) los términos para resolver los derechos de petición (Art.

14) además de otros lineamientos que orientan a las instituciones a dar respuestas a los requerimientos de información de la ciudadanía.

OBJETIVO

Cumplir con lo establecido en el artículo **76 de la ley 1474 de Julio 12 de 2011**, la **Circular Externa N°. 001 del 2011 en su numeral 1** expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial y la **Ley 1755 del 30 de Junio del 2015**, estas tres normas dictan lineamientos para evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana como uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

1. MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. ARTICULO 23. Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta solución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales.

DECRETO 001 DE 1984 "CÓDIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO" ARTICULO 32 Los organismos de la rama ejecutiva del poder público, las entidades descentralizadas del orden nacional, las gobernaciones y las alcaldías de los distritos especiales, deberán reglamentar la tramitación interna de las peticiones que les corresponda resolver, y la manera de atender las quejas por el mal funcionamiento de los servicios a su cargo, señalando para ello plazos máximos según la categoría o calidad de los negocios.

Dichos reglamentos no comprenderán los procedimientos especiales señalados por las leyes para el trámite de asuntos al cuidado de las entidades y organismos indicados, y deberán someterse a la revisión y aprobación de la Procuraduría General de la Nación, la cual podrá pedir el envío de los reglamentos e imponer sanciones por el incumplimiento de los plazos que señale el decreto reglamentario.

ACUERDO NO. 060 DEL 2001 DEL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. Por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas.

LEY 962 DE JULIO 8 DEL 2005. Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos. Art. 6º, 7º, 9º, 15 y 25.

LEY 1474 DEL 12 DE JULIO DE 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Art. 76.

CIRCULAR EXTERNA NO. 001 DEL 2011 expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial dan orientaciones a los organismos de la administración pública para el seguimiento a la atención adecuada de los derechos de petición especialmente en sus numerales 1 y 3.

1. Las oficinas de control interno o quien haga sus veces, en cumplimiento de la función de "Evaluar y Verificar la aplicación de los mecanismos de participación Ciudadana", establecida en el artículo 12, literal i) de la ley 87 de 1983, deberá incluir en sus ejercicios de auditoría interna, una evaluación aleatoria a las respuestas dadas por la administración a los derechos de petición formulados por los ciudadanos, con el fin de determinar si estos cumplen con los requisitos de oportunidad y materialidad establecidos por la ley y la jurisprudencia sobre el tema, y de manera consecuente, establecer la necesidad de formular planes institucionales de mejoramiento.

3. Las entidades deberán disponer de un registro público organizado sobre los derechos de petición que les sean formulados, el cual contendrá como mínimo, la siguiente información: El tema o asunto que origina la petición o la consulta, su fecha de recepción o radicación, el termino para resolverla, la dependencia responsable del asunto, la fecha y numero de oficio de respuesta, este registro deberá ser publicada en página web u otro medio que permita a la ciudadanía su consulta y seguimiento.

LEY 1712 DE 2014 Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

LEY 1755 DEL 30 DE JUNIO DEL 2015 Por medio de la cual se regula el Derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo.

DECRETO 648 DEL 19 DE ABRIL DEL 2017 Artículo 2.2.21.4.9 Informes que debe presentar el Jefe de Control Interno o quienes hagan sus veces.

2. ALCANCE

El presente informe se elabora tomando como fuente la información solicitada a la oficina Jurídica, la oficina de recursos humanos y la oficina sede Riohacha, para lo correspondiente a los Derechos de Petición que son recibidos en la E.S.E Hospital de Nazareth, además de la información pertinente a las Quejas, Reclamos y sugerencias que realizan los usuarios en la oficina de SIAU de manera personal y a través de los buzones de PQRS dispuestos en los centros y puestos de salud de la institución que son recibidos por la trabajadora social de la Oficina de SIAU, para esta nueva vigencia 2024 se habilito el link en la página web institucional

para los ciudadanos y demás interesados puedan realizar las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de información.

3. METODOLOGIA

Para verificar el cumplimiento de los compromisos se tendrá en cuenta las técnicas de auditoria generalmente aceptadas y establecidas en el Manual de Procedimientos de la Oficina de Control Interno tales como la observación, revisión selectiva, indagación, entrevista, comprobación, y otros mecanismos requeridos.

4. EVALUACION.

4.1. Seguimiento al Correcto Funcionamiento de los mecanismos creados para la recepción de las PQRS.

En la ESE Hospital de Nazareth se encuentran establecidos, dos mecanismos para la recepción de las PQRS como son:

I. Atención Personalizada en la Oficina SIAU en la cual se deja constancia de la solicitud haciendo un registro en libro. La cual se encuentra disponible de manera presencial con un horario de 8:00 am a 12:00 y de 2:00 a 6:00 pm.

II. Buzones de PQRS ubicados en los diferentes puntos de atención.

III. Link de la Página web <https://esehospitaldenazareth.gov.co/index.php/informes-pqrs/> al revisar la certificación expedida sobre la cantidad de PQRS radicados por cada mecanismo en el período evaluado se evidencia, que el link de quejas y reclamos se encuentra funcionando normalmente al igual que el correo electrónico de la entidad.

4.2. Seguimiento a los puntos de control del procedimiento adoptado.

Según lo dispuesto en la última norma Ley 1755 del 2015 en su art. 14 expedida por el gobierno nacional, se definen unos términos para resolver las distintas modalidades de peticiones presentadas por los ciudadanos:

I. Quince (15) Días para contestar Quejas, Reclamos y Manifestaciones de tipo General

II. Diez (10) Días para contestar peticiones de Documentos.

III. Treinta (30) Días para contestar consultas.

Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en el presente artículo expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el

plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto en este artículo.

En los demás aspectos se aplicará lo dispuesto en la Ley 1437 de 2011.

4.2. Seguimiento a las respuestas oportunas de los PQRS y Derechos de Petición.

Este proceso se lleva a cabo en la entidad cumpliendo con los procedimientos establecidos para dar respuesta oportuna a cada una de las Peticiones Quejas y Reclamos.

Teniendo en cuenta que este proceso se lleva en puesto de trabajos diferentes, además de no contar con un sistema de información y atención al ciudadano resulta una tarea difícil lograr realizar un seguimiento y evaluación veraz a las repuestas oportunas de las PQRS que llegan a la administración, desde la oficina de control interno se sugirió a las distintas áreas un formato para el registro de las PQRS la cual se realiza manualmente lo cual genera incertidumbre de la correcta manipulación y diligenciamiento oportuno.

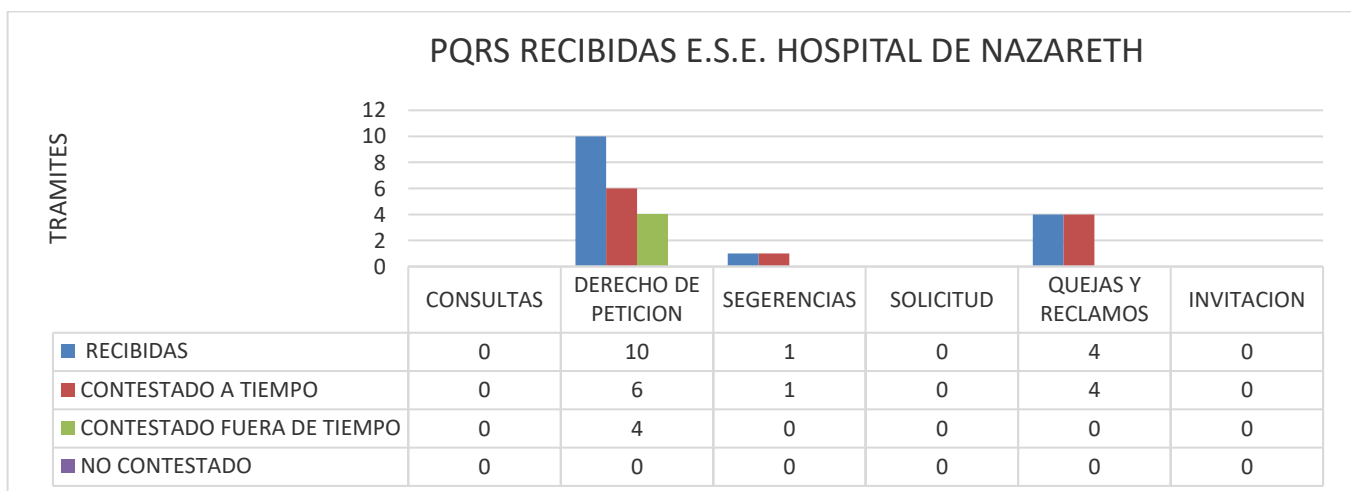
4.2. 1. Oficina Secretaria General sede Riohacha.

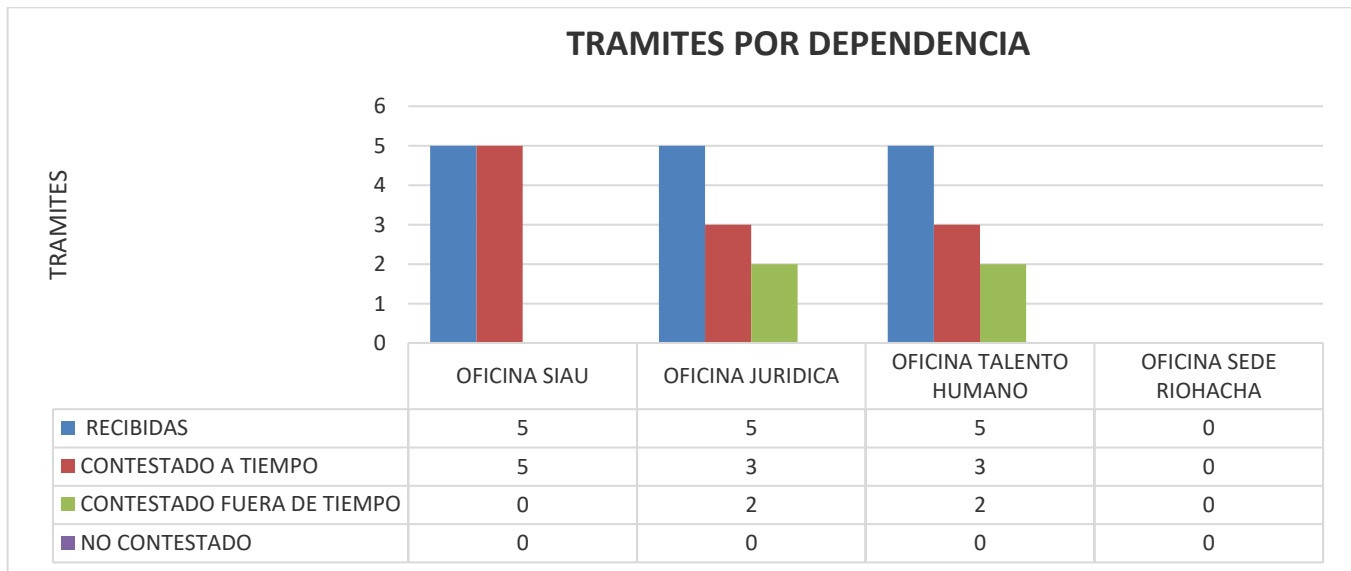
La correspondencia es recibida en la oficina secretaria general sede Riohacha en un puesto de control de entrada al público por un funcionario, quien las envían a cada dependencia según corresponda, Este trámite no se encuentra sistematizado y solo se llevan registro en libros y es difícil consolidar la información y verificar en detalle las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias que fueron radicados y respondido a tiempo. De igual manera este se encarga de revisar la correspondencia que llega por correo institucionales como: hospitalnazareth@hotmail.com, la cual remite a la dependencia a la cual pertenezca por correo, pero no existe un control que permita saber si fue respondida o no a tiempo.

A continuación, se detalla el total de las PQRS recibidas en el segundo semestre de 2024 en la entidad según lo relacionado por cada dependencia responsable.

Se recibieron un total de 15 PQRS discriminado de la siguiente.

Grafica 1. Total PQRS. E.S.E. Hospital de Nazareth de Uribía





Podemos Observar en la gráfica que las oficinas reportan la misma cantidad en número de las PQRS recibidas, con 15 del total.

5. CONCLUSIONES

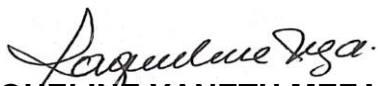
Se analizó el 100% de la muestra de la base de datos de los PQRS correspondiente al segundo semestre de 2024 y se evidencia lo siguiente:

- La oficina de la secretaria general con sede Riohacha no presenta información concerniente al cumplimiento de estas normas, cabe resaltar que la atención y servicio de excelencia a los ciudadanos, no es exclusiva de algunos pocos miembros de la entidad, tampoco es una obligación que se impone; por el contrario, es un mandamiento natural que está ligado de manera intrínseca a la misión institucional y, por ende, debe ser aplicado por todos los miembros en el desarrollo de sus funciones públicas.
- Se sigue observando el desinterés de los usuarios de formalizar sus peticiones, quejas, reclamos y solicitudes utilizando los canales y medios dispuestos por la ESE para ser recibidas y atendidas. Teniendo en cuenta que constantemente se les dictan charlas de derechos y deberes de los usuarios y la forma en que pueden interponer una queja, reclamo, sugerencia o felicitación.
- La Oficina de SIAU con el apoyo de la oficina de comunicaciones ha venido trabajando en el fortalecimiento de su estrategia de publicidad y socialización de las actividades que se desarrollan, además de la información a través de los medios y canales disponibles para la comunidad y demás grupos de interés, con el cual se puedan conocer las inquietudes, peticiones, quejas y reclamos en la atención y servicios que presta el hospital.

- Existe imparcialidad en el análisis del caso objeto de la queja o reclamo realizado por el usuario, donde se escucha la versión de las partes, en la que se proponen soluciones y se adquieren compromisos para mejorar la atención en el servicio.
- No se realiza el seguimiento a algunos correos institucionales para determinar las PQRS que llegan a estos por parte de la oficina encargada de las PQRS.
- Existe deficiencia en el registro y control de las PQRS.
- La entidad necesita con urgencia implementar un sistema para atención del ciudadano que garantice la veracidad en los reportes, mayor control de la información que entra y sale y la satisfacción del ciudadano ya que recibirían respuestas oportunas y de calidad.

6. RECOMENDACIONES

- ✓ La atención y el servicio a los ciudadanos debe ser uno de los aspectos de mayor relevancia en una administración por esta razón se deben encaminar metas hacia la prestación de un servicio al ciudadano claro, transparente, eficaz, eficiente.
- ✓ Como entidad al servicio de los ciudadanos por mandato constitucional, es esencial tener definidos claramente los derroteros y maneras en que deben responder nuestros funcionarios ante cualquier requerimiento de los usuarios, sean ellos externos o internos.
- ✓ Brindar un servicio de manera adecuada; con calidez y respeto hacia nuestros usuarios, atentos a sus expectativas, escuchar con esmero, comprender y mostrar interés por sus necesidades, y realizar un acompañamiento permanente en la gestión de sus requerimientos permitirá hacer la diferencia, conquistando la satisfacción, confianza y preferencia de nuestros ciudadanos.
- ✓ Organizar y Documentar el proceso de gestión documental en lo correspondiente a la radicación y trazabilidad de los derechos de petición y demandas que se reciben en la institución implementando la ventanilla única de correspondencia.
- ✓ Seguir socializando con la población usuaria de la ESE la manera en que se debe realizar sus peticiones, quejas y reclamos, utilizando los medios dispuestos por la entidad para su atención, con lo que se crea el compromiso y el deber institucional de darle trámite y respuesta a su PQRS de manera oportuna.



JAQUELINE YANETH MEZA FAJARDO

Jefe Oficina de Control Interno.

"El Control Interno Somos Todos, Bienestar y Salud para el pueblo wayuu"

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SISTEMA DE CONTROL INTERNO
Entidades Pequeñas
(instrucciones para su diligenciamiento)

Teniendo en cuenta que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015", se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, modelo que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la 7a dimensión del mismo. Esta estructura requiere de un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, este último, aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

Teniendo en cuenta lo anterior y dada la necesidad de dar cumplimiento a la dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, el presente formatobusca que las entidades cuenten con una herramienta para evaluar sus Sistemas de Control Interno de manera integral y permitirle al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces llevar a cabo el informe de evaluación independiente sobre el mismo para su publicación cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad. La estructura propuesta es diferencial para aquellas entidades de municipios de 6a categoría (Personerías y Concejos Municipales) que son entidades con 1 y hasta 5 servidores en sus plantas de personal. Estas entidades deben tener en cuenta que de acuerdo con el parágrafo del artículo ARTÍCULO 2.2.22.2.1. del Decreto 1499 de 2017, las políticas de gestión y desempeño contenidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, deben ser aplicadas acorde con las normas que las regulan, por lo que deben analizar dichas políticas e implementarlas en armonía con el MEC

Orientaciones Generales

El archivo contiene las siguientes hojas:

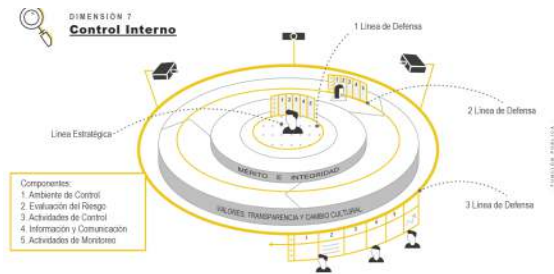
- **1 Pestaña que desarrolla la estructura para evaluar el estado del Sistema de Control Interno:** Se desagrega en "Ambiente de Control", "Evaluación de riesgos", "Actividades de control", "Información y Comunicación", y "Actividades de Monitoreo", componentes actuales del Modelo Estándar de Control Interno MECI. La estructura es la siguiente para el diligenciamiento:

Columna	Descripción
Componente del MECI asociado	Esta columna define los componentes del MECI.
Lineamiento General por Componente	En esta columna establece el lineamientos general para cada uno de los componentes del MECI
Requerimiento Asociado al Componente	Se muestran una serie de preguntas con 3 opciones de respuesta así: 1. SI 2.NO 3. EN PROCESO
Evidencia de Seguimiento al Control	Establezca actividades adelantadas de aplicación del documento o elemento antes identificado (esto cuando se responde SI o bien EN PROCESO)

- **Análisis de Resultados:** Esta hoja permite consolidar los resultados para cada componente evaluado.

Clasificación	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control	Existe requerimiento pero 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
Deficiencia del Control	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debere generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento .

- **Conclusiones:** Esta hoja permite establecer el estado del Sistema de Control Interno evaluado, información a partir de la cual se definen las acciones de mejora correspondientes. Esta hoja será el informe para publicación en página web, o bien para ubicar en un lugar visible en la sede de la entidad (esto para aquellas que no cuentan con conectividad o página web en operación).



MEDICION ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA ENTIDAD

No.	Componente del MECI asociado	Lineamiento General por Componente	Literal	Requerimiento asociado al componente	Seguimiento al control (Si, No, En proceso)	Evidencia de seguimiento al control (Establezca actividades adelantadas de aplicación del documento o elemento antes identificado, esto cuando se responde SI o bien EN PROCESO)	Evaluación
1	AMBIENTE DE CONTROL	El ambiente de control institucional está integrado por todas esas condiciones mínimas que debe garantizar cualquier entidad pública para el ejercicio del control interno. Para el caso de su entidad indique si	a	Documento interno o adopción del MECI actualizado	Si	Se tiene elaborado y adoptado mediante acto administrativo la implementación del MECI y la actualización del modelo con las Resoluciones N° 850 del 2014 y la Resolución N° 019 del 2018	Mantenimiento del control
			b	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	Se tiene Adoptado el Código de integridad de la ESE Hospital de Nazareth mediante la Resolución N° 242 del 2018	Mantenimiento del control
			c	Planes, programas y proyectos de acuerdo con las normas que rigen y atendiendo con su propósito fundamental institucional (misión)	Si	Se elaboraron los planes y programas del 2024, documentos que están aprobados con la Resolución N° 001 del 02 de Enero 2024. Estos planes fueron publicadas en la página web institucional en el link de acceso. http://esehospitaldenazareth.gov.co/index.php/gestion-y-control/planeacion-institucional .	Mantenimiento del control
			d	Una estructura organizacional formalizada (organigrama)	En proceso	Aunque se tiene adoptada una estructura organizacional mediante acuerdo de Junta Directiva N° 011 del 2016, es necesario hacer una actualización al organigrama de la institución ya que el aprobado no se ajusta a la Estructura real de la entidad.	Oportunidad de mejora
			e	Un manual de funciones que describa los empleos de la entidad	Si	El manual de funciones del Hospital fue Ajustado y aprobado por Junta Directiva con el Acuerdo N° 006 del 2020	Mantenimiento del control
			f	La documentación de sus procesos y procedimientos o bien una lista de actividades principales que permitan conocer el estado de su gestión	En proceso	Se tienen documentados los Procesos y procedimientos de cada área del Hospital, sin embargo estas deben ser ajustadas y actualizadas. En razón a los cambios que se han venido dando en la institución	Oportunidad de mejora
			g	Vinculación de los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que les rige (carrera administrativa, libre nombramiento y remoción, entre otros)	En proceso	El área de recursos Humanos tiene identificado y caracterizados los funcionarios de la entidad, así como su tipo de vinculación, se debe hacer una revisión del plan de cargos de la institución para realizar los ajustes pertinentes en la planta de personal de la institución	Oportunidad de mejora

No.	Componente del MECI asociado	Lineamiento General por Componente	Líteral	Requerimiento asociado al componente	Seguimiento al control (Si, No, En proceso)	Evidencia de seguimiento al control (Establezca actividades adelantadas de aplicación del documento o elemento antes identificado, esto cuando se responde SI o bien EN PROCESO)	Evaluación
		se cuenta con:	h	Procesos de inducción, capacitación y bienestar social para sus servidores públicos, de manera directa o en asociación con otras entidades municipales	Si	El Hospital de Nazareth tiene elaborado y publicado en la pagina web institucional el plan anual de capacitacion y formacion institucional, al igual lo hizo con el plan de bienestar social, e incentivos para la vigencia 2024, planes se cumplieron parcialmente y estan publicados en: Bienestar e Incentivos: http://esehospitaldenazareth.gov.co/index.php/plan-de-bienestar-social-capacitacion-e-incentivos/plan-de-bienestar-social-capacitacion-e-incentivos-2024 Capacitacion y Formacion: http://esehospitaldenazareth.gov.co/index.php/plan-anual-de-formacion-y-capacitacion/plan-anual-de-formacion-y-capacitacion-2024	Mantenimiento del control
			i	Evaluación a los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que le rige	Si	http://esehospitaldenazareth.gov.co/index.php/plan-de-bienestar-social-capacitacion-e-incentivos/plan-de-bienestar-social-capacitacion-e-incentivos-2024	Mantenimiento del control
			j	Procesos de desvinculación de servidores de acuerdo con lo previsto en la Constitución Política y las leyes	No	Aun cuando se tiene documentado y caracterizada la actividad en el manual de Procesos y Procedimientos, estos NO se cumplen como tal	Deficiencia de control
			k	Mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía	Si	El evento de Audiencia Publica de Rendicion de cuentas de la Vigencia 2023, fue realizada exitosamente el pasado 21 de Marzo del 2024.	Mantenimiento del control
			l	Presentación oportuna de sus informes de gestión a las autoridades competentes	En proceso	Algunos de los informes a los entes de control se estan entregando de manera extemporanea, lo cual se esta convirtiendo en un inconveniente serio para la administracion.	Oportunidad de mejora
2	EVALUACION DEL RIESGO	Toda entidad debe identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Para el caso de su entidad indique si se cuenta con:	a	Identificación de cambios en su entorno que pueden generar consecuencias negativas en su gestión	Si	La oficina de Control Interno y la Coordinacion de calidad en el ejercicio de auditoria, hemos venido identificando las situaciones que ponen en riesgo los procesos del Hospital, los cuales son reportados al comité de calidad y al comité de coordinación de control interno para su conocimiento, e intervencion con la implementaciones de acciones correctivas que eviten la materializacion de suceso que impidan obtener el resultado esperado.	Mantenimiento del control
			b	Identificación de aquellos problemas o aspectos que pueden afectar el cumplimiento de los planes de la entidad y en general su gestión institucional (riesgos)	Si	Se identifican los problemas que afectan el cumplimiento de los planes de la entidad y son reportados a la gerencia y al comité de coordinacion de control interno.	Mantenimiento del control
			c	Identificación de los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones	En proceso	Para la vigencia 2024 , se elaboro la matriz de riesgos de corrupcion de la entidad, aunque se elaboro de manera tardia y se dificulta el seguimiento.	Oportunidad de mejora

No.	Componente del MECI asociado	Lineamiento General por Componente	Literal	Requerimiento asociado al componente	Seguimiento al control (Si, No, En proceso)	Evidencia de seguimiento al control (Establezca actividades adelantadas de aplicación del documento o elemento antes identificado, esto cuando se responde SI o bien EN PROCESO)	Evaluación
			d	Si su capacidad e infraestructura lo permite, identificación de riesgos asociados a las tecnologías de la información y las comunicaciones	No	La infraestructura tecnologica de la institucion es muy fragil, y se evidencian muchos problemas a causa de la conectividad, carencia de equipos tecnologicos y una red que debe ser mejorada	Deficiencia de control
3	EVALUACION DEL RIESGO	Los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad junto con sus equipos de trabajo:	a	Hacen seguimiento a los problemas (riesgos) que pueden afectar el cumplimiento de sus procesos, programas o proyectos a cargo	Si	Se viene reportando a la Gerencia y al comité coordinador de control interno los problemas que se vienen evidenciando en las auditorias internas y externas, para que sean formulados por parte de los responsables del proceso, las acciones de mejora a implementar	Mantenimiento del control
			b	Informan de manera periódica a quien corresponda sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos	Si	Se reporta con cierta regularidad a la gerencia y/o al responsable del proceso donde se evidencia la inconsistencias, cual es la accion inadecuada que debe ser intervenida y se le debe realizar las mejoras correspondientes	Mantenimiento del control
			c	Identifican deficiencias en las maneras de controlar los riesgos o problemas en sus procesos, programas o proyectos, y propone los ajustes necesarios	Si	con la identificacion de las deficiencias en los procesos auditados se hacen las recomendaciones respectivas para su mejoramiento	Mantenimiento del control
4	EVALUACION DEL RIESGO	Para el manejo de los problemas que afectan el cumplimiento de las metas u objetivos institucionales (riesgos), el jefe de control interno o quien haga sus veces, ha podido evidenciar si en la entidad:	a	Se definen espacios de reunión para conocerlos y proponer acciones para su solución	En proceso	Se han venido proponiendo reuniones de comites tecnicos para exponer las situaciones que afectan los procesos, para que de manera conjunta con el equipo de trabajo se analicen los errores y se definan las acciones correctivas que permitan mejorar el proceso	Oportunidad de mejora
			b	Cada líder del equipo autónomamente toma las acciones para solucionarlos.	No	Aunque se les da autonomia a los lideres de procesos para realizar las acciones de mejora muy pocos realizan esta labor.	Deficiencia de control
			c	Solamente hasta que un organismo de control actúa se definen acciones de mejora.	Si	En la mayoría de los casos cuando el organismo de control o las entidades que realizan auditorias encuentran los hallazgos, son implementadas y aplicadas las acciones de mejora en el proceso	Mantenimiento del control
5	ACTIVIDADES DE CONTROL	Una vez identificados los problemas que afectan el cumplimiento de los planes de la entidad o su gestión institucional, la entidad debe diseñar los controles o mecanismos para darles tratamiento. Para el caso de su	a	La definición de acciones o actividades para para dar tratamiento a los problemas identificados (mitigación de riesgos), incluyendo aquellos asociados a posibles actos de corrupción	Si	Se elaboran planes de mejoramiento que formulen acciones correctivas para mejorar el proceso, haciendo acompañamiento por parte de control interno.	Mantenimiento del control
			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 elaboran planes de mejoramiento que formulen acciones correctivas para mejorar el proceso, sin embargo se estan cumpliendo parcialmente.	Oportunidad de mejora
			c	Planes, acciones o estrategias que permitan subsanar las consecuencias de la materialización de los riesgos, cuando se presentan	En proceso	Aunque se tienen formulados planes institucionales que son evaluados periodicamente para verificar su cumplimiento, los informes que se presentan con el avance de cumplimiento no son tenidos en cuenta para la formulacion y aplicación de acciones de mejora	Oportunidad de mejora

No.	Componente del MECI asociado	Lineamiento General por Componente	Literal	Requerimiento asociado al componente	Seguimiento al control (Si, No, En proceso)	Evidencia de seguimiento al control (Establezca actividades adelantadas de aplicación del documento o elemento antes identificado, esto cuando se responde SI o bien EN PROCESO)	Evaluación
		para darles tratamiento. Para el caso de su entidad indique si se cuenta con:	d	Un documento que consolide los riesgos y el tratamiento que se les da, incluyendo aquellos que conllevan posibles actos de corrupción y si la capacidad e infraestructura lo permite, los asociados con las tecnologías de la información y las comunicaciones	En proceso	El Hospital Tiene elaborado la matriz de riesgo de corrupcion del 2024	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	se elaboro el plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano y fue socializado y publicado en la pagina web del hospital link de acceso http://esehospitaldenazareth.gov.co/index.php/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano/plan-de-anticorrupcion-2024	Mantenimiento del control
6	INFORMACION Y COMUNICACIÓN	Las entidades deben procurar, de acuerdo con sus propias capacidades internas, que la información y la comunicación que requiere para su gestión y control interno fluya de manera clara. Acorde con lo anterior, indique si se cuenta con:	a	Responsables de la información institucional	No	Aun cuando el Hospital cuenta con las oficinas de sistemas de informacion y tecnologia, de Comunicaciones, archivos y gestion documental, el proceso de radicacion y seguimiento a la trazabilidad de la informacion No se cumple de manera efectiva.	Deficiencia de control
			b	Canales de comunicación con los ciudadanos	Si	Dispone de una pagina web institucional y correos electronicos institucionales, para mantener una comunicacion constante con los ciudadanos http://esehospitaldenazareth.gov.co/index.php	Mantenimiento del control
			c	Canales de comunicación o mecanismos de reporte de información a otros organismos gubernamentales o de control	En proceso	Aunque Dispone de correos electronicos institucionales para la recepcion y presentacion de la informacion, esta herramienta No esta siendo utilizada por la gran mayoría los funcionarios de la institucion.	Oportunidad de mejora
			d	Lineamientos para dar tratamiento a la información de carácter reservado	No	Es una labor de Gestion Documental y de archivo, que No ha sido realizada en el Hospital	Deficiencia de control
			e	Identificación de información que produce en el marco de su gestión (Para los ciudadanos, organismos de control, organismos gubernamentales, entre otros)	No	No se ha realizado en el Hospital de Nazareth	Deficiencia de control
			f	Identificación de información necesaria para la operación de la entidad (normograma, presupuesto, talento humano, infraestructura física y tecnológica)	En proceso	Se ha venido trabajando en la identificacion de la informacion institucional con la actualizacion de la pagina web, pero ha sido muy complicado por el poco compromiso de algunas areas, en desarrollar las actividades requeridas que permitan cumplir con la labor	Oportunidad de mejora
			g	Si su capacidad e infraestructura lo permite, tecnologías de la información y las comunicaciones que soporten estos procesos	En proceso	Se ha venido trabajando en el mejoramiento de la infraestructura tecnologica de la entidad, implementando un nuevo software administrativo, financiero y asistencial que ayude a simplificar y dinamizar procesos	Oportunidad de mejora
			a	Mecanismos de evaluación de la gestión (cronogramas, indicadores, listas de chequeo u otros)	En proceso	Aunque se tienen formulados indicadores y listas de chequeo para la evaluacion y monitoreo de la gestion de cada area, NO son evaluados ni Revisados por los directivos de la entidad.	Oportunidad de mejora

No.	Componente del MECI asociado	Lineamiento General por Componente	Literal	Requerimiento asociado al componente	Seguimiento al control (Si, No, En proceso)	Evidencia de seguimiento al control (Establezca actividades adelantadas de aplicación del documento o elemento antes identificado, esto cuando se responde SI o bien EN PROCESO)	Evaluación
7	ACTIVIDADES DE MONITOREO	Las entidades deben valorar: la eficiencia y eficacia de su gestión y la efectividad del control interno de la entidad pública con el propósito de detectar desviaciones y generar recomendaciones para la mejora. Para el caso de su entidad indique si se cuenta con:	d	Algún 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 realiza auditoría interna para evaluar la efectividad de los procesos, y el informe de resultados es presentado al comité institucional de coordinación de control interno; además son elaborados los diferentes informes que por normativa deben ser presentados a la gerencia y publicados en la web institucional,	Mantenimiento del control
			f	Medidas correctivas en caso de detectarse deficiencias en los ejercicios de evaluación, seguimiento o auditoría	En proceso	Muy pocos procesos cumplen con la formulación de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías, sin embargo la oficina de control interno sigue insistiendo en la necesidad y el deber que tienen los funcionarios y contratistas de cumplir con la formulación y cumplimiento de ellos	Oportunidad de mejora
			g	Seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con instancias de control internas o externas	Si	De las Auditorías realizadas en la vigencia 2024, se han realizado seguimientos paulatinamente por parte de control interno.	Mantenimiento del control
8	ACTIVIDADES DE MONITOREO	¿La entidad ha solicitado hacer parte del Comité Municipal de Auditoría, a efectos de contar con un escenario para compartir buenas prácticas en materia de control interno, así como analizar la viabilidad de contar como mínimo con un proceso auditor en la vigencia?	h	La entidad participa en el Comité Municipal de Auditoría?	Si	Se tiene conformado el comité territorial de control interno, en la cual se han realizado reuniones tratando estos temas con el fin de fortalecer la labor de auditoría	Mantenimiento del control
9	ACTIVIDADES DE MONITOREO	El jefe de control interno o quien haga sus veces, ha podido evidenciar si en la entidad el manejo que se ha hecho a los problemas que afectan el cumplimiento de sus metas y objetivos (riesgos) le ha permitido:	a	Evitar que los problemas (riesgos) obstaculicen el cumplimiento de los objetivos.	En proceso	No se cumple en la ESE Hospital de Nazareth, pues los riesgos aunque son evaluados y reportados a la gerencia y comité coordinador de control interno, poco se hace para mitigarlos	Oportunidad de mejora
			b	Controlar los puntos críticos en los procesos.	No	No se cumple en la ESE Hospital de Nazareth	Deficiencia de control
			c	Diseñar acciones adecuadas para controlar los problemas que afectan el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales (riesgos).	No	Se está tratando de implementar acciones que lleven a corregir esas situaciones que están afectando el logro de los objetivos institucionales pero no ha sido posible.	Deficiencia de control
			d	Ejecutar las acciones de acuerdo a como se diseñaron previamente.	No	No se cumple en la ESE Hospital de Nazareth	Deficiencia de control
			e	No se gestionan los problemas que afectan el cumplimiento de las funciones y objetivos institucionales (riesgos).	No	Se exponen aquellos problemas que afectan el logro de los objetivos en los comités institucionales, pero rara vez son gestionados o corregidos.	Deficiencia de control

ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

Clasificación	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control	Existe requerimiento pero 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.
Deficiencia del Control	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.

RESULTADOS	FUENTE DEL ANALISIS		Seguimiento al control	OBSERVACIONES DEL CONTROL
	componente	Requerimiento asociado al componente		
1	ENTE DE CONTROL	Procesos de desvinculación de servidores de acuerdo con lo previsto en la Constitución Política y las leyes	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.
2		Una estructura organizacional formalizada (organigrama)	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
3		La documentación de sus procesos y procedimientos o bien una lista de actividades principales que permitan conocer el estado de su gestión	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
4		Vinculación de los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que les rige (carrera administrativa, libre nombramiento y remoción, entre otros)	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
5		Presentación oportuna de sus informes de gestión a las autoridades competentes	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
6		Documento interno o adopción del MECI actualizado	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
7		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	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO-ASPECTOS PARTICULARES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE
0%	75%
50%	
50%	
50%	
50%	
100%	
100%	

RESULTADOS	FUENTE DEL ANALISIS		Seguimiento al control	OBSERVACIONES DEL CONTROL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO-ASPECTOS PARTICULARES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE
	componente	Requerimiento asociado al componente				
8	AMB	Planes, programas y proyectos de acuerdo con las normas que rigen y atendiendo con su propósito fundamental institucional (misión)	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	70%
9		Un manual de funciones que describa los empleos de la entidad	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	
10		Procesos de inducción, capacitación y bienestar social para sus servidores públicos, de manera directa o en asociación con otras entidades municipales	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	
11		Evaluación a los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que le rige	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	
12		Mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	
13	EVALUACION DEL RIESGO	Si su capacidad e infraestructura lo permite, identificación de riesgos asociados a las tecnologías de la información y las comunicaciones	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.	0%	
14		Cada líder del equipo autónomamente toma las acciones para solucionarlos.	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.	0%	
15		La identificación de los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	50%	
16		Se definen espacios de reunión para conocerlos y proponer acciones para su solución	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.	50%	
17		La identificación de cambios en su entorno que pueden generar consecuencias negativas en su gestión	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	
18		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)	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	
19		Hacen seguimiento a los problemas (riesgos) que pueden afectar el cumplimiento de sus procesos, programas o proyectos a cargo	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	100%	

RESULTADOS	FUENTE DEL ANALISIS		Seguimiento al control	OBSERVACIONES DEL CONTROL
	componente	Requerimiento asociado al componente		
20		Informan de manera periódica a quien corresponda sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
21		Identifican deficiencias en las maneras de controlar los riesgos o problemas en sus procesos, programas o proyectos, y propone los ajustes necesarios	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
22		Solamente hasta que un organismo de control actúa se definen acciones de mejora.	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
23	ACTIVIDADES DE CONTROL	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.
24		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.
25		Un documento que consolide los riesgos y el tratamiento que se les da, incluyendo aquellos que conllevan posibles 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 encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
26		La definición de acciones o actividades para para dar tratamiento a los problemas identificados (mitigación de riesgos), incluyendo aquellos asociados a posibles actos de corrupción	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
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	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
28	CACIÓN	Responsables de la información institucional	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.
29		Lineamientos para dar tratamiento a la información de carácter reservado	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO-ASPECTOS PARTICULARES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE
100%	
100%	
100%	
50%	70%
50%	
50%	
100%	
100%	
0%	
0%	

RESULTADOS	FUENTE DEL ANALISIS		Seguimiento al control	OBSERVACIONES DEL CONTROL
	componente	Requerimiento asociado al componente		
30	INFORMACION Y COMUNI	Identificación de información que produce en el marco de su gestión (Para los ciudadanos, organismos de control, organismos gubernamentales, entre otros)	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.
31		Canales de comunicación o mecanismos de reporte de información a otros organismos gubernamentales o de control	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
32		Identificación de información necesaria para la operación de la entidad (normograma, presupuesto, talento humano, infraestructura física y tecnológica)	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
33		Si su capacidad e infraestructura lo permite, tecnologías de la información y las comunicaciones que soporten estos procesos	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
34		Canales de comunicación con los ciudadanos	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
35	ACTIVIDADES DE MONITOREO	Controlar los puntos críticos en los procesos.	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.
36		Diseñar acciones adecuadas para controlar los problemas que afectan el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales (riesgos).	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.
37		Ejecutar las acciones de acuerdo a como se diseñaron previamente.	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.
38		No se gestionan los problemas que afectan el cumplimiento de las funciones y objetivos institucionales(riesgos).	No	No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.
39		Mecanismos de evaluación de la gestión (cronogramas, indicadores, listas de chequeo u otros)	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO-ASPECTOS PARTICULARES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE
0%	36%
50%	
50%	
50%	
100%	
0%	45%
0%	
0%	
0%	
50%	

RESULTADOS	FUENTE DEL ANALISIS		Seguimiento al control	OBSERVACIONES DEL CONTROL
	componente	Requerimiento asociado al componente		
40		Medidas correctivas en caso de detectarse deficiencias en los ejercicios de evaluación, seguimiento o auditoría	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
41		Evitar que los problemas (riesgos) obstaculicen el cumplimiento de los objetivos.	En proceso	Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.
42		Algún 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	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
43		Seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con instancias de control internas o externas	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
44		La entidad participa en el Comité Municipal de Auditoría?	Si	Existe requerimiento pero se requiere actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO-ASPECTOS PARTICULARES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE
50%	
50%	
100%	
100%	
100%	

Nombre de la Entidad:

E.S.E Hospital de Nazareth

Periodo Evaluado:

Julio a Diciembre del 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

59%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>No</p>	<p>La oficina de control interno ha venido insistiendo en la aplicación de los controles y el cumplimiento de los procesos estipulados en los manuales institucionales, se observan procesos que No cumplen con la labor de manera efectiva, y que apesar de las observaciones y recomendaciones realizadas en las auditorias internas y externas siguen mostrando deficiencias. Se ha recomendado Actualizar el Manual de Procesos y Procedimientos de la ESE Hospital de Nazareth</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>No</p>	<p>El sistema de control interno No esta siendo efectivo para el cumplimiento de los objetivos evaluados, donde es evidente la falta de compromiso de algunas areas de la entidad, que no estan cumpliendo con las acciones sugeridas para a la implementacion efectiva del modelo y la prevencion del riesgo.</p>
<p>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):</p>	<p>No</p>	<p>Aunque existen lideres y coordinadores de procesos que actuan como responsables de las lineas de defensa, No se ve el interes de los funcionarios en participar y apropiarse de las labores de implementacion del modelo, en algunos casos por desconocimiento de sus roles o funciones, o por que no ven la necesidad de reorganizar sus procesos ya que historicamente han venido realizando sus labores mecanicamente basados en una constumbre.</p>

Componente

¿se esta cumpliendo los requerimientos ?

Nivel de Cumplimiento componente

Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente

Componente	¿se esta cumpliendo los requerimientos ?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente
<p style="text-align: center;">AMBIENTE DE CONTROL</p>	<p>Si</p>	<p>75%</p>	<p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se debe seguir insistiendo a los lideres de procesos, implementar las acciones para cumplir con lo formulado en los planes institucionales. *No se tiene actualizado el Manual de procesos y procedimientos de la entidad teniendo en cuentas los cambios surtidos en los algunos procesos. <p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se tiene elaborado y aprobado por resolucion los planes operativos institucionales del 2024 *Se tiene elaborado, aprobado y socializado el codigo de integridad *La oficina de control interno presento a la gerencia y al comite de coordinacion de control interno El plan anual de Auditoria para la vigencia 2024. * Se elaboro la Evaluacion de Desempeño Institucional a los funcionarios de carrera de la ESE Hospital de Nazareth
<p style="text-align: center;">EVALUCION DEL RIESGO</p>	<p>Si</p>	<p>70%</p>	<p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Aun cuando se tiene institucionalizado la politica de administracion del Riesgo No se esta aplicando en la entidad , por lo que es necesario fortalecer la gestión del riesgo, como direccionamiento estratégico y de planeación, para el logro de los objetivos institucionales. *Los lideres de procesos y cordinadores de area No estan asumiendo la responsabilidad de la implementacion de controles y la evaluacion de su efectividad. <p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se tiene aprobado y socializado la politica de administración del riesgo *Se elabora de manera tardia y esto hace que no se le haga el seguimiento adecuado a los mapas de Riesgos de la Vigencia 2024
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES DEL CONTROL</p>	<p>Si</p>	<p>70%</p>	<p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> *No se realiza el seguimiento a los indicadores de gestion institucional con el cual se evalua el cumplimiento de los objetivos trazados en el plan de gestion *No se ha actualizado el manual de procesos y procedimientos de la institucion *Los lideres de procesos y coordinadores de area No estan realizando la evaluacion de riesgos a sus procesos. <p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se tiene conformado los comites institucionales que por normativa deben estar conformados *Se realizan auditorias internas y externas para evaluar el cumplimiento de los procesos y procedimientos de la institucion.

Componente	¿se esta cumpliendo los requerimientos ?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	No	36%	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> *No se ha implementado el sistema de Gestion Documental *A pesar de que el hospital tiene habilitado los correos corporativos para la comunicación de caracter institucional la mayoría de los funcionarios No lo estan utilizando. *En el 2024 NO se logro terminar con el proceso de implementacion del software administrativo y asistencial que se tiene contratado. *Se evidencia una gran deficiencia en la comunicacion interna entre las diferentes areas y procesos de la institucion. <p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se dispone de una pagina web institucional, y redes sociales facebook, twitter e instagram para publicar informacion a los usuarios y demas grupos de interes, promoviendo la participacion ciudadana *se habilitaron los correos corporativos para las comunicaciones de caracter institucional con el cual los funcionarios del hospital deben recibir y remitir informacion. * Se realizan actividades de ludicas y recreativas con la cual se busca mantener un contacto cercano y permanente con los usuarios, en la cual tambien se les realizan charlas de les capacita en sus Derechos y Deberes, el portafolio de servicios del Hospital, las lineas de atencion al usuario, los canales para colocar una PQRS, y otros temas considerados de gran relevancia para los usuarios y la entidad
ACTIVIDADES DE MONITOREO	No	45%	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> *No se han realizado los seguimientos por parte de los responsables de las diversas lineas de defensa. *No son analizados con el equipo de trabajo, los avances en el cumplimiento de los indicadores de gestion *Los compromisos adquiridos en los comites o reuniones de trabajo pocas veces son cumplidos. <p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se socializa y publica en la pagina web institucional el plan anual de auditoria interna *Se les recuerda a los lideres de area, el seguimiento a los planes institucionales que deben realizar semestralmente segun lo definido en la resolucion. *Se hace el seguimiento y reportan los avances trimestrales en los planes de mejoramiento suscritos con la contraloria general del departamento.