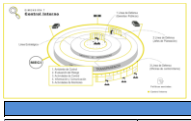
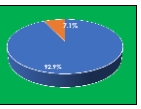
Nombre de la Entidad:	ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ
Periodo Evaluado:	ENERO-JUNIO 2025



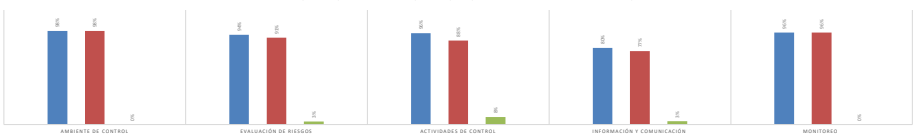
Estado del sistema de Control Interno de la entidad

93%



Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	**Si**	En el MIPG la dimensión de control interno cuenta con 5 componentes: Ambiente de control, Evaluación del riesgo,Actividades de control, Información y comunicación y actividades de monitoreo, para lo cual se puede concluir que cada uno de estos componentes están operando y se encuentran en proceso de avances ahaves de las actividades enmarcadas en cada una de ellas; la ESE cuenta con la mayoría del documentación como procedimientos, instructivos, formatos establecidos,los mismos se encuentran en proceso de actualización y estandarización y se debe fortalecer la socialización e implementación en todas las areas y en todos los funcionarios,se continua con las capacitaciones e implementación en el manual de implementación del esquema de líneas de defensa establecido mediante resolución No. 360 del 30 de Diciembre de 2022 ,se ha fortalecido el autocontrol en los líderes de procesos mendiante capacitaciones y en la segunda línea de defensa mediante sensibilizaciones y capacitaciones con la finalidad de lograr avances significativos en el sistema de control interno, cumplir con los controles establecidos y que los mismos sirvan para la toma de desiciones y mantener el ambiente de control en la ESE, la política de administración del riesgo y el manual del sistema integrado de riesgos se encuentra actualizada mediante la Resolución 265 del 2023, y el mapa de riesgos Institucional fue actualizado y aprobado en el mes de Noviembre 2024 por parte del comite de riesgos y se realizó seguimiento y evaluación a los riesgos por parte de las líneas de defensas en el I semestre de 2025.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	**Si**	El Sistema de Control Interno de la ESE, opera y es efectivo, el mismo se revisa y evalua periodicamente mediante el plan de auditorias y diferentes informes de seguimiento, el cual contlevan a recomendaciones para el mejoramiento continuo del sistema de control interno y los procesos. En el I trimestre 2025 se realizaron los respectivos auditorias,seguimientos de ley y evaluaciones en procesos y procedimientos,a los diferentes planes estipulados,cada uno de los componentes del sitema de control interno y aportaron a la consecución de objetivos , los planes se implementaron y fueron evaluados por parte de la tercera linea de defensa.Se evidenciaron avances en el modelo de operación por procesos mediante la creación y actualización de documentos de las areas asistenciales y adminstrativas los cuales continuan en proceso de actualización la cual fortalecera los controles en los procesos y la efectividad en el sitema de control interno de la ESE.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	**Si**	La ESE tiene establecido el manual de implementación del esquema de líneas de defensa y se adoptó el esquema de líneas de defensa y el formato de mapa de aseguramiento como herramienta metodológica mediante resolución No. 360 del 30 de diciembre de 2022, para el mismo se desarrolló capacitación en el esquema de líneas de defensa en asesoría con el Departamento administrativo de la Función publica y se generó un mapa de aseguramiento para la vigencia 2024 el cual se encuentra en actualización durante el I Semestre de 2025, y se requieren los diferentes informes de seguimientos a la I y II linea de defensa por parte de la tercera línea de defensa , con el fin de lograr la funcionalidad de la primera línea que corresponde a los líderes de procesos y continuar con el fortalecimiento de las actividades de la segunda línea de defensa que corresponde al area de planeación o quien haga sus veces,coordinadores de equipos de trabajo y garantizar un sitema de control interno con institucionalidad y que permita la toma de desiones frente al control y fortalecimiento de la dimension de control interno.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	**Si**	**98%**	FORTALEZAS: En el componente de ambiente de control la ESE tiene como fortaleza el compromiso y el liderazgo, de la alta dirección con el Sistema de Control Interno para lo cual en el I Semestre se incluyeron y se ejecutaron en el plan anual de auditorias de control interno vigencia 2025 capacitaciones a todos los líderes en líneas de defensa con la asesoría y acompañamiento por parte del Departamento Administrativo de la Función publica,y se definió un mapa de aseguramiento de acuerdo a los establecido en el Manual y Esquema de líneas de defensa adoptado mediante resolución Nº 360 Por medio del cual se adopta el esquema de líneas de defensa , con respecto al codigo de integridad se continuan realizando la socialización de los valores en el proceso de inducción y reinducción, se establecio cronograma de revisión y actualización del mapa de riesgos, se socializaron las directrices para el manejo de conflicto de intereses en la ESE mediante procedimiento GS-PD-003, asi como el formato para el reporte de posibles situaciones de conflicto de intereses de codificación GS-FR-015 , se desarrollaron en el plan de bienestar 2025 actividades para el personal prepensionable,se desarrollaron actividades del plan de transición del programa de transparencia y etica publica,y el mapa de riesgo de corrupción de la vigencia 2025 , se realizo monitreo y seguimiento por la segunda y tercera linea de defensa,se encuentra establecido un link para las denuncias internas sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al codigo de integridad https://hrplopez.gov.co/sillo/index.php/es/servicio-al-ciudadano/peticiones-quejas-y-reclamos. DEBILIDADES: En la pagina web institucional se encuentran publicado esquema de publicacion de la informacion, registro de Activos de Información,Esquema de Publicación de Información pero los mismos se encuentran desactualizados, no se cuenta con Indice de Información clasificado y Reservado que permita la detección y prevención del uso de información privilegiada u otras situaciones que puedan representar riesgos para la ESE.	**98%**	FORTALEZAS: En el componente de ambiente de control la ESE tiene como fortaleza el compromiso y el liderazgo, de la alta dirección con el Sistema de Control Interno para lo cual en el I Semestre se incluyeron y se ejecutaron en el plan anual de auditorias de control interno vigencia 2024 capacitaciones a todos los líderes en líneas de defensa con la asesoría y acompañamiento por parte del Departamento Administrativo de la Función publica,y se definió un mapa de aseguramiento de acuerdo a los establecido en el Manual y Esquema de líneas de defensa adoptado mediante resolución Nº 360 Por medio del cual se adopta el esquema de líneas de defensa , con respecto al codigo de integridad se continuan realizando la socialización de los valores en el proceso de inducción y reinducción, se establecio cronograma de revisión y actualización del mapa de riesgos, se socializaron las directrices para el manejo de conflicto de intereses en la ESE mediante procedimiento GS-PD-003, asi como el formato para el reporte de posibles situaciones de conflicto de intereses de codificación GS-FR-015 , se desarrollaron en el plan de bienestar 2024 actividades para el personal prepensionable,se desarrollaron actividades del Plan anticorrupcion y atención al ciudadano el cual obtuvo un avance del 82% el mapa de riesgo de corrupción de la vigencia 2024 , se realizo monitreo y seguimiento por la segunda y tercera linea de defensa,se encuentra establecido un link para las denuncias internas sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al codigo de integridad https://hrplopez.gov.co/sillo/index.php/es/servicio-al-ciudadano/peticiones-quejas-y-reclamos. DEBILIDADES: En la pagina web institucional se encuentran publicado esquema de publicacion de la informacion, registro de Activos de Información,Esquema de Publicación de Información pero los mismos se encuentran desactualizados, no se cuenta con Indice de Información clasificada y Reservada que permita la detección y prevención del uso de información privilegiada u otras situaciones que puedan representar riesgos para la ESE.	**0%**
Evaluación de riesgos	**Si**	**94%**	FORTALEZAS: En el componente de evaluación del riesgo la ESE tiene como fortaleza la participación de alta gerencia en la definición de la politica y manual de la administración del riesgo,el seguimiento a la evaluación de riesgo mediante el comite de control interno,en el cual para el II semestre se han desarrollado capacitaciones al personal de planta y contratista del Manual de Esquema de líneas de defensa adoptado mediante resolución Nº 360 Por medio del cual se adopta el esquema de líneas de defensa, se establece el manual de implementación y el mapa de aseguramiento como la herramienta metodológica de acuerdo con lo establecido en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y el Modelo Integrado de planeación y Gestión-MIPG en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López", se desarrollaron reuniones de acompañamiento a las área en la actualización de los riesgos por procesos por parte del área de planeación, el mapa de riesgos institucional se encuentra aprobado y en proceso de actualización con los riesgos de docencia y servicio y se realizó el seguimiento a las acciones y evaluación a los controles en los mapas de riesgos de corrupción e institucional vigente por parte de la oficina de control interno y oficina de planeación de acuerdo a lo establecido en el plan anual de auditorias y seguimiento de la oficina de control interno para la vigencia 2025, se evidencia el fortalecimiento del seguimiento de los riesgos en los líderes como primera línea de defensa. DEBILIDADES:A los servicios tercerizados de la ESE, se solicitó el mapa de riesgo pero los mismos se encuentran definidos para el servicio de apoyo diagnostico, para su seguimiento y valoración. Los procesos y procedimientos se encuentran en proceso de actualización para lo cual se estableció y se encuentra en desarrollo un cronograma por parte del área de calidad.	**91%**	FORTALEZAS: En el componente de evaluación del riesgo la ESE tiene como fortaleza la participación de alta gerencia en la definición de la politica y manual de la administración del riesgo,el seguimiento a la evaluación de riesgo mediante el comite de control interno,en el cual para el II semestre se han desarrollado capacitaciones al personal de planta y contratista del Manual de Esquema de líneas de defensa adoptado mediante resolución Nº 360 Por medio del cual se adopta el esquema de líneas de defensa, se establece el manual de implementación y el mapa de aseguramiento como la herramienta metodológica de acuerdo con lo establecido en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y el Modelo Integrado de planeación y Gestión-MIPG en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López", se desarrollaron reuniones de acompañamiento a las área en la actualización de los riesgos por procesos por parte del área de planeación y se aprobó el mapa de riesgos institucional en el mes de Noviembre 2024 ,se realizó el seguimiento a las acciones y evaluación a los controles en los mapas de riesgos de corrupción e institucional vigente por parte de la oficina de control interno y oficina de planeación de acuerdo a lo establecido en el plan anual de auditorias y seguimiento de la oficina de control interno para la vigencia 2024. DEBILIDADES: Se continúan evidenciando debilidades por parte del seguimiento y evaluación de los riesgos por parte de la primera linea de defensa(líderes de procesos) lo que conlleva a deficiencias en el seguimiento y actualización de los riesgos, la evaluación de controles para definir cursos de acción apropiado para la mejora del modelo de administración del riesgo y fortalecimiento del sistema de control interno en la ESE. A los servicios tercerizados de la ESE, se solicitó el mapa de riesgos pero los mismos aun no se encuentran definidos, para su seguimiento y valoración. Los procesos y procedimientos se encuentran en proceso de actualización para lo cual se estableció y se encuentra en desarrollo un cronograma por parte del área de calidad.	**3%**
Actividades de control	**Si**	**96%**	FORTALEZAS: Se cuenta con planes del Decreto 612 para la vigencia 2025 y se cuentan en implementación durante el I Semestre de 2025,se evidencian avances en la actualización y estandarización de procesos, procedimientos, guías, manuales, instructivos, formatos y su implementación, la entidad cuenta con planes de estrategia de tecnología de la información, plan de mantenimiento los cuales se ejecutan de acuerdo a lo planeado, los mismos cuentan con seguimiento por parte del líder del proceso, jefe de planeación y en el plan de acción de la Superintendencia Nacional de salud, se evidencia avances de la implementación por parte la primera linea en el mapa de riesgos, segunda y tercera linea de defensa, se incluyó en el plan de auditorias informes de seguimiento al mapa de riesgo de corrupción y por procesos y se realizó seguimiento al mapa de riesgos de corrupción e institucional por parte de la segunda linea de defensa, se evaluo el cumplimiento de los procesos y procedimientos en las auditorias internas desarrolladas por la oficina de control interno y evaluación de los controles establecidos, sitema de control interno y se desarrolló auditoria al proceso de calidad de la ESE ,en el plan de auditorias y seguimientos de la vigencia 2025. DEBILIDADES: Los procesos y procedimientos de la ESE se encuentran en proceso de actualización y estandarización según el cronograma establecido por el area de calidad, el esquema de líneas de defensa se encuentra en implementación ,acompañamiento por parte del DAFP, la ESE cuenta con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Modelo Estándar de Control Interno y el Sitema de Obligatorio de Garantía de Calidad en salud, pero los mismos deben integrarse para garantizar una adecuada estructura de control en la entidad.	**88%**	FORTALEZAS: Se cuenta con el Modelo Integrado de Planeacion y Gestion, Modelo Estandar de Control Interno y el Sitema de Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud los cuales se encuentran implementados para la vigencia evaluada,se cuenta con planes del Decreto 612 para la vigencia 2023 aprobados por el comité de Gestión y desempeño y cargados en la pagina web de la ESE,Se evidencian avances en la actualización y estandarización de procesos y procedimientos,se evidencia sensibilización en autocontrol por parte de la oficina de control interno, se cuenta con socialización y capacitación del esquema de linea de defensa adoptado mediante resolución No.360 del 30 de diciembre donde se aprueba el manual de implementación del esquema y el mapa de aseguramiento como herramienta metodológica. DEBILIDADES:Los procesos y procedimientos de la ESE se encuentran en proceso de actualización y estandarización, el esquema de líneas de defensa adoptado mediante resolución No.360,el mismo debe implementarse para lograr la efectividad en la evaluación de los procesos, los riesgos y los controles por parte de todas las líneas de defensas y lograr mayor efectividad en el Sitema de Control Interno.	**8%**
Información y comunicación	**Si**	**80%**	FORTALEZAS: La ESE cuenta con el compromiso de la alta gerencia, la definición de las politicas de seguridad de la información, Plan Estratégico de Tecnologias de la Información, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información vigencia 2025, los cuales fueron creados y aprobados por el comité de gestión y desempeño No.001 de 2025 y los mismos se encuentran en implementación durante la vigencia evaluada , se evidencia sistema de información institucional con todos los módulos, que captura y procesa datos que son transformados en información que sirven para la toma de decisiones, se realiza seguimiento a las PQRS de los usuarios por parte de control interno para el I Semestre de 2025 , se genera informe con análisis y recomendaciones y se comunica al comité coordinador de control interno, se establecio y realizó seguimiento al plan de mejoramiento al proceso de Atención al usuario. Se evidencian avances en la comunicación externa ya que la entidad cuenta con canales de comunicación externos en funcionamiento como: Pagina web, redes sociales: Instagram, Twitter, Facebook, se cuenta con caracterización de usuarios por cada una de EPS, se ejecuta el PINAR para el I semestre vigencia 2025 y el mismo fue evaluado por la oficina de control interno, se construyo la política y plan comunicaciones de la ESE, se encuentra en implementación un proyecto para las mejoras del proceso de gestión documental que incluyó la organización y digitalización de archivo, asi como la implementación de las herramientas de Gestión documental. Se evidencia manual y politica de comunicaciones aprobado. DEBILIDADES:No se cuenta con Procedimientos de comunicaciones,se cuenta con registro de Activos de Información desactualizado, Indice de información clasificada y reservada desactualizada, no se cuenta con tablas de retención documental creada y aprobada, estas herramientas deben documentarse, adoptarse por acto administrativo socializarse y lograr la adherencia en implementación en todos los procesos de la ESE. Los ESE no cuenta con una caracterización de usuarios consolidada solo las entregadas por las EPS y la misma no es analizada para actualizarla cuando sea pertinente.	**77%**	FORTALEZAS: La ESE cuenta con el compromiso de la alta gerencia, la definición de las politicas de seguridad de la información, Plan Estratégico de Tecnologias de la Información, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información vigencia 2024, los cuales fueron creados y aprobados por el comité de gestión y desempeño No.001 de 2024 y los mismos fueron implementados durante la vigencia evaluada , se evidencia sistema de información institucional con todos los módulos, que captura y procesa datos que son transformados en información que sirven para la toma de decisiones, se realiza seguimiento a las PQRS de los usuarios por parte de control interno para el I Semestre de 2024 , se genera informe con análisis y recomendaciones y se comunica al comité coordinador de control interno, se establecio y realizó seguimiento al plan de mejoramiento al proceso de Atención al usuario. Se evidencian avances en la comunicación externa ya que la entidad cuenta con canales de comunicación externos en funcionamiento como: Pagina web, redes sociales: Instagram, Twitter, Facebook, se cuenta con caracterización de usuarios por cada una de EPS, se ejecuta el PINAR para el I semestre vigencia 2024 y el mismo fue evaluado por la oficina de control interno, se inicio la construcción de la politica y plan comunicaciones de la ESE, se inicio la primera fase de implementación del proceso de gestión documental que incluyó la organización y digitalización de archivo del area de contratación, asi como la instalación y puesta en marcha de un software de Gestión documental. DEBILIDADES:La ESE no cuenta con un manual de procesos y procedimientos de comunicaciones interno y externo aprobado e implementado, se evidencia un borrador de manual y politica de comunicaciones en proceso de revisión,se cuenta con registro de Activos de Información desactualizado, Indice de información clasificada y reservada desactualizada, no se cuenta con tablas de retención documental creada y aprobada, estas herramientas deben documentarse, adoptarse por acto administrativo socializarse y lograr la adherencia en implementación en todos los procesos de la ESE. La ESE no cuenta con una caracterización de usuarios consolidada solo las entregadas por las EPS y la misma no es analizada para actualizarla cuando sea pertinente.	**3%**
Monitoreo	**Si**	**96%**	FORTALEZAS: En el componente de monitoreo se tienen como fortalezas el seguimiento y evaluación continua la oficina de control interno de acuerdo a lo establecido en el plan de auditorias y seguimientos para la vigencia 2025 aprobado por el comité de Comité Coordinador de Control Interno No.001 de enero de 2025 , se desarrolo por medio de 5 auditorias internas en el I semestre a los procesos de : Jurídica, contratación,control interno disciplinario ,farmacia, docencia y servicios,gestión del talento humano, informes de ley, seguimientos para mejora del sitema de control interno ,cumplimiento de planes, riesgos ,capacitación en el tema de autocontrol y en el tema de planes de mejoramiento ,lo que permite verificar el cumplimiento de los objetivos, planes, procesos, procedimientos, acciones para mitigar los riesgos y acciones de mejora para lograr el mejoramiento continuo, se evidencia evaluación de información suministrada por usuarios (PQRS) del I semestre 2025 para la mejora del SCI, se evidencia seguimiento por la oficina de control interno los planes de mejoramiento interno suscitos en las auditorias internas y externas suscitas con las diferentes entes de control y evaluación a la eficacia y eficiencia de las mejoras,se creo y aprobó con un procedimiento para el monitoreo de los planes internos y externos por parte de las responsables de las líneas de defensa. DEBILIDADES: Se continua con deficiencia con los seguimientos a planes por parte de los líderes de procesos como primera linea, se presentan debilidades en la evaluación de los servicios tercerizados de acuerdo a su nivel de riesgo teniendo en cuenta que solo tiene mapa de riesgos el servicio de imagenes diagnosticas.	**96%**	FORTALEZAS: En el componente de monitoreo se tienen como fortalezas el seguimiento y evaluación continua la oficina de control interno de acuerdo a lo establecido en el plan de auditorias y seguimientos para la vigencia 2024 aprobado por el comité de Comité Coordinador de Control Interno No.001 de enero de 2024 y actualizado en el comité No.02 del mes de Abril 2024 , este seguimiento para el I semestre 2024, se desarrolo por medio de 5 auditorias internas a los procesos de: Jurídica, contratación,control interno disciplinario , gestión ambiental, Sitema de seguridad y salud en el trabajo, gestión financiera y sus subprocesos,Gestión de calidad,9 informes de ley, 30 seguimientos para mejora del sitema de control interno ,cumplimiento de planes, riesgos, 1 capacitación en el tema de Esquema de linea de defensa y la efectividad del sitema de control interno ,lo que permite verificar el cumplimiento de los objetivos, planes, procesos, procedimientos, acciones para mitigar los riesgos y acciones de mejora para lograr el mejoramiento continuo, se evidencio evaluación de información suministrada por usuarios (PQRS) del II semestre 2024 para la mejora del SCI, se evidencio seguimiento por la oficina de control interno los planes de mejoramiento interno suscitos en las auditorias internas y externas suscitas con las diferentes entes de control y evaluación a la eficacia y eficiencia de las mejoras,se creo y aprobó con un procedimiento para el monitoreo de los planes internos y externos por parte de las responsables de las líneas de defensa. DEBILIDADES: Se continua con deficiencia con los seguimientos a planes y riesgos por parte de los líderes de procesos como primera linea, se presentan debilidades en la evaluación de los servicios tercerizados de acuerdo a su nivel de riesgo teniendo en cuenta que los mismos no cuentan con mapas de riesgos de procesos definidos.	**0%**

REPRESENTACION GRAFICA