


|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>EVALUACIÓN<br/>INDEPENDIENTE SISTEMA<br/>DE CONTROL INTERNO</b> | <b>Código:</b> HMFS-FT-0054                         |
|   |  | <b>Versión:</b> 03                                  |
|   |  | <b>Fecha de Actualización:</b><br>noviembre de 2020 |
|   |  | <b>Elaboró:</b> Equipo Calidad                      |

**FECHA:** 30 de enero de 2024

**TÍTULO DEL INFORME:** Evaluación Independiente Sistema De Control Interno

**PROCESO-SUBPROCESO:** Evaluación y Control Interno

**RESPONSABLE DEL PROCESO:** Jorge Horacio Cardona Jaramillo

### **OBJETIVOS**


#### **General:**

Dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 2106 de 2019, donde se señala que el jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis meses en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública.

#### **Específicos:**

- Verificar el avance del sistema de control interno en cada uno de sus componentes.
- Establecer las fortalezas y debilidades de cada componente con respecto a la evaluación semestral anterior.
- Presentar recomendaciones orientadas a fortalecer los componentes del sistema

**ALCANCE:** el presente informe se realiza con la información generada entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2023, comparando contra el semestre anterior.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>EVALUACIÓN<br/>INDEPENDIENTE SISTEMA<br/>DE CONTROL INTERNO</b> | <b>Código:</b> HMFS-FT-0054                         |
|   |  | <b>Versión:</b> 03                                  |
|   |  | <b>Fecha de Actualización:</b><br>noviembre de 2020 |
|   |  | <b>Elaboró:</b> Equipo Calidad                      |

### DOCUMENTACIÓN REVISADA (CRITERIOS):

- Matriz de Evaluación Independiente del SCI – DAFP
- Documentación de Procesos.
- Evidencias de aplicación de cada componente


### RESULTADOS:

Se presentan los resultados de la evaluación correspondiente al segundo semestre de 2023, de conformidad a la estructura y metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, comparándolo contra el resultado del semestre anterior y su nivel de avance:


| <b>CONSOLIDADO ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b> |   |  |                                    |
|--|---|--|------------------------------------|
| <b>Componente</b>  | <b>Nivel de Cumplimiento semestre II 2023</b> | <b>Nivel de Cumplimiento semestre I 2023</b> | <b>Avance final del componente</b> |
| Ambiente de Control                                      | 94%   | 96%  | -2%                                |
| Evaluación de Gestión del Riesgo                         | 94%   | 85%  | 9%                                 |
| Actividades de Control                                   | 88%   | 88%  | 0%                                 |
| Información y comunicación                               | 86%   | 82%  | 4%                                 |
| actividades de monitoreo                                 | 100%  | 100%   | 0%                                 |
| <b>Estado Sistema de Control Interno</b>                 | <b>92%</b>                                    | <b>90%</b>                                   | <b>2%</b>                          |

### FORTALEZAS:

- Todos los componentes del MECI, se encuentran presentes y operando juntos y de manera integrada a través de la Dimensión 7-"Control Interno" del MIPG.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>EVALUACIÓN<br/>INDEPENDIENTE SISTEMA<br/>DE CONTROL INTERNO</b> | <b>Código:</b> HMFS-FT-0054                         |
|   |  | <b>Versión:</b> 03                                  |
|   |  | <b>Fecha de Actualización:</b><br>noviembre de 2020 |
|   |  | <b>Elaboró:</b> Equipo Calidad                      |


- Se aprobó por parte de la Junta Directiva la política de gestión de riesgos, dentro de la cual quedaron establecidos los niveles de aceptación de riesgo para cada uno de los subsistemas.
- Se definió en el comité de gestión y desempeño dedicar un espacio solo para la revisión y tratamiento de los temas de riesgos.
- Desde el área de Planeación con el acompañamiento de la asesora externa de riesgos, se están realizando ajustes de acuerdo con la clasificación de los subsistemas de administración del riesgo.
- Capacitación a los colaboradores sobre el tema de riesgos y se presenta informe mensual en el comité de Gestión y Desempeño.
- Se cuenta con un oficial de cumplimiento encargado de los temas asociados a SARLAFT Y SICOF y un asesor externo en temas de riesgos.
- Se cuenta con una línea telefónica y un correo electrónico exclusivos para denuncias sobre actos que atenten contra la transparencia, actos de corrupción y fraude, los cuales se pueden consultar en la página web institucional, además, se realiza seguimiento a las líneas de integridad.
- El oficial de cumplimiento acorde al proceso solicitado realiza la verificación de documentos y requisitos de contratación asociados al conocimiento del contratista.
- Se avanzó en la implementación de la versión web de Dinámica.
- Se realizó piloto y pruebas de un software que permite la automatización del ciclo económico, que permitirá volver mas eficiente este proceso.
- Por parte del proceso de gestión documental se cuenta con un inventario de activos de información actualizado.
- Se tiene definida una persona como coordinador de los canales de comunicación quien revisa y redirecciona la información hacia el responsable de ella. También, realiza revisión de los canales y fuentes de información para ajustarlos acorde al tipo de usuario a quien va dirigido la información.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>EVALUACIÓN<br/>INDEPENDIENTE SISTEMA<br/>DE CONTROL INTERNO</b> | <b>Código:</b> HMFS-FT-0054                         |
|   |  | <b>Versión:</b> 03                                  |
|   |  | <b>Fecha de Actualización:</b><br>noviembre de 2020 |
|   |  | <b>Elaboró:</b> Equipo Calidad                      |

- Se realizó auditoría a todos los 40 procesos por parte de la unidad de auditoría de la entidad, dando cumplimiento al cronograma de auditorías establecidas para toda la vigencia.
- Por parte del Comité Coordinador de Control Interno se realizó seguimiento al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría vigencia 2023 y la aprobación del correspondiente a la del 2024.
- Se envía copia a la alta dirección de los informes de auditorías realizados por la oficina de control interno.
- Se realizó seguimiento y reporte semestral a la Contraloría General de Antioquia sobre los avances a los planes de mejoramiento suscritos con este ente de control.
- En acuerdo con la Subgerencia Científica y con el fin de optimizar recursos, se están realizando conjuntamente entre el área de Calidad y Control Interno, auditorías a procesos de misionales (de habilitación).

#### **HALLAZGOS:**


- No se tiene evidencia de la creación del Comité de Ética ni de seguimiento, análisis y presentación a éste de resultados de la aplicación del código de integridad.
- Se ha avanzado en la implementación de los elementos para dar cumplimiento a todas las circulares sobre el sistema integrado de administración de riesgos definido por la Supersalud, incluido el Programa de Transparencia y Ética Empresarial-PTEE, sin embargo, falta implementar cerca de un 29%.
- Falta la implementación de una plataforma de administración de todos los recursos tecnológicos que considere las características de los nuevos equipos instalados durante el 2023, de tal manera que permita reaccionar oportunamente a fenómenos de intrusión y/o detección oportuna de posibles fallas.
- Acorde al plan de acción generado producto del análisis de vulnerabilidad realizado en el segundo semestre, se implementaron acciones que conllevan a minimizar el riesgo de intrusiones, sin embargo falta implementar algunas.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>EVALUACIÓN<br/>INDEPENDIENTE SISTEMA<br/>DE CONTROL INTERNO</b> | <b>Código:</b> HMFS-FT-0054                         |
|   |  | <b>Versión:</b> 03                                  |
|   |  | <b>Fecha de Actualización:</b><br>noviembre de 2020 |
|   |  | <b>Elaboró:</b> Equipo Calidad                      |

- No se ha terminado de implementar la última versión del sistema de gestión documental SAIA, que estaba proyectada para finales del 2023
- Falta terminar de ajustar los sistemas de tal manera que permita captura automática de datos para disminuir el riesgo de error en la información.
- La cobertura de auditorías técnicas a las áreas de tecnología, financieras, contables, tributarias y presupuestales ha sido baja, dado que no se cuenta con profesionales en estas áreas adscritos o contratado por servicio externo para el área de control interno; en acuerdo con la Gerencia, se procederá a contratarlos en la vigencia 2024, de tal manera que permita realizar auditorías técnicas a esas áreas, mejorando las cobertura de este tipo de auditorías.

### **CONCLUSIONES:**

- Todos los componentes del MECI, se encuentran presentes y operando juntos y de manera integrada, es efectivo para los objetivos evaluados y se cuenta dentro de su sistema de control interno con las líneas de defensa implícitas en su institucionalidad para la toma de decisiones frente al control.
- Se volvió al nivel del 92% que se había logrado al finalizar el 2022 y que había rebajado 2 puntos porcentuales en el primer semestre del 2023.
- Durante la vigencia 2023 por parte de la Unidad Auditora, se realizaron auditorías de calidad a los 40 procesos institucionales, lo que permitió realizar una nueva actualización de la documentación de todos ellos.
- Se cuenta con la Matriz de Riesgos institucional actualizada y acorde a la metodología del DAFP, falta terminarla de ajustar a las circulares sobre Sistema Integral de Riesgos definido por la Supersalud, dando prelación a los riesgos no priorizados.
- Se ha avanzado en la implementación de los elementos (71%) para dar cumplimiento a todas las circulares sobre el sistema integrado de administración de riesgos-SIAR, sin embargo, es necesario hacer un esfuerzo para que máximo en el primer trimestre del 2024, se logre dar cumplimiento a todas las circulares emitidas por la Supersalud, ya que son normas que en este momento deberían estar totalmente implementadas en la entidad.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>EVALUACIÓN<br/>INDEPENDIENTE SISTEMA<br/>DE CONTROL INTERNO</b> | <b>Código:</b> HMFS-FT-0054                         |
|   |  | <b>Versión:</b> 03                                  |
|   |  | <b>Fecha de Actualización:</b><br>noviembre de 2020 |
|   |  | <b>Elaboró:</b> Equipo Calidad                      |

### **RECOMENDACIONES:**

- Establecer un plan de acción que conlleve a subsanar las novedades encontradas y permitan avanzar en la senda de crecimiento para alcanzar un nivel óptimo del Sistema de Control Interno Institucional.



**JORGE HORACIO CARDONA JARAMILLO.**

Asesor de Control Interno.  
ESE Hospital Marco Fidel Suárez.