



INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

SICI I - 2023

De enero 01 a junio 30 del 2023

I
Ambiente
de Control

II
Evaluación
de riesgos

III
Actividades
de control

IV
Información y
Comunicación

V
Actividades
de Monitoreo

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina: William Alberto Higuera Lopera. Auditores: María Janneth Agudelo Arango, Karina Ruíz De la Hoz

Técnico: Julio E. Suescún Montoya. Correo Oficina: oficinadeauditoria@hgm.gov.co

Informe de Evaluación

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna



Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

31 de Julio de 2023

Tabla de Contenido

1.	Presentación.	3
2.	Directriz de Auditoría Interna – DAI.	3
3.	Periodo del Informe.	3
4.	Componentes para evaluar.	3
5.	Resultados y Análisis	4
6.	Conclusión General.	10
7.	Recomendaciones de la Auditoría Interna.	11
8.	Plan de Mejoramiento.	12
9.	Socialización del Informe.	12
10.	Publicación.	12

1. Presentación.

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones y en especial la establecida en el artículo 156 del Decreto Nacional 2106 de 2019, mediante el cual “Se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública”, presenta el Informe del Estado del Sistema Institucional de Control Interno SICI N°7 correspondiente al semestre I 2023.

Para la elaboración del Informe la Oficina de Auditoría Interna definió el proceso y condiciones respectivas mediante Directriz de Auditoría Interna, de conformidad con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a través del Instructivo General Formato Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno publicado en el mes de abril de 2020.

2. Directriz de Auditoría Interna – DAI.

Para una buena orientación del proceso y registro de la información, por parte de las diferentes dependencias, la Oficina de Auditoría Interna, elaboró la Directriz N° 063 de 2023: Bases para la preparación del Informe Semestral de evaluación del Sistema Institucional de Control Interno – SICI.

3. Periodo del Informe.

El presente Informe comprende el período del 1 de enero al 30 de junio de 2023.

4. Componentes para evaluar.

El Informe evalúa el estado en cada uno de los componentes del modelo, que comprenden lo siguiente:

4.1. Ambiente de Control.

Conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de las organizaciones con el fin de implementar y fortalecer el Sistema Institucional de Control Interno – SICI.

4.2. Evaluación del riesgo.

Proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

4.3. Actividades de control.

Acciones determinadas por la Entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.

4.4. Información y comunicación.

La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.



4.5. Actividades de Monitoreo.

Busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación, concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.

5. Resultados y Análisis

5.1. Esquema de lineamientos y preguntas por dimensión.

El esquema de evaluación contempla 5 componentes con 17 lineamientos y 81 preguntas; las cuales se distribuyen de la siguiente forma:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Estado del Sistema Institucional de Control Interno				 	
Esquema de Lineamientos y Preguntas por Dimensión					
Componente		Lineamiento		Pregunta	
I	Ambiente de Control	1	5	5	24
		2		3	
		3		3	
		4		7	
		5		6	
II.	Evaluación de Riesgos	6	4	3	17
		7		5	
		8		4	
		9		5	
III.	Actividades de Control	10	3	3	12
		11		4	
		12		5	
IV.	Información y Comunicación	13	3	4	14
		14		4	
		15		6	
V.	Actividades de Monitoréo	16	2	5	14
		17		9	
Total		17		81	

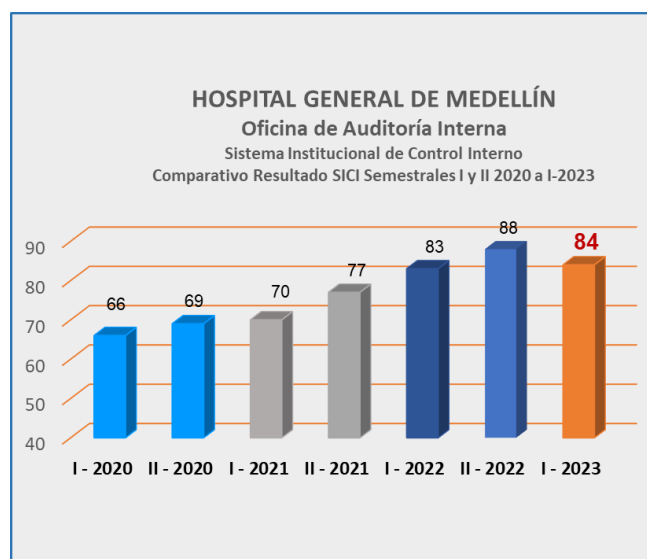
Elabora: Oficina de Auditoría Interna.

5.2. Estado del Sistema.

La evaluación del Estado del Sistema de Control Interno arroja un resultado del **84%** sobre 100%; con un descenso del **4,54%** con respecto a la evaluación del segundo semestre del 2022.



Elabora: Oficina de Auditoría Interna.



5.3. Resultado en cada uno de los componentes.

La evaluación de cada uno de los componentes se muestra en la siguiente tabla:

Componente		¿el componente está presetne y funcionando?	Nivel de Cumplimiento Componentes
I	Ambiente de control	SI	88
II	Evaluación de riesgos	SI	85
III	Actividades de control	SI	88
IV	Información y comunicación	SI	89
V	Actividades de Monitoreo	SI	71

Elabora: Oficina de Auditoría Interna

5.4. Comparativo de la Evaluación.

Se observa un leve descenso en la evaluación total del Sistema Institucional de Control Interno – SICI, al pasar de una calificación del **88%** en el segundo semestre del 2022, a una evaluación del **84%** en el primer semestre del 2023, lo que significa una disminución del **4,54%**, este descenso está representado en los componentes de riesgos, actividades de control y actividades de Monitoreo. Sin embargo, los componentes de ambiente de control, e información y comunicación presentan un crecimiento con respecto a la evaluación anterior.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Estado del Sistema Institucional de Control Interno				
Comparativo Semestral II-2022 y I-2023				
Componente		II - 2022	I - 2023	Avance Final por Componente
I	Ambiente de Control	83	88	6,0%
II	Evaluación de Riesgos	88	85	-3,4%
III	Actividades de Control	92	88	-4,3%
IV	Información y Comunicación	86	89	3,5%
V	Actividades de Monitoreo	93	71	-23,7%

Grafico N° 1. Comparativo Semestrales II-2022 a I-2023.
Elabora: Oficina de Auditoría Interna.

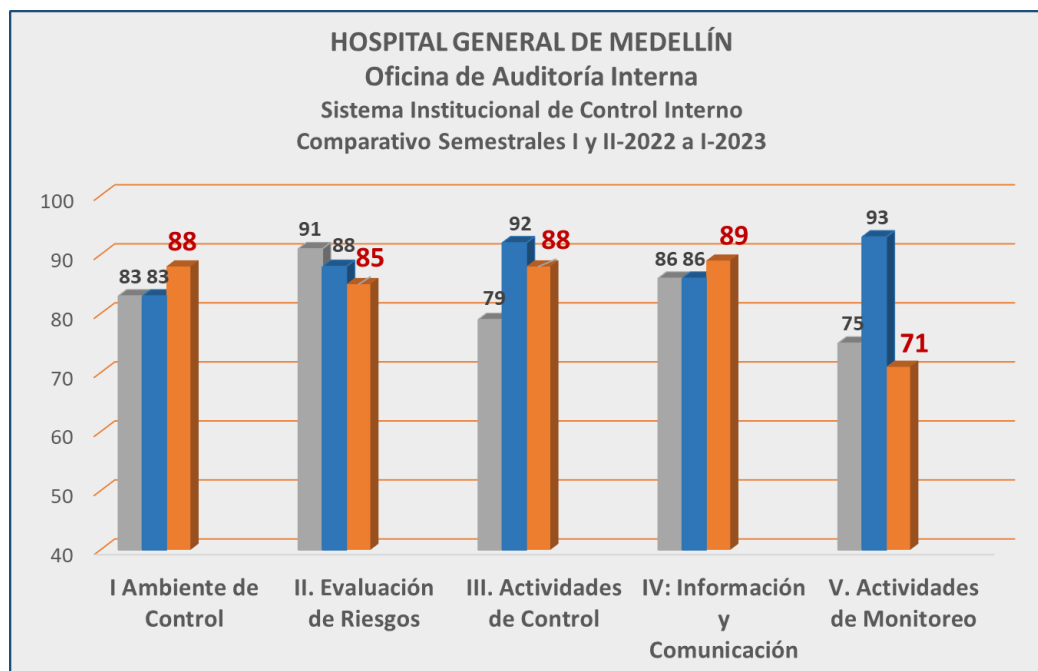


Grafico N° 2. Comparativo Semestrales I-II-2022 a I-2023.
Elabora: Oficina de Auditoría Interna.

5.5. Análisis.

Revisando el estado actual de los componentes del Sistema Institucional de Control Interno SICI, se presenta el siguiente análisis:

AMBIENTE DE CONTROL

Fortalezas

- La institución cuenta con el formato de declaración de conflicto de interés el cual se diligencia por parte de las personas que ingresan a la institución.
- Se evidencia la política de integridad normalizada y se cuenta con la evidencia en los cursos de inducción y reinducción.
- Se verifican actas en Eurodoc y se realizó la actualización del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, incluyendo a la dirección de gestión humana, oficina asesora de jurídica, oficial de cumplimiento y Líder de Sistemas. Además, se cumplió con la periodicidad de las reuniones.
- Fue actualizada la política de Riesgos con los lineamientos dados por el DAFP en su XVI versión, socializada y aprobada en comité de gestión y desempeños del mes de febrero de 2023.
- Se valida el cumplimiento de las líneas de defensa en la administración de riesgos de la institución, a través de la auditoría al programa de gestión de riesgos.
- Se evidencia la política de control interno debidamente aprobada y normalizada.
- Se evidencia la existencia del plan estratégico, el plan de desarrollo y el plan de acción el cual se realiza seguimiento bimestral con el correspondiente seguimiento a los compromisos y actas en Eurodoc.
- La institución cuenta con diferentes mecanismos que permiten evaluar de manera periódica la planeación del recurso humano.
- El Hospital tiene implementado los programas de inducción, reinducción y entrenamiento en los puestos de trabajo tanto del personal vinculado como de las agremiaciones de manera sistemática y coordinada.
- La institución cuenta con instrumentos para la evaluación relacionada con la permanencia del personal en cada cargo, como son: Plan de Estímulos, acuerdo laboral, evaluación del personal entre otros.
- La institución tiene implementadas actividades relacionadas con la responsabilidad de la 1ra línea en el control interno tales como: despliegue institucional, la política de integridad, política de control interno y política de gestión del riesgo. Es necesario el despliegue de estas políticas para todos los funcionarios.
- El jefe de auditoría asiste a los comités financieros, así mismo la institución cumple con toda la información financiera y rendición a entes de control.

Debilidades

- Fortalecer la implementación del código de integridad con análisis de desviaciones, convivencia laboral, procesos disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre servidores de la entidad. Definiendo indicadores de gestión que permitan medir la implementación del código de integridad.
- Revisar los controles definidos para minimizar los riesgos del uso inadecuado de información privilegiada dado que este riesgo se ha materializado en la institución.
- El hospital deberá iniciar un plan de divulgación para el uso de la línea de transparencia.

- El plan de capacitación debe tener instrumentos e indicadores que permitan medir el impacto de las capacitaciones en los procesos de la institución.
- No se ha realizado de manera sistémica el comité de gestores de riesgo para poder dar respuesta al requerimiento de este ítem.
- Se recomienda el diseño y aprobación del mapa de aseguramiento de la institución de acuerdo a los lineamientos del DAFP.

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Fortalezas

- La institución tiene definido en el corto plazo el programa de mejoramiento continuo de los procesos institucionales que da respuesta a la misión de la organización.
- Los objetivos estratégicos están definidos en un mediano y largo plazo y garantizan el logro de este en cada proyecto.
- Se presenta el 91% de cumplimiento en la caracterización de los procesos. Los objetivos están definidos claramente y cumplen con las características requeridas para su desempeño.
- En el comité ampliado de Gerencia y en el Comité de gestión y desempeño se dan a conocer los riesgos que se han materializado en la institución.
- Los procesos misionales tienen un seguimiento y monitoreo a través del aplicativo BI.
- Se identificaron los riesgos de corrupción, los cuales se incorporaron en la matriz de los 39 procesos y en la ficha de los proyectos, los riesgos que se podrían dar por posibles actos de corrupción.
- El proceso de gestión humana cuenta en su proceso de administración de personal con el manual de funciones versión 15.
- En el proceso gestión de la adquisición de bienes y servicios se analizan los riesgos inherentes a la contratación con terceros, servicios profesionales.
- Adicionalmente, el área de auditoría interna realiza informes de seguimiento a los procesos acorde al plan de auditorías.

Debilidades

- Es necesario complementar la política de riesgos con lineamientos para las áreas tercerizadas
- Falta la socialización del seguimiento de los riesgos materializados en el comité Institucional coordinador de control interno.
- No se evidencia el seguimiento y monitoreo a los riesgos de corrupción, fraude, opacidad y soborno por parte del ofical de cumplimiento.
- No se cuenta con la cuantificación de los riesgos residuales.
- Fortalecer el análisis del impacto en el control interno institucional por la rotación y la ausencia de procedimientos e indicadores de relevo del personal que permita la transferencia del conocimiento.

ACTIVIDADES DE CONTROL

Fortalezas

- La entidad ha definido a través de los planes institucionales el tratamiento de los riesgos y plan de seguridad y privacidad, una gestión de vulnerabilidades técnicas, así como en el plan anual de adquisiciones y la renovación de las plataformas tecnológicas.
- Se realiza el seguimiento bimestral en el plan de acción.
- En la política de gobierno digital se tienen definidas las actividades realizadas por el proveedor de servicios.
- El procedimiento Gestión de la infraestructura de la TIC, cuenta con los procesos y procedimientos que definen los roles y funciones requeridos, adicionalmente existen procesos contratados con externos.

Debilidades

- Falta construir la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos normalizada en la gestión de planeación del mapa de procesos de la entidad.
- Con el proveedor de Eurodoc (My Partnersap), se encuentra pendiente habilitar el botón para subir y normalizar los documentos de gestión disciplinaria, los cuales ya se encuentran radicados (caracterización, procedimiento y formatos).

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Fortalezas

- El sistema de información SAP ha sido implementado para apoyar la gestión del hospital tanto en la parte asistencial como administrativa.
- Se valida la publicación de la Política de transparencia y acceso a la información pública, que establece el inventario de información relevante.
- Se cuenta con fuentes de datos para construir información Big Data.
- La información de la entidad cuenta con grandes fuentes de información, que se recibe de los procesos administrativos y financieros, como fuente principal de la atención en los servicios de salud.
- La entidad, cuenta procedimientos de autorización para otorgar permisos sobre la información de acuerdo con los roles que desempeñen los usuarios, herramientas de control de acceso a la información, canales cifrados para evitar interferencias.
- La institución cuenta con diferentes mecanismos para que la alta dirección de a conocer los objetivos y metas estratégicas de manera, que todo el personal entiende su papel en la consecución de estos objetivos.
- Se cuenta con la política de Gestión Documental y archivos, con la política de protección de datos personales, la política de Cero Papel paso a ser una estrategia dentro de la primera.
- El Hospital General de Medellín utiliza principalmente cuatro canales internos de difusión de la información, estos son: Intranet, correo electrónico, 64 Carteleros, 3 pantallas digitales, 6 Digiturnos y el Boletín Digital HGM al Día.
- También se han implementado otros medios como fondos de pantalla y descansa pantallas de los computadores, la pantalla de inicio del SAP.
- El resultado del índice de transparencia activa requerido por la Procuraduría General de la Nación dio un resultado del 87%, se resalta el esfuerzo de la institución para comunicar y divulgar toda la información en cumplimiento de la Ley 1712.
- La política de gestión documental, procedimiento de gestión y trámite, y el programa de gestión documental, se validan en el seguimiento del PAYAC.

- Desde el proceso SIAU se analiza periódicamente la evaluación de la percepción por parte de los usuarios.

Debilidades

- Se requiere la gobernabilidad del dato explícito en el proyecto 7.4. con un alcance inicial de la calidad del dato hasta llegar al Big Data.
- Es necesaria la campaña de divulgación una vez implementada a la línea de transparencia.
- Se deberá realizar los ajustes en el sistema de comunicación para la implementación de la herramienta tecnológica como validación de calidad del dato y la clasificación de los Grupos Relacionados de Diagnóstico - GRD, los cuales generan información que pueden tenerse en cuenta en la caracterización de la población.

ACTIVIDADES DE MONITOREO

Fortalezas

- En la estructura del informe de auditoría se tiene contemplado el riesgo asociado a cada observación. Adicionalmente, se ejecutan los informes de Cumplimiento en la periodicidad establecida.
- En la gestión administrativa se tienen en cuenta las auditorías realizadas por los entes de control gubernamentales, así mismo, las oportunidades de mejora son ingresadas al plan de mejoramiento institucional, para su respectivo seguimiento
- CONTROL OPERACIONAL DE TERCEROS EN SST, como dependencia del Área de Seguridad y Salud en el Trabajo, establece las directrices en Seguridad y Salud en el trabajo para que sean ejecutadas por los contratistas,
- Se realiza el informe semestral de seguimiento de las PQRSD dentro de los términos de Ley.

Debilidades

- La Resolución 3100 del 2019 establece un plazo a las IPS para cumplir con los estándares de habilitación en el 2023 con un cumplimiento al 30 de junio del 82% por grupo de estándar de la autoevaluación y con un cumplimiento del plan de intervención es de 44%.
- No fue evidenciable el plan de mejoramiento de la Supersalud para su seguimiento.
- Las políticas definidas para el primer semestre (Trámites, Compras y Presupuestos), no han sido llevadas al Comité de Gestión y Desempeño para su debida aprobación y posterior publicación de la resolución.

6. Conclusión General.

**¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No)
(Justifique su respuesta):**

Si

Durante el primer semestre de la vigencia 2023 la Entidad ejecutó actividades, con el fin de mantener en un nivel satisfactorio el estado del Sistema de Control Interno a través del desarrollo de acciones

encaminadas al fortalecimiento de los cinco componentes de la estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI, que operan de manera articulada con las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, las cuales son aplicadas por cada uno de los funcionarios de la institución.

Como resultado porcentual de la matriz del estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín es del **84%**, lo que representa una disminución de **4.54%** respecto a la medición del segundo semestre 2022, en los componentes evaluación de riesgo disminuyó en un **3,4%**, en las actividades de control se bajó a **4,3%** y por último el componente de monitoreo disminuyó en un **23.7%**.

¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):

Si

El Sistema de Control Interno del Hospital General de Medellín, es efectivo al funcionar a través de la operación de las Líneas, estructuradas en el marco del Modelo de Operación por Procesos, donde se proporciona una seguridad razonable sobre la gestión institucional garantizando el cumplimiento del propósito de la MEGA del hospital y los objetivos estratégicos, así como la calidad de la información presentada a los diferentes grupos de interés.

A través de los ejercicios realizados como la evaluación independiente la Oficina de Auditoría Interna, emitió recomendaciones a lo largo de los ejercicios de aseguramiento efectuados, con el objetivo de aportar al proceso de mejora continua de la Entidad. De acuerdo con las actividades desempeñadas durante el periodo evaluado, se observó que la entidad presenta un desarrollo óptimo y mantiene un nivel satisfactorio frente al sostenimiento del Sistema Institucional de Control Interno.

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

A través del Modelo de Operación por Procesos el HGM tiene definidos los roles y responsables de la aplicación de controles al interior de la Entidad, aspecto que proporciona seguridad razonable frente a la gestión de riesgo, toda vez que mediante la aclaración de las funciones y deberes esenciales relacionados para cada uno de los actores que intervienen en la gestión institucional se logra la consolidación del Sistema de Control Interno. Además, el HGM cuenta con la política de Control interno y política de riesgos versión 16 debidamente aprobada y normalizada.

Desde el ejercicio de evaluación independiente, se evalúa la gestión del riesgo, la cual es adelantada por cada uno de los procesos de la Entidad.

7. Recomendaciones de la Auditoría Interna.

El modelo establece que a partir de conocer el estado del Sistema Institucional de Control Interno - SICI, la entidad debe elaborar y formular un Plan de Mejoramiento.

8. Plan de Mejoramiento.

La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento trimestral del Plan de Mejoramiento y presentará el Informe de seguimiento correspondiente.

Se evidencia que algunas de las actividades están en proceso de ejecución, por lo que se recomienda fortalecer la adherencia por parte de los líderes de los diferentes comités institucionales al modelo de mejoramiento; además fortalecer las herramientas de control y seguimiento del plan, para ello es necesario ingresar al sistema de gestión documental EURODOC cada acta generada en los diferentes comités que evidencien los compromisos adquiridos.

9. Socialización del Informe.

Será socializado y aprobado en el Comité Institucional Coordinador de Control Interno y adicionalmente en las siguientes instancias:

- ☐ Comité Ampliado de Gerencia.
- ☐ Junta Directiva.

10. Publicación.

El Informe debe ser publicado antes del 31 de julio de 2023, en la página web del Hospital.

Documento elaborado y revisado por:
Equipo de Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna.**

Elaboró: **María Janneth Agudelo Arango,**
Profesional de Auditoría Interna.
Karina Ruíz De la Hoz,
Profesional de Auditoría Interna.
Julio Ernesto Suescún Montoya,
Técnico Auditoría

Apoyo Gráfico y Edición: **Julio Ernesto Suescún Montoya,**
Técnico Auditoría

Revisó: **William Alberto Higuíta Lopera,**
Jefe Auditoría Interna.

Medellín, 30 de julio de 2023.

