



INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO SICI II - 2023 De julio 01 a diciembre 31 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 Higueta Lopera.

Audidores: María Janneth Agudelo Arango, Karina Ruíz De la Hoz

Técnico Auditor: 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

30 de enero de 2024

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.	13

1. Presentación.

La evaluación independiente del Sistema de Control Interno es un informe que da cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública", 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".

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° 066 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 julio al 31 de diciembre 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:

<div>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</div> <div>LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.</div> <div>OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA</div> <div>Estado del Sistema Institucional de Control Interno</div>				<div></div> <div></div>	
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 **85%** sobre 100%; con un ascenso del **1,19%** con respecto a la evaluación del primer semestre del 2023.



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	77
II	Evaluación de riesgos	SI	79
III	Actividades de control	SI	92
IV	Información y comunicación	SI	96
V	Actividades de Monitoreo	SI	82

Elabora: Oficina de Auditoría Interna

5.4. Comparativo de la Evaluación.

Se observa un leve ascenso en la evaluación total del Sistema Institucional de Control Interno – SICI, al pasar de una calificación del **84%** en el primer semestre del 2023, a una evaluación del **85%** en el

segundo semestre del 2023, lo que significa un aumento del **1,19%**, este ascenso está representado en los componentes de actividades de control, información y comunicación, y actividades de seguimiento y monitoreo. Sin embargo, los componentes de ambiente de control y Evaluación de riesgos presentan un decrecimiento 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 I y II 2023				
Componente		I - 2023	II - 2023	Avance Final por Componente
I	Ambiente de Control	88	77	-12,5%
II	Evaluación de Riesgos	85	79	-7,1%
III	Actividades de Control	88	92	4,5%
IV	Información y Comunicación	89	96	7,9%
V	Actividades de Monitoreo	71	82	15,5%

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

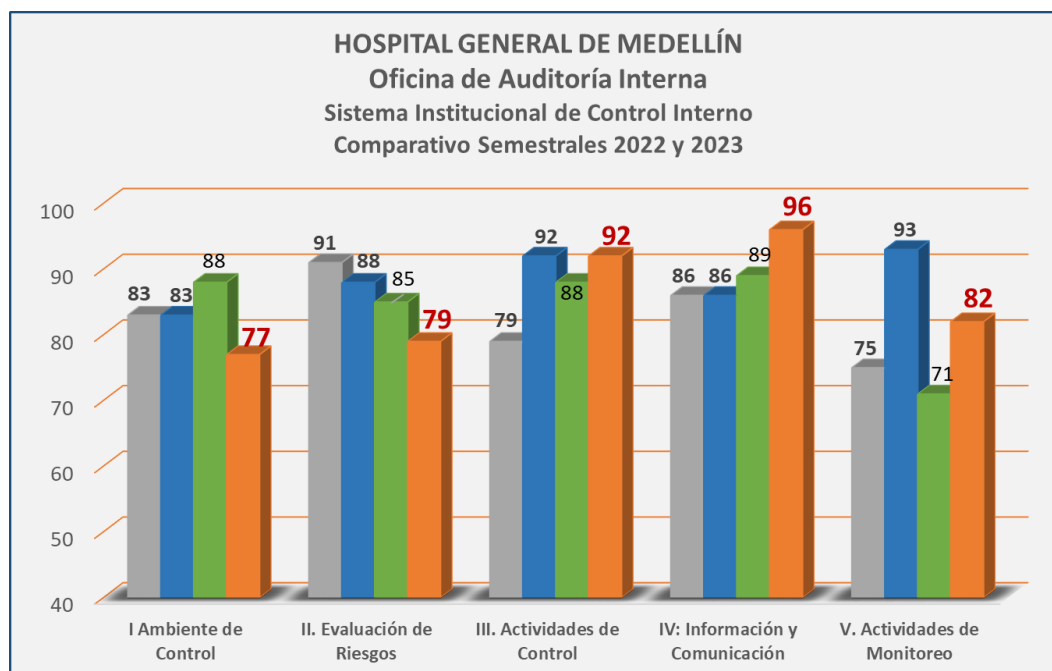


Gráfico N° 2. Comparativo Semestrales 2022 - 2023.
Elabora: Oficina de Auditoría Interna.

5.5. Análisis.

Revisando el estado actual de los componentes del Sistema Institucional de Control Interno SICI, para el segundo semestre de 2023, se presenta el siguiente análisis:

AMBIENTE DE CONTROL

Fortalezas.

- El Hospital dio inicio al proceso de reactivación e implementación de la Línea de Transparencia, está en proceso de difusión y apropiación de empleados y público en general.
- El Comité Institucional Coordinador de Control Interno, se encuentra actualizado y se cumple con la periodicidad de las reuniones.
- El esquema de las líneas se evidenció en la Auditoría de Gestión Integral de Riesgos y en la definición de la política de Control Interno.
- La institución cuenta con diferentes mecanismos (Plan estratégico de talento humano 2023, Plan anual de vacantes 2023, Plan de provisión del empleo 2023, Plan de bienestar laboral, Plan de capacitación, Plan de seguridad y salud en el trabajo.) que permiten evaluar de manera periódica la planeación del recurso humano.
- El Hospital tiene implementado los programas de inducción y reintroducción y entrenamiento en los puestos de trabajo tanto del personal vinculado como de las agremiaciones de manera sistemática y coordinada.
- 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.
- En el proceso de administración de personal se cuenta con un procedimiento de retiro del servidor público o colaborador, además dentro del Plan de bienestar se cuenta con el programa de prejubilados.
- La institución cuenta con 12 planes institucionales de acuerdo al MIPG se publican el 31 de enero de cada vigencia y se evalúa integrado al plan de acción de manera bimestral.

Debilidades.

- No se llevó a cabo la encuesta de percepción ética y la evaluación de la implementación de la política de integridad, prácticas fundamentales en gobierno corporativo, lo cual impide identificar áreas de mejora y reforzar la cultura institucional.
- Falta la definición de indicadores de gestión que permitan medir la implementación del código de integridad.
- Se materializó el riesgo del uso inadecuado de información privilegiada en la Institución.
- En el seguimiento al Plan Anticorrupción se evidenció que la institución se encuentra en proceso de identificación de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.
- Se retiraron proyectos estratégicos por la situación financiera de la institución.
- El manual de contratación se encuentra desactualizado.
- Se identificó que la entidad no ha cumplido con la obligación de publicar los estados financieros de acuerdo con los lineamientos establecidos por la contaduría general de la nación.

EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Fortalezas.

- La alta dirección evalúa periódicamente los objetivos y el cumplimiento de éstos mediante el plan de acción. Además, la oficina de auditoría interna realizó la auditoría al proceso de planeación.
- En la política de riesgos y la política de control interno se establece claramente los lineamientos para abordar la materialización de riesgos, incluyendo las actividades de la primera línea hasta la línea estrategia.
- Se actualizó la matriz de riesgo teniendo en cuenta las materializaciones de riesgos de cada proceso.
- En el plan de mejoramiento institucional se lleva a cabo los seguimientos a las acciones definidas para resolver la materialización de riesgos. Cada líder de proceso actualiza el formato de riesgos materializados.
- En el manual de funciones se encuentran segregadas las funciones de las personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.
- Se cuenta con un procedimiento de consolidación de la evaluación de planes, programas y proyectos para establecer la eficiencia y eficacia y tomar decisiones para su mejora e intervención.

Debilidades.

- Falta complementar la Política de Riesgos con lineamientos para las áreas tercerizadas que pueden afectar la prestación del servicio en el hospital.
- Falta actualizar la matriz de riesgos con los riesgos inherentes en todos los procesos.
- Llevar a cabo capacitaciones en el nuevo aplicativo de seguimiento de riesgos y de mejoramiento HOPEX, al dotar al personal con el conocimiento necesario, se optimiza los procesos.
- Se encuentra pendiente el análisis del impacto en el Sistema de Control Interno Institucional con enfoque en la gestión del cambio de acuerdo al procedimiento gestión de la comunicación en el proceso de planeación.

ACTIVIDADES DE CONTROL.

Fortalezas.

- Todos los sistemas que se encuentran certificados se integran adecuadamente a la estructura de control de la entidad.
- En la política de gobierno digital se tienen definidas las actividades realizadas por el proveedor de servicios.
- El Instructivo gestión de usuarios en donde se asignan los roles y perfiles de las cuentas de usuarios, el cual se encuentra actualizado.
- Los 39 procesos definieron los controles acordes a la metodología del DAFP.

Debilidades.

- La auditoría externa programada en el plan anual no se llevó a cabo. Esta omisión representa un riesgo significativo, especialmente en el ámbito de la ciberseguridad.
- Falta elaborar, normalizar, divulgar e implementar la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos normalizada en la gestión de planeación del mapa de procesos de la entidad, de acuerdo al modelo integrado de planeación y gestión - MIPG.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

Fortalezas.

- Los sistemas de información en especial SAP, han sido implementados con el propósito de apoyar la gestión de la organización, a través de los desarrollos de reportes e informes de BI se entrega la información relevante solicitada por las áreas.
- Se encuentra actualizada 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, se requiere la gobernabilidad del dato explícito en el proyecto 7.4. con un alcance inicial de la calidad del dato hasta llegar al BigData.
- La institución cuenta con diferentes mecanismos para que la alta dirección dé 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 y con la política de cero papel.
- El Hospital dio inicio al proceso de reactivación e implementación de la Línea de Transparencia.
- Se presentó el índice de transparencia activa realizado por la Procuraduría general de la nación, se resalta el esfuerzo de la institución para comunicar y divulgar toda la información en cumplimiento de la Ley 1712.
- Desde el proceso SIAU se analiza periódicamente la evaluación de la percepción por parte de los usuarios.

Debilidades.

- Materialización del riesgo reputacional de la comunicación externa.

ACTIVIDADES DE MONITOREO.

Fortalezas.

- Presentación al Comité Institucional Coordinador de Control Interno CICC del 18 de diciembre el Plan Anual de Auditorías 2024 "Para Agregar Valor".
- En la estructura del informe de auditoría se tiene contemplado el riesgo asociado a cada observación.
- Se realiza la evaluación de la efectividad de los controles de los riesgos identificados de la matriz institucional, calificado como efectivo, inefectivo y parcialmente efectivo según lo establecido en la guía del DAFP.

- 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
- A raíz de las auditorías, se ha elaborado el Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna, cuyo seguimiento ha favorecido el cumplimiento del ciclo de auditoría. Además, se lleva a cabo un seguimiento semestral al Plan de Mejoramiento Institucional.
- El proceso del SIAU cuenta con indicadores que miden su eficiencia. Es de resaltar la importancia del seguimiento a las PQRSD en los comités y demás escenarios de mejoramiento institucional. Las PQRSD son llevadas al plan de mejoramiento institucional.
- Los mecanismos para evaluar el sistema de control interno, está determinado por lo siguiente: Evaluación del plan anticorrupción(cuatrimestral), seguimiento a los controles de la matriz de riesgo (cuatrimestral), El ITA de manera anual, y con seguimiento permanente dando cumplimiento al Ley 1712 de 2014, FURAG (anual),evaluación al Sistema Institucional de Control Interno(semestral), Grupos de mejoramiento de direccionamiento y gerencia de acreditación

Debilidades.

- El mecanismo que tiene la entidad para evaluar la adherencia a los estándares de calidad "olimpiadas de calidad" no se llevó a cabo en el último bimestre. Quedando como elemento de evaluación la adherencia a los despliegues.
- No fue evidenciable el plan de mejoramiento de la Supersalud para su seguimiento.

6. Conclusión General.

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

Si

Durante el segundo semestre del año 2023, la Entidad llevó a cabo actividades con el objetivo de mantener el estado del Sistema de Control Interno en niveles satisfactorios. Estas acciones estuvieron enfocadas en fortalecer los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), los cuales operan de manera coordinada con las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Estas políticas son implementadas por todos los funcionarios de la institución.

Como resultado, el porcentaje obtenido en la matriz que evalúa el estado del Sistema Institucional de Control Interno del Hospital General de Medellín fue del 85% durante dicho período. Este valor representa una mejora del 1,19% en comparación con la medición realizada durante el primer semestre de 2023.

¿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 demuestra su efectividad al operar a través de las Líneas estructuradas en el marco del Modelo de Operación por Procesos. Este enfoque

proporciona una seguridad razonable en la gestión institucional, asegurando el cumplimiento del propósito de la MEGA del hospital y sus objetivos estratégicos, así como la calidad de la información proporcionada a diversos grupos de interés.

Durante los ejercicios de evaluación independiente realizados por la Oficina de Auditoría Interna, se emitieron recomendaciones en los diferentes procesos de aseguramiento. Estas recomendaciones se hicieron con el propósito de contribuir al proceso de mejora continua de la Entidad. En línea con las actividades desempeñadas durante el período evaluado, se observa que la entidad exhibe un desarrollo óptimo y mantiene un nivel satisfactorio en el sostenimiento del Sistema Institucional de Control Interno

La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Modelo de las Líneas) **que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):**

Si

El Hospital General de Medellín (HGM) cuenta con una política de Control Interno debidamente aprobada y normalizada. A través del Modelo de Operación por Procesos, el HGM ha definido los roles y responsabilidades para la aplicación de controles dentro de la entidad. Este enfoque proporciona seguridad razonable en la gestión de riesgos, ya que la clarificación de las funciones y deberes esenciales de cada actor involucrado en la gestión institucional contribuye a la consolidación del Sistema de Control Interno.

Desde el ejercicio de evaluación independiente, se lleva a cabo la evaluación de la gestión del riesgo, la cual es conducida por cada uno de los procesos de la entidad, a través del comité de gestores del riesgo. En la política de Gestión de Riesgos, se encuentran definidas las líneas, roles y responsabilidades correspondientes. Este enfoque integral garantiza una gestión efectiva de los riesgos en la institución.

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.

- 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.
- Implementar iniciar un plan de divulgación para el uso de la línea de transparencia.
- Formular un plan de capacitación el cual debe contener instrumentos e indicadores que permitan medir el impacto de las capacitaciones en los procesos de la institución.
- Diseñar y aprobar del mapa de aseguramiento de la institución de acuerdo a los lineamientos del DAFP.
- Elaborar la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos normalizada en la gestión de planeación del mapa de procesos de la entidad.
- Llevar a cabo la encuesta de percepción ética, práctica fundamental en gobierno corporativo, lo cual permite identificar áreas de mejora y reforzar la cultura institucional.
- Actualizar el manual de contratación.
- Publicar los estados financieros de acuerdo con los lineamientos establecidos por la contaduría general de la nación.

- Ejecutar a auditoría externa programada en el plan anual 2024.
- Incluir el plan de mejoramiento de la Super Salud en el Plan de mejoramiento institucional.
- Realizar de la ejecución de la encuesta de percepción Ética y la encuesta de percepción de la Línea de Transparencia como buenas prácticas de gobierno corporativo.

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. Revisión y aprobación del Informe.

Será socializado y aprobado en el Comité Institucional Coordinador de Control Interno y adicionalmente se socializará a la Junta Directiva.

Comité Institucional Coordinador de Control Interno.

El Plan fue revisado y aprobado por el Comité Institucional Coordinador de Control Interno – CICC, según el Acta No. HGM009 20240000051 del 29 de enero de 2024, Comité integrado por:

N°	Nombre	Cargo
1	Mario Fernando Córdoba Pérez	Gerente
2	Antonio Nicolás Cruz Riaño	Subgerente de Procesos Asistenciales
3	Liliana María Ricaurte Yarce	Subgerente de Procesos Admin. y Financieros
4	Luisa Fernanda Correa Marín	Jefe Oficina Jurídica
5	Rosmira Mosquera Padilla	Jefe de Calidad y Planeación
6	Sandra Milena López Montes	Directora Gestión Humana
7	Andrés Alberto Gómez Acosta	Líder de Sistemas
8	Carlos Mauricio Chalarca	Oficial de Cumplimiento
9	Nathalia Correa León	Jefe Auditoría Interna (E)

10. Publicación.

El Informe debe ser publicado antes del 30 de enero de 2024, 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: **Nathalia Correa León,**
Jefe Auditoría Interna (E).

Medellín, 30 de enero de 2024.

