

Nombre de la Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE PAIPA BOYACÁ		
Periodo Evaluado:	01-01-2025 - 30-06-2025		
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad	66,64%
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno			
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Sí/ en proceso/ No) (Justifique su respuesta):	En proceso	Con corte a 30 de Junio de 2025 el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul se encuentra funcionando en la totalidad de componentes y ha mostrado un avance en relación a los reportes de períodos anteriores	
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Si	El sistema de Control Interno si es efectivo en el cumplimiento de objetivos institucionales puesto que los diferentes lineamientos se articulan con la planeación estratégica formando una sinergia en el objetivo de fortalecer el desempeño de la Institución	
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permite la toma de decisiones frente al control (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Si	Si, las diferentes decisiones se toman en base a resultados e informes presentados desde los diferentes procesos y comités institucionales que conforman las líneas estratégicas de la ESE. Adicional se actualiza la política de gestión de riesgos de la ESE, la cual se estructura en base a líneas de defensa.	
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
			ANALISIS DE FORTALEZAS La E.S.E. Cuenta con un código de Integridad el cual se revisa y ajustara de acuerdo a lineamientos de la Función Pública, para presentar en comité de Dirección y gerencia y posterior socialización en capacitación general de la E.S.E. A través de la Resolución No. 200-04-01-235 de 05 de septiembre de 2024 se ajustó la política de seguridad de la información, confidencialidad y protección de datos personales de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Paipa. Adicional, a través de la Resolución No. 200-04-01-014 de 05 de junio de 2024 se implementó el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información de la E.S.E. para la vigencia 2025. Mapa de Riesgos de Control que se realizó y publicado en la página web. Seguimiento a mapa de riesgos en informes cuatrimestrales del programa de Transparencia y ética pública.
Ambiente de control	Si	65%	ANALISIS DE DEBILIDADES El procedimiento para el manejo de conflicto de interés se socializa para aprobación en comité de gestión y desempeño del mes de Julio. No se ha implementado línea de denuncia interna de acuerdo a lineamientos definidos para el código de Integridad. No se ha actualizado el mapa de riesgos de gestión. No se realizan evaluaciones relacionadas con el retiro de personal como (medida ocupacional de egreso, desempeño laboral, revisión de documentación laboral y análisis de causa del retiro). No se han definido estándares de reporte y periodicidad acorde a estructura de líneas de defensa, aun así la E.S.E. direcciona y controla estos temas a través de los diferentes comités Institucionales
Evaluación de riesgos	Si	60%	ANALISIS DE FORTALEZAS Plataforma Institucional actualizada incluidos Objetivos estratégicos Plan de desarrollo adoptado mediante acuerdo de 2024 Planes de Gestión de Riesgos y estrategias de respuesta de la E.S.E., objetivos Estratégicos A través de la RESOLUCIÓN NÚMERO 200-04-01-0287 se ajustó la Política de Gestión del Riesgo Integral de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul de Paipa y cuyo alcance es para todos los funcionarios de la E.S.E. Con la implementación del Programa de Transparencia y ética pública para la vigencia 2025, se actualizó el mapa de riesgos de corrupción para seguimiento y control Algunos riesgos son identificados desde los mecanismos de integración, aun así no se cuenta con un informe o mecanismo definido para evaluar los riesgos asociados a actividades terciarizadas
Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente	
60%	Programa de seguridad de la Información A-GI-PG-001 Implementación y seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la E.S.E. Estado de funcionamiento del Comité de Gestión y Desempeño Institucional Actualización de Política de Gestión del riesgo Actualización de Plataforma estratégica e implementación de Planes Operativos Avales Actualización del Talento Humano como capacitaciones, bienestar e incentivos y SG-SST Funcionamiento del Comité de Sostenibilidad financiera Plan Anual de Auditorías aprobado en comité de Control Interno En cuanto a las debilidades del componente se encuentran: Ausencia de procedimientos para el manejo de conflictos de interés línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad Comité de Control Interno actualizado Evaluación de Gestión del Riesgo Mapas de riesgos de Gestión incluidos los controles para evitar la materialización del riesgo Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal Evaluación de Personal de carrera administrativa Auditorías enfocadas en la Gestión del Riesgo	5%	
51%	DEBILIDADES DEL COMPONENTE: La oficina de Planeación o gestión de riesgos no cumple con los lineamientos establecidos para consolidar la información clave frente a la gestión y materialización del riesgo DEBILIDADES DEL COMPONENTE: La oficina de Planeación o gestión de riesgos no cumple con los lineamientos establecidos para consolidar la información clave frente a la gestión y materialización del riesgo Seguimiento a acciones para evitar materializaciones del riesgo Implementar y hacer seguimiento al mapa de riesgos de Corrupción opacidad y fraude Evaluación de fallas en los controles por el direccionamiento Estratégico	9%	

Actividades de control	Si	58%	<p>ANALISIS DE FORTALEZAS La E.S.E. tiene una estructura organizacional definida, con líderes de procesos en diferentes áreas y apoyos a la gestión para reducir el riesgo de acciones fraudulentas. La Entidad implemento el Manual de Perfiles y competencias de Contratistas y Trabajadores en Misión de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Paja.</p> <p>Actualmente se encuentra documentado la actualización del Programa Gestión de la Tecnología</p> <p>Algunos controles son verificados desde los diferentes comités e informes institucionales. Sigue pendiente el seguimiento a partir del programa de gestión del riesgo</p> <p>Política de seguridad de la información</p> <p>ANALISIS DE DEBILIDADES</p> <p>No se tienen implementadas matrices de roles y usuarios, pero el Sistema de Información de la ESE (SIHOS) Permite la asignación de usuarios</p> <p>No se ha evaluado la actualización de procesos y demás herramientas para garantizar la aplicación de controles</p> <p>El diseño de controles no se evalúa frente a la Gestión del Riesgo</p>	<p>FORTALEZAS DEL COMPONENTE: Manual de Funciones y asignación de funciones por procesos</p> <p>Documentación de Manual de Perfiles</p> <p>Política de seguridad de la Información</p> <p>Política Integral de Gestión del Riesgo Actualizada</p>
Información y comunicación	Si	68%	<p>ANALISIS DE FORTALEZAS La E.S.E. tiene una estructura organizacional definida. Aun así tiene implementado el sistema SIHOS para cargar y validación de información La Entidad a través de los diferentes comités Institucionales, especialmente el de Gestión y Desempeño se dan a conocer los resultados, objetivos y el cumplimiento de metas estratégicas.</p> <p>La E.S.E. Ajusto la política de seguridad de la Información confidencialidad y protección de datos</p> <p>La E.S.E. implemento el Plan de Comunicaciones para la vigencia 2025 el cual desarrolla un capítulo específico a comunicación interna y externa</p> <p>La E.S.E. Cuenta con el proceso y líder de Gestión de la Información y la comunicación como responsable de los procedimientos y actividades propias del proceso, así como el validar la efectividad de los canales de comunicación</p> <p>La percepción de los usuarios es medida y gestionada desde la oficina de Atención al usuario. Además la Entidad cuenta con el comité de ética hospitalaria, mecanismo desde el cual se hace la trazabilidad a las diferentes PQRS radicadas en la E.S.E.</p> <p>ANALISIS DE DEBILIDADES</p> <p>La Entidad no cuenta con canales de información internos para denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares.</p> <p>La entidad no cuenta con procedimientos para el manejo de información entrante (quien recibe, quien clasifica, quien la analiza) y la respuesta requerida.</p>	<p>FORTALEZAS DEL COMPONENTE: Sistema de Información SIHOS</p> <p>Plan Estratégico de Tecnologías de la Información PETI</p> <p>Plan de Gerencia de la Información</p> <p>Plan de Gerencia de Comunicaciones</p> <p>Comité de Comunicación en la ESE</p> <p>Caracterización de Usuarios</p> <p>Analisis periódicos de PORs a través de comité de ética</p> <p>Evaluaciones Independientes de Oficina de Control Interno</p> <p>Presentación oportuna informes a entes de Control</p> <p>Seguimiento al Estado del sistema de Control Interno desde comité de Control Interno</p> <p>DEBILIDADES: Documentación de procedimientos Institucionales</p> <p>Mecanismos de Control sobre integridad, confidencialidad, y disponibilidad de los datos</p> <p>Planes de operación relacionadas con la administración de la Información</p> <p>Evaluar actividades de Plan de Gerencia de la Información</p> <p>Evaluación de Planes de mejoramiento desde la segunda Línea</p>
Monitoreo	Si	82%	<p>ANALISIS DE FORTALEZAS Plan de Auditorias aprobado y aprobado en comité de control interno de fecha 22 de enero de 2025</p> <p>De acuerdo al esquema de líneas de defensa en la E.S.E. la segunda linea corresponde a los líderes de procesos, quienes evalúan y hacen seguimiento a sus actividades y son socializados en los diferentes comités e Informes Institucionales</p> <p>La E.S.E. recibió visita por parte de la Contraloría para realizar auditoría de gestión. Además de visita por parte de la Superintendencia Nacional de Salud para evaluar el Plan de Mejoramiento Institucional PMI</p> <p>En los comités de control interno se socializa el estado del sistema de control interno para definir acciones de mejora y correctivas</p> <p>Planes de mejoramiento implementados en auditorias de 2025 los cuales incluyen actividades, responsables y fecha de plazo para su seguimiento</p> <p>La información relacionada con las deficiencias del sistema de Control Interno son reportadas a la alta dirección a través de los diferentes informes y en comité de Control Interno.</p> <p>Adicional los responsables de lineamientos y actividades del sistema de Control Interno en la E.S.E. Es decir los líderes son notificados de las actividades pendientes para fortalecer el sistema de Control Interno</p> <p>ANALISIS DE DEBILIDADES</p> <p>La oficina de control Interno hace evaluaciones independientes. Aun así no se pueden evaluar efectivamente todos los controles, puesto que no se ha implementado el programa de gestión de riesgo en la E.S.E. (mapa de riesgos)</p> <p>las acciones correctivas del Sistema de Control Interno no son realizadas en su totalidad</p> <p>El seguimiento y cierre a Planes de mejoramiento no ha sido el más efectivo</p>	<p>FORTALEZAS: Plan anual de Auditorias aprobado mediante Resolución Número 200-04-01-0056 de 2024</p> <p>Algunos resultados desde los diferentes comités Institucionales (27 Comités Institucionales)</p> <p>Algunos procesos (Contratación, Cartera, Facturación) presentaron informes en base a auditorias realizadas desde su liderazgo y/o por solicitud del Direccionamiento Estratégico</p> <p>Informe Plan de Mejoramiento requerido por Procuraduría a resultados de Desempeño Institucional</p> <p>DEBILIDADES: Auditorias basada en Riesgos</p> <p>Auditorias y monitoreos a partir de la segunda linea de defensa</p> <p>Evaluación y cierre de Planes de Mejoramiento</p>
		4%		