

# **INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

**PRIMER SEMESTRE DE 2024**

**HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.**

**LUISA FERNANDA ARISMENDI MUÑOZ  
JEFE DE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**Julio de 2024**

## CONTENIDO

INTRODUCCION .....	3
1. MARCO LEGAL.....	3
2. OBJETIVO .....	4
3. ALCANCE.....	4
4. DEFINICIONES.....	4
5. RESULTADOS .....	9
5.1. RECOMENDACIONES .....	17

## INTRODUCCION

El Proceso de Control Interno, en el marco de sus funciones y roles establecidos por la Ley, presenta a la Gerencia del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno implementado en la Entidad, en atención de las disposiciones legales vigentes sobre la materia, en especial las previstas en el Decreto 2106 de 2019 y la Circular 100-006 de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

La evaluación corresponde al período comprendido entre el primero (01) de enero al treinta (30) de junio de 2024, en los cinco componentes del Sistema de Control Interno establecido por el Estado Colombiano.

### 1. MARCO LEGAL

- 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.
  - Artículo 156. Reportes del responsable de control interno. El artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedará así:

“ARTÍCULO 14. ... El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) 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, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.”

- Circular 100-006 de 2019, del Departamento Administrativo de la Función Pública. Lineamientos Generales para el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno.

## 2. OBJETIVO

Evaluar, en forma cuantitativa y cualitativa, el estado de Sistema de Control Interno y sus componentes, en el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.

## 3. ALCANCE

El presente informe corresponde al período comprendido entre el primero (01) de enero al treinta (30) de junio de 2024.

El informe semestral de Evaluación del Estado del Sistema de Control Interno se presenta mediante el diligenciamiento y reporte del formulario establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, por medio del cual se hacen las valoraciones cuantitativas y cualitativas requeridas.

## 4. DEFINICIONES

- Actividad de control. Acciones establecidas en los procesos, políticas, procedimientos u otras herramientas que permiten que se lleven a cabo las instrucciones de la Administración para mitigar los riesgos relacionados con el logro de los objetivos. Las Actividades de Control son un Componente del Control Interno.
- Alta Dirección. Comprende los empleos del Nivel Directivo a los cuales corresponden funciones de dirección general, de formulación de políticas institucionales y de adopción de planes, programas y proyectos. (Decreto 770 de 2005).
- Ambiente de control. El ambiente de control establece el tono de una organización. Es la base de los otros componentes del control interno pues define los valores y principios con los cuales se rige la entidad e influye en la conciencia de los servidores sobre la forma en que se deben llevar a cabo las operaciones.
- Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Instancia del más alto nivel jerárquico, creado como órgano asesor e instancia decisora en los asuntos de control interno, de obligatoria conformación para todas las entidades estatales. (Ley 87 de 1993, art 13 y Decreto 648 de 2017).

- Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Instancia del más alto nivel jerárquico, encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, de obligatoria conformación para todas las entidades estatales. (Decreto 1499 de 2017).
- Componente. Uno de los cinco elementos del Modelo Estándar de Control Interno MECI.
- Conflicto de interés. Situación en la cual un auditor interno, que ocupa un puesto de confianza, tiene interés personal o profesional en competencia con otros intereses. Tales intereses pueden hacerle difícil el cumplimiento imparcial de sus tareas. (Tomado de las Normas Internacionales de Auditoría Interna Norma 1120).  
En el sector público el conflicto de interés existe cuando el interés personal de quien ejerce una función pública colisiona con los deberes y obligaciones del cargo que desempeña. (Guía Conflictos de Interés de Servidores Públicos. Función Pública. 2018).
- Controles generales de TI. Actividades de control que ayudan a asegurar la apropiada operación de la tecnología, incluyen los controles sobre la infraestructura de tecnología, seguridad de la información, adquisición de tecnología su desarrollo y mantenimiento.
- Control Interno. Estructura de procesos, políticas, procedimientos, manuales y otras herramientas diseñadas por la entidad para proporcionar seguridad razonable de que los objetivos y metas se alcanzarán y que los eventos no deseados se evitaren o bien se detectaran y corregirán.
- Control Interno Efectivo. El Sistema de Control Interno para que sea efectivo requiere que cada uno de los cinco componentes del MECI y sus lineamientos, estén presentes, funcionando y operando de manera articulada con el MIPG.
- Corrupción. Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- COSO. Committe of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (por sus siglas en inglés). COSO es una iniciativa conjunta de cinco organizaciones del sector

privado y se dedica a liderar el desarrollo de marcos y guías en control interno y gestión de riesgos.

- Cumplimiento. Está relacionado con el cumplimiento a las leyes y regulaciones aplicables a la Entidad.
- Deficiencia de control. Es una falla con respecto a un control particular o actividad de control.
- Deficiencia del Sistema de Control Interno. Se asocia a fallas o brechas en un componente o componentes y sus lineamientos que tiene la capacidad para generar riesgos.
- Evaluación de Riesgos. Proceso que permite a cada entidad identificar, analizar y administrar riesgos relevantes para el logro de sus objetivos.
- Evaluaciones continuas. Corresponden a actividades (manuales o automáticas) que sirven para monitorear la efectividad del control interno en el día a día de las operaciones. Estas evaluaciones incluyen actos regulares de administración, comparaciones, conciliaciones y otras acciones rutinarias.
- Evaluación independiente. Se entiende como las prácticas de examen al control interno y ejercicio de auditoría llevadas a cabo por la oficina de control interno o quien haga sus veces, teniendo en cuenta las normas de auditoría generalmente aceptadas
- Evaluaciones separadas. Incluye autoevaluaciones, en las que las personas responsables por una unidad o función particular (2a línea de defensa) determinan la efectividad de los controles para sus actividades clave para el logro de los objetivos institucionales.  
Así mismo, se incluyen las evaluaciones realizadas por las Auditorías (interna y externa).
- Funcionando. La determinación que los componentes y lineamientos son aplicados de forma sistemática como han sido diseñados y es posible analizar su efectividad para evitar la materialización de riesgos, mediante el contraste de información relevante.

- Gestión. Acción y efecto de administrar, organizar y poner en funcionamiento una empresa, actividad económica u organismo (adaptado de [www.rae.es](http://www.rae.es)).
- Gestión del Riesgo. Proceso para identificar, evaluar, manejar y controlar acontecimientos o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar aseguramiento razonable respecto del alcance de los objetivos de la Entidad.
- Grupos de Valor. Individuos u organismos específicos receptores de los resultados de la gestión de la Entidad (adaptado de OCDE 2002:36).
- Integridad. El economista estadounidense Anthony Downs “la integridad consiste en la coherencia entre las declaraciones y las realizaciones”, entendiéndose esta como una característica personal, que en el sector público también se refiere al cumplimiento de la promesa que cada servidor le hace al Estado y a la ciudadanía de ejercer a cabalidad su labor. (Tomado micrositio MIPG, Dimensión Talento Humano).
- Lineamiento. Especificaciones fundamentales asociadas a cada uno de los componentes del MECI que permitirán establecer la efectividad del Sistema de Control Interno.
- Líneas de Defensa. Esquema de asignación de responsabilidades, adaptada al Modelo de las tres Líneas de Defensa del Instituto de Auditores, el cual proporciona una manera simple y efectiva para mejorar las comunicaciones en la gestión de riesgos y control mediante la aclaración de las funciones y deberes esenciales relacionados.
- Mantenimiento del Control. Verificar periódicamente el control y ante cambios en el entorno externo o interno realizar los ajustes correspondientes o incluir un nuevo control.
- Mapa de riesgos. Herramienta cualitativa que permite identificar los riesgos de la organización en el cual se presenta una descripción de cada uno de ellos y su tratamiento.
- Oportunidad de Mejora. Hallazgo en el cual sí existe un cumplimiento, pero a pesar de ello se determina, bajo criterios objetivos, que existe un margen de mejora para optimizar más una actividad, tarea o proceso concreto.

- Política. Declaración emitida por la administración acerca de lo que debe hacerse para el control. Las políticas son la base para la definición de procedimientos.
- Presente. La determinación que existen en diseño e implementación de los requerimientos asociados a las políticas de gestión y desempeño.
- Procedimiento. Actividades desagregadas que implementan una política o determinan acciones concretas para la consecución de un objetivo o meta.
- Reporte. Información suministrada por diferentes instancias de la entidad, que incluye datos internos y externos, así como información financiera y no financiera, necesaria para la toma de decisiones.
- Riesgo. La posibilidad de que un evento ocurra y afecte de manera adversa el logro de los objetivos.
- Riesgo inherente. El riesgo frente al logro de los objetivos en ausencia de cualquier acción por parte de la administración para afectar el impacto o probabilidad de dicho riesgo.
- Riesgo residual. El riesgo frente al logro de los objetivos que permanece una vez la respuesta al riesgo ha sido diseñada e implementada por parte de la administración.
- Segregación de Funciones. Se refiere a la asignación de las responsabilidades con diferentes niveles de autorización con el fin de reducir errores o posibles situaciones de corrupción durante el normal desarrollo de sus funciones.
- Seguridad razonable. Concepto según el cual el control interno, por muy bien diseñado y ejecutado que esté, no puede garantizar que los objetivos de una entidad se consigan, debido a las limitaciones inherentes de todos Sistema de Control Interno.
- Valor Público. Resultados que un Estado debe alcanzar (observables y medibles) para dar respuesta a las necesidades o demandas sociales. Estos resultados están asociados a los cambios sociales producidos por la acción gubernamental y por las actividades y productos entregados por cada Institución pública (adaptado de BID, 2015).



## 5. RESULTADOS

El presente informe muestra el nivel de avance en la implementación de la séptima (7°) Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-: Control Interno, de acuerdo con la estructura del Modelo Estándar de Control Interno -MECI-. Para cada uno de sus componentes:

- i. Ambiente de Control
- ii. Administración del Riesgo
- iii. Actividades de Control
- iv. Información y Comunicación
- v. Actividades de Monitoreo

Se hizo uso del “Formato-informe-sci-parametrizado-final”, establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Al realizar el comparativo de los componentes del MECI para el segundo semestre de la vigencia 2023 vs el primer semestre de la vigencia 2024, se cuenta con el siguiente resultado:

Componentes del MECI	Resultado Segundo Semestre de 2023	Resultado Primer Semestre de 2024	Comparativo
Ambiente de Control	81%	79%	↓
Evaluación de Riesgos	79%	76%	↓
Actividades de Control	92%	88%	↓
Información y Comunicación	89%	86%	↓
Actividades de Monitoreo	86%	82%	↓

De lo anterior se puede evidenciar que todos los cinco componentes disminuyeron. Lo anterior debido a cambios en diferentes lineamientos desde la Alta Dirección en el marco de la transición a la nueva Gerencia.

Actualmente el HROB continúa con la implementación de los lineamientos dados por la Superintendencia Nacional de Salud relacionados con el Sistema Integrado de Riesgos,

así como en el ajuste realizado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a la Guía de Administración de Riesgos. Lo anterior genera más criticidad sobre el cumplimiento de los mismos, en la medida que se puedan formular acciones que permitan mejorar lo avanzado en la actualidad.

A continuación, se presenta el consolidado de calificación cualitativa y cuantitativa de cada uno de los componentes:



E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO  
*El HROB Te Cuida*  
**COMUNICACIÓN OFICIAL**  
 FR1-GDC Versión 05

<b>Nombre de la Entidad:</b>	Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.
<b>Periodo Evaluado:</b>	Primer Semestre de 2024

<b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</b>	<b>82%</b>
--	------------

<b>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</b>	En proceso	Los componentes del Sistema de Control Interno de la Entidad se encuentran en proceso de operación integrada, observándose que se mantienen los mismos y su cumplimiento durante el segundo semestre de 2023 y el primer semestre de 2024.
<b>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</b>	Si	El Sistema de Control Interno es efectivo frente a los objetivos evaluados, se encuentra estructurado y permite alcanzar los objetivos propuestos. Se cuenta con documentación mínima sobre los elementos del Modelo Estándar de Control Interno -MECI-.
<b>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):</b>	Si	La Entidad cuenta, dentro de su Sistema de Control Interno, cuenta con una Política de Control Interno donde se encuentran claramente definidas las Líneas de Defensa, así como sus responsables.



Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual	Nivel de Cumplimiento componente en el informe anterior	Estado del componente en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	79%	Se han presentado cambios en diferentes lineamientos desde la Alta Dirección en el marco de la transición a la nueva Gerencia. Sin embargo, la Entidad cuenta con el acto administrativo actualizado que establece el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cual se encuentra implementado; a través de esta instancia, se aprueba y realiza seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por la Oficina Asesora de Control Interno, al igual que evalúa su impacto en relación con la mejora institucional. De igual forma se encuentra documentado a través de la Política de Control Interno, el esquema de Líneas de Defensa, estableciendo sus responsabilidades y metas de cumplimiento. Se cuenta con una Política de Administración del Riesgos, la cual es monitoreada periódicamente, especialmente a los de tipo legal y financiero toda vez que son los de más alta probabilidad de ocurrencia. También, se evalúa la planeación estratégica, generando las alertas correspondientes sobre posibles incumplimientos.	81%	La Entidad cuenta con el acto administrativo actualizado que establece el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cual se encuentra implementado; a través de esta instancia, se aprueba y realiza seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por la Oficina Asesora de Control Interno, al igual que evalúa su impacto en relación con la mejora institucional. De igual forma se encuentra documentado a través de la Política de Control Interno, el esquema de Líneas de Defensa, estableciendo sus responsabilidades y metas de cumplimiento. Se cuenta con una Política de Administración del Riesgos, la cual es monitoreada periódicamente, especialmente a los de tipo legal y financiero toda vez que son los de más alta probabilidad de ocurrencia. También, se evalúa la planeación estratégica, generando las alertas correspondientes sobre posibles incumplimientos. Adicionalmente, la Alta Dirección analiza la información financiera de manera permanente, la cual es presentada además a la Junta Directiva para la toma de decisiones.	-2%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual	Nivel de Cumplimiento componente en el informe anterior	Estado del componente en el informe anterior	Avance final del componente
Evaluación de riesgos	Si	76%	Se han presentado cambios en diferentes lineamientos desde la Alta Dirección en el marco de la transición a la nueva Gerencia. Sin embargo, la Entidad cuenta con el Plan de Desarrollo 2020-2024, alineado a los objetivos estratégicos locales, municipales, nacionales e internacionales, así como con el Plan de Acción anualizado; en este sentido se está trabajando en la elaboración y aprobación del nuevo Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2024-2027. Cuenta con procesos definidos, específicos, medibles, alcanzables y delimitados en el tiempo, los cuales son evaluados periódicamente para asegurar su pertinencia; en este sentido, se está en la actualización de todo el MOP y su parte documental. Con relación a los riesgos, la Entidad cuenta con la adecuada división de funciones y responsables en el desarrollo de las acciones de control con el fin de reducir la ocurrencia de los mismos. De manera permanente se monitorean las condiciones del entorno, tanto interno como externo, en el marco de la identificación de nuevos riesgos.	79%	La Entidad cuenta con el Plan de Desarrollo 2020-2024, alineado a los objetivos estratégicos locales, municipales, nacionales e internacionales, así como con el Plan de Acción anualizado. Cuenta con procesos definidos, específicos, medibles, alcanzables y delimitados en el tiempo, los cuales son evaluados periódicamente para asegurar su pertinencia. Con relación a los riesgos, la Entidad cuenta con la adecuada división de funciones y responsables en el desarrollo de las acciones de control con el fin de reducir la ocurrencia de los mismos. De manera permanente se monitorean las condiciones del entorno, tanto interno como externo, en el marco de la identificación de nuevos riesgos.	-3%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual	Nivel de Cumplimiento componente en el informe anterior	Estado del componente en el informe anterior	Avance final del componente
Actividades de control	Si	88%	Se han presentado cambios en diferentes lineamientos desde la Alta Dirección en el marco de la transición a la nueva Gerencia. Sin embargo, la Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad certificado bajo la norma técnica ISO 9001:2015, el cual se encuentra totalmente integrado a la estructura de control establecida en el Hospital. En el marco de las tecnologías de la información, se cuenta con los planes propios del área y se realizan acciones encaminadas al control y verificación de los proveedores de este tipo de servicios. En el marco de las auditorías al SGC, se evalúan los procesos, procedimientos, políticas, y en general toda la documentación del SGC, con el fin de garantizar su aplicación e implementación adecuadas. Finalmente, se evalúa el diseño de controles frente a la gestión del riesgo.	92%	La Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad certificado bajo la norma técnica ISO 9001:2015, el cual se encuentra totalmente integrado a la estructura de control establecida en el Hospital. En el marco de las tecnologías de la información, se cuenta con los planes propios del área y se realizan acciones encaminadas al control y verificación de los proveedores de este tipo de servicios. En el marco de las auditorías al SGC, se evalúan los procesos, procedimientos, políticas, y en general toda la documentación del SGC, con el fin de garantizar su aplicación e implementación adecuadas. Finalmente, se evalúa el diseño de controles frente a la gestión del riesgo.	-5%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual	Nivel de Cumplimiento componente en el informe anterior	Estado del componente en el informe anterior	Avance final del componente
Información y comunicación	Si	86%	Se han presentado cambios en diferentes lineamientos desde la Alta Dirección en el marco de la transición a la nueva Gerencia. Sin embargo, la Entidad cuenta con sistemas de información para capturar y procesar datos, con el fin de analizarlos posteriormente por cada uno de los procesos involucrados, contando con el inventario de información relevante el cual es actualizado de manera periódica. El Hospital ha desarrollado mecanismos para garantizar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información relevante para la Entidad, a través del Subproceso Gestión Documental. La comunicación interna se desarrolla a través de canales electrónicos y físicos, donde se dan a conocer los objetivos y metas estratégicas, así como el grado de cumplimiento y avance de las mismas. Se cuenta con sitio web actualizado y respondiendo a los lineamientos dados por la Ley de Transparencia, para el acceso de la información a toda la comunidad.	89%	La Entidad cuenta con sistemas de información para capturar y procesar datos, con el fin de analizarlos posteriormente por cada uno de los procesos involucrados, contando con el inventario de información relevante el cual es actualizado de manera periódica. El Hospital ha desarrollado mecanismos para garantizar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información relevante para la Entidad, a través del Subproceso Gestión Documental. La comunicación interna se desarrolla a través de canales electrónicos y físicos, donde se dan a conocer los objetivos y metas estratégicas, así como el grado de cumplimiento y avance de las mismas. Se cuenta con sitio web actualizado y respondiendo a los lineamientos dados por la Ley de Transparencia, para el acceso de la información a toda la comunidad. La percepción de los usuarios es analizada y evaluada de manera periódica, con el fin de generar acciones de mejora.	-3%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual	Nivel de Cumplimiento componente en el informe anterior	Estado del componente en el informe anterior	Avance final del componente
Monitoreo	Si	82%	Se han presentado cambios en diferentes lineamientos desde la Alta Dirección en el marco de la transición a la nueva Gerencia. Sin embargo, el Comité Institucional de Control Interno aprobó el Plan Anual de Auditoría presentado por la Oficina Asesora de Control Interno, el cual evalúa periódicamente los resultados de la ejecución del Plan mencionado, que busca conocer la efectividad del Sistema de Control Interno de la Entidad. El Plan Anual de Auditoría está siendo implementado por la Oficina Asesora de Control Interno, además que considera las evaluaciones independientes realizadas por otros Entes de Control, realizando además seguimiento a las acciones de mejora formuladas en Planes de Mejoramiento, que permitan dar subsanar los hallazgos encontrados, y mejorar la efectividad del SCI; en este sentido, y en el marco del hallazgo dejado en firme por el Ente de Control, se está implementado las acciones de mejoras que buscan fortalecer el Proceso Control Interno, actualizando su documentación y ajustando Plan Anual de Auditoría Interna a los roles de la Oficina de Control Interno.	86%	El Comité Institucional de Control Interno aprobó el Plan Anual de Auditoría presentado por la Oficina Asesora de Control Interno, el cual evalúa periódicamente los resultados de la ejecución del Plan mencionado, que busca conocer la efectividad del Sistema de Control Interno de la Entidad. El Plan Anual de Auditoría está siendo implementado por la Oficina Asesora de Control Interno, además que considera las evaluaciones independientes realizadas por otros Entes de Control, realizando además seguimiento a las acciones de mejora formuladas en Planes de Mejoramiento, que permitan dar subsanar los hallazgos encontrados, y mejorar la efectividad del SCI.	-4%



## 5.1. RECOMENDACIONES

Desde la Oficina Asesora de Control Interno se sugieren las siguientes recomendaciones que, si bien estas acciones se realizan en el Hospital en alguna medida, se establecen para fortalecer el Sistema de Control Interno:

- Dimensión: Talento Humano  
Política: Integridad
  - Con relación al Código de Integridad, analizar las desviaciones a su aplicación, analizar la convivencia laboral, así como los temas disciplinarios internos, las quejas o denuncias sobre los Servidores Públicos y Colaboradores de la Entidad, entre otros temas relacionados.
  - Determinar los mecanismos para el manejo de conflictos de interés, documentarlos mediante una guía o instructivo, y socializarlos a todo el personal.
- Dimensión: Información y Comunicación  
Política: Transparencia y Acceso a la Información Pública  
Gestión Documental
  - Determinar los mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la Entidad.
  - Desarrollar e implementar actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes.
  - Contar con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante (quien la recibe, quien la clasifica, quien la analiza), y la respuesta requerida (quien la canaliza y la responde).

- Dimensión: Información y Comunicación
  - Contar con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad).
  - Contar con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y contar con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos.
  - Establecer e implementar políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva.
  - Desarrollar e implementar controles que facilitan la comunicación externa, incluyendo políticas y procedimientos, tanto para los Servidores Públicos como los Colaboradores de la Entidad.
- Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación  
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
  - Dado que existe una Línea Anticorrupción al interior de la Entidad, establecer si ha aportado para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales.
- Dimensión: Direccionamiento Estratégico / Control Interno  
Política: Planeación Institucional
  - Actualizar y evaluar la Política de Administración del Riesgo (acorde con los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP-, y los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud sobre el Sistema Integrado de Administración de Riesgos). La evaluación debe considerar su aplicación en la Entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.
  - Evaluar periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.

- Cuando se detecten materializaciones de riesgo, definir los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.
  - Definir los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción, acorde con el análisis del entorno interno y externo.
  - Monitorear los factores internos y externos definidos para la Entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes, acorde con lo establecidos en la Política de Administración de Riesgos.
- Dimensión: Evaluación de Resultados  
Política: Seguimiento y Evaluación al Desempeño Institucional
- Evaluar la planeación estratégica considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento.
  - Llevar a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.
- Dimensión: Gestión con Valores para el Resultado  
Política: Gobierno Digital / Seguridad Digital
- Establecer actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas, los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías.
  - Seleccionar y desarrollar actividades de control internas sobre las actividades realizadas por los proveedores de servicios de tecnología.



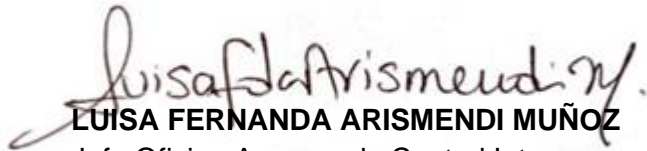
E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

*El HROB Te Cuida*

**COMUNICACIÓN OFICIAL**

FR1-GDC Versión 05

En espera que las recomendaciones de Control Interno contribuyan al mejoramiento continuo de los procesos involucrados en el mantenimiento de la implementación adecuada del Sistema de Control Interno de la Entidad.

  
**LUISA FERNANDA ARISMENDI MUÑOZ**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Carrera 29 # 39-51 Palmira Valle del Cauca  
Tel: (2) 2856161 e-mail: [ventanillaunica@hrob.gov.co](mailto:ventanillaunica@hrob.gov.co)  
[www.hrob.gov.co](http://www.hrob.gov.co)

Nit 815.000.316-9



Página 20 de 20