

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011
E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO**

Jefe de Control Interno:	MARLY YOHANA GONZÁLEZ MARTÍNEZ	Período evaluado: del 13 de Marzo de 2018 al 11 de Julio de 2018.
		Fecha de elaboración: Julio 11 de 2018

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, a continuación se presenta y se publica en la página web, el informe del Estado del Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo. Para la elaboración de este informe, se empleó como referente el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, recientemente aprobado mediante el Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017, el cual se conforma de 7 dimensiones, las cuales son: Dimensión del Talento Humano, Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación, Dimensión Gestión con Valores para el Resultado, Dimensión Evaluación con Resultados, Dimensión Información y Comunicación, Dimensión Gestión del Conocimiento y Dimensión Control Interno. Las cuales son representadas en el siguiente gráfico.

Dimensión del Modelo	Cuestionarios
1. Talento humano	1.1 Gestión del Talento Humano
2. Direccionamiento estratégico y planeación	1.2 Integridad
	2.1 Direccionamiento y Planeación
3. Gestión con valores para el resultado	2.2 Plan Anticorrupción
	3.1 Gestión Presupuestal
	3.2 Gobierno Digital (antes Gobierno en línea)
	3.3 Defensa Jurídica
	3.4 Servicio al Ciudadano
	3.5 Trámites
	3.6 Participación Ciudadana
4. Evaluación de Resultados	3.7 Rendición de Cuentas
	4. Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional
5. Información y comunicación	5.1 Gestión Documental
	5.2 Transparencia y Acceso a la Información
6. Gestión del Conocimiento	NA
7. Control interno	7. Control Interno

GLOSARIO

AUTOCONTROL: Es toda acción operativa ejecutada por los funcionarios, en el marco de su cotidianidad, de la ética, la legalidad y la efectividad, tendiente a garantizar el cumplimiento de las políticas y estrategias de la institución.

AUTORREGULACIÓN: Aplicar de forma participativa los procedimientos y métodos establecidos en la normatividad para así permitir el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno (SCI).

AUTOGESTIÓN: Capacidad de aplicar, coordinar e interpretar la función administrativa que ha sido asignada.

AUTOEVALUACIÓN: Ejercicio permanente de reflexión y de acción para la mejora continua del servicio, su finalidad es la calidad deseada y la satisfacción de la sociedad en general.



EVALUACIÓN: Es un proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas presupuestadas. Se aplica antes de, durante, y después, de las actividades desarrolladas

MECI: Modelo Estándar de Control Interno. El modelo es una herramienta gerencial que tiene como fin servir de control de controles para que las entidades del Estado logren cumplir con sus objetivos institucionales y con el marco legal aplicable a ellas.

MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Articula el que hacer institucional, mediante los lineamientos de cinco políticas de desarrollo administrativo y el monitoreo y evaluación de los avances en la gestión institucional y sectorial. El talento humano y los recursos administrativos, tecnológicos y financieros se convierten en el soporte para el cumplimiento de las metas institucionales y de Gobierno.

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG

Por medio de la Resolución número 056 del 23 de Marzo de 2018, se institucionaliza la aplicación del modelo en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, realizando reuniones y socializaciones para la puesta en marcha del mismo.

RESULTADOS DEL AUTODIAGNÓSTICO

Cada líder con su equipo de trabajo realizaron el autodiagnóstico, del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

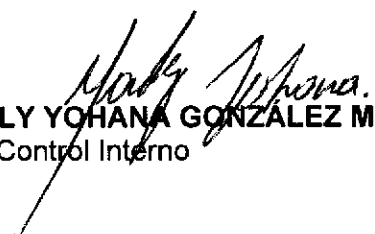
DIMENSION		POLITICA	RESULTADOS
1.Talento Humano	1.1	Gestión de Talento Humano	72
2.Direccionamiento Estratégico y Planeación	2.1	Direccionamiento y Planeación	51,8
		Plan Anticorrupción	69,1
3.Gestión con valores para el resultado	3.1	Gestión Presupuestal	96,8
	3.2	Gobierno Digital	61,2
	3.3	Defensa Jurídica	60,9
	3.4	Servicio al Ciudadano	68,4
	3.5	Trámites	8,2
	3.6	Participación Ciudadana	32,6
	3.7	Rendición de Cuentas	51,9
4.Evaluación con Resultados	4.1	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	91,3
5.Información y Comunicación	5.1	Gestión Documental	33,7
	5.2	Transparencia y Acceso a la Información	53,1



6. Gestión del Conocimiento	6.1	Gestión del Conocimiento	40
7. Control Interno	7.1	Control Interno	68,9



MÓNICA NATALIA AVELLANEDA GALVIS
Subdirección Administrativa y Financiera



MARLY YOHANA GONZÁLEZ MARTÍNEZ
Jefe Control Interno



64
AÑOS

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011
E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO**

**MARLY YOHANA GONZÁLEZ
MARTÍNEZ**

Periodo evaluado: del 13 de Marzo de 2018 al 11 de Julio de 2018.

Fecha de elaboración: Julio 11 de 2018

Jefe de Control Interno:

DIMENSIONES

DIMENSION	(1)DIMENSIÓN TALENTO HUMANO	(2)DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO O ESTRATEGICO	(3)DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS	(4)DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS	(5)DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	(6)GESTIÓN DE CONOCIMIENTO	(7)DIMENSIÓN CONTROL INTERNO
Responsables asignados	Líder de Talento Humano	Líder de Planeación.	Líder Administrativa y Financiera y Líder de Planeación.	Líder de Planeación	Líder de Planeación y Líder de Sistemas y Comunicaciones.	Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	Líder de Control Interno
Autodiagnóstico	Se realizó la autoevaluación de la dimensión Humano obteniendo como resultado: 72,0 puntos de 100 posibles.	Se realizó la autoevaluación de la Dimensión de Planeación, obteniendo un puntaje de 51,8 de los 100	Se realizó la autoevaluación obteniendo el siguiente resultado: Gestión Presupuestal 96,8 de 100 puntos posibles, Gobierno Digital 61,2 de 100 puntos posibles, Defensa Judicial	Se realizó la autoevaluación de la Política de Seguimiento Evaluación Desempeño Institucional obteniendo como	Se realizó la autoevaluación obteniendo resultados: Gestión Documental 33,7 de 100 puntos posibles, Transparencia y Acceso a la	El modelo no contempla a la fecha autodiagnóstico para esta dimensión. Esta dimensión fortalece de forma	Se realizó la autoevaluación obteniendo 68,9 puntos de los 100 posibles.

	posibles.	60,9 de 100 puntos posibles, Servicio al Ciudadano 68,4 de 100 puntos posibles, Trámites 8,2 de 100 puntos posibles, Participación Ciudadana 32,6 de 100 puntos posibles, Rendición de Cuentas 51,9 de 100 puntos posibles.	resultado: 91,3 de 100 puntos posibles.	Información 53,1 de 100 puntos posibles,	transversal a las demás dimensiones (Direccionamiento Estratégico, y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno e Información y Comunicación), en cuanto el conocimiento que se genera o produce en una entidad es clave para su aprendizaje y su evolución.
Institucionalización del modelo	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.
Análisis de brechas frente a	La E.S.E cuenta con un Plan Institucional	Dando cumplimiento a la Ley 1474 de	La entidad cuenta con una estructura	Las PQRS son un mecanismo que	Actualmente no posee
			El líder de Planeación realiza trimestralmente	que	Se abre un desarrollo integral

<p>los lineamientos de las políticas</p>	<p>de Capacitación (PIC) vigencia 2018, el cual se viene ejecutando cumpliendo con el cronograma y las actividades establecidas, de igual manera se cuenta con un plan de bienestar e incentivos. El cronograma de Seguridad y Salud en el Trabajo se viene cumpliendo de acuerdo a la normatividad establecida. La brecha que existe es gestionar adecuadamente el ciclo del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro), esta dimensión orienta el ingreso y desarrollo de los servidores garantizando el principio de mérito en la provisión de empleos, el desarrollo de competencias, la</p>	<p>2011 en su artículo 73, la E.S.E tiene definido su Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano desde el mes de vigencia 2018, el cual se encuentra publicado en la página de la entidad https://www.hospitalsancamilo.gov.co/index.php/nuestra-gestion/plan-anticorrupcion, la oficina de control interno realiza seguimiento cuatrimestral dando cumplimiento a lo estipulado en la normatividad vigente. La brecha que existe es que en la elaboración de los planes no se tiene en cuenta a la comunidad o grupos de valor en general, realizándose de</p>	<p>organizacional que cumple con necesidades de la misma, con una gestión presupuestal eficaz y eficiente, se cuenta con una defensa judicial comprometida con los intereses de la E.S.E, al personal de la entidad le falta más compromiso y participación en cuanto a los programas y planes ambientales para alcanzar el mejoramiento continuo del cuidado del medio ambiente. La brecha que se presenta frente a la racionalización de trámites se debe a que se está a la espera de la aprobación de los mismos por medio del SUIT, además de la falta de implementación del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, para así asegurar los canales de información con los que puedan contar los grupos</p>	<p>seguimiento a todas las dependencias para reportar las metas del Plan Operativo Anual (POA). La brecha se encuentra en la creación de unos indicadores que midan de forma eficiente y eficaz la gestión y así contribuyan a la toma de decisiones.</p>	<p>permiten conocer las inquietudes de los grupos de valor para fortalecer el servicio que se presta a los usuarios, el área de Control Interno realiza un informe semestral de las PQRS y evalúa el proceso de la rendición de cuentas de la E.S.E por medio del Plan Anticorrupción, obteniendo la gerencia información relevante y de calidad para la toma de decisiones. La brecha en la política de transparencia y acceso a la información pública son los criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública y conocimiento sobre transparencia y acceso a la información por parte</p>	<p>evidencia sobre la existencia de una estrategia de gestión del conocimiento o de su implementación y/o intercambio del conocimiento.</p>	<p>en cada uno de los elementos que conforman el modelo MIPG y de esta manera dar cumplimiento a las metas institucionales garantizando la mejora continua y el cumplimiento de la calidad de los servicios. Desde la tercera línea de defensa se están realizando las auditorías internas y cumpliendo con la rendición de los diferentes informes de Ley. La brecha está en la gestión del riesgo.</p>
---	---	---	---	---	---	---	--

	prestación del servicio, de la aplicación y el desempeño individual.	adentro hacia afuera.	de valor para acceder a la información y consultar la información requerida.	de los funcionarios y público en general.	
Formulación de cronograma para la implementación o proceso de transición	El cronograma se realizó en el mes de enero de 2018.	El cronograma se realizó en el mes de enero de 2018.	El cronograma se realizó en el mes de enero de 2018.	El cronograma se realizó en el mes de enero de 2018.	El cronograma se realizó en el mes de enero de 2018.
Planes de mejora para la implementación o proceso de transición	Se encuentran en proceso de estudio para su elaboración.	Se encuentran en proceso de estudio para su elaboración.	Se encuentran en proceso de estudio para su elaboración.	Se encuentran en proceso de estudio para su elaboración.	Se encuentran en proceso de estudio para su elaboración.
Avances acorde al cronograma y planes de mejora	Se creó el Comité de Gestión y Desempeño Institucional mediante Resolución No. 56 del 23 de Marzo de 2018. Se realizaron las autoevaluaciones por parte de cada líder y su equipo de trabajo. Formulación del Plan Institucional de acuerdo a las directrices de MIPG.	Se creó el Comité de Gestión y Desempeño Institucional mediante Resolución No. 56 del 23 de Marzo de 2018. Formulación del Plan Institucional de acuerdo a las directrices de MIPG.	Se creó el Comité de Gestión y Desempeño Institucional mediante Resolución No. 56 del 23 de Marzo de 2018. Formulación del Plan Institucional de acuerdo a las directrices de MIPG.	Se creó el Comité de Gestión y Desempeño Institucional mediante Resolución No. 56 del 23 de Marzo de 2018. Formulación del Plan Institucional de acuerdo a las directrices de MIPG.	Se creó el Comité de Gestión y Desempeño Institucional mediante Resolución No. 56 del 23 de Marzo de 2018. Formulación del Plan Institucional de acuerdo a las directrices de MIPG.
Entre otros aspectos	Se realizó socialización del	Se realizó socialización del	Se realizó socialización del Modelo Integrado de	Se realizó socialización del	Se realizó socialización del

	Modelo Integrado de Planeación y Gestión a los Líderes de procesos por parte de la Función Pública. Se están realizando las reuniones del Comité y Desempeño Institucional.	Modelo Integrado de Planeación y Gestión a los Líderes de procesos por parte de la Función Pública. Se están realizando las reuniones del Comité y Desempeño Institucional.	Modelo Integrado de Planeación y Gestión a los Líderes de procesos por parte de la Función Pública. Se están realizando las reuniones del Comité y Desempeño Institucional.	Modelo Integrado de Planeación y Gestión a los Líderes de procesos por parte de la Función Pública. Se están realizando las reuniones del Comité y Desempeño Institucional.	Modelo Integrado de Planeación y Gestión a los Líderes de procesos por parte de la Función Pública. Se están realizando las reuniones del Comité y Desempeño Institucional.	Modelo Integrado de Planeación y Gestión a los Líderes de procesos por parte de la Función Pública. Se están realizando las reuniones del Comité y Desempeño Institucional.
--	---	---	---	---	---	---


MÓNICA NATALIA AVELLANEDA GALVIS
Subdirección Administrativa y Financiera


MARLY YOHANA GONZÁLEZ MARTÍNEZ
Jefe Control Interno