

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSQUIÁTRICO SAN CAMILO

Jefe de Control Interno:

MARLY YOHANA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Periodo evaluado: del 13 de Noviembre de 2018 al 12 de Marzo de 2019.

Fecha de elaboración: Marzo 12 de 2019

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y a los lineamientos del DAFF se presenta informe del estado del Sistema Institucional de Control Interno de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo evaluando las acciones implementadas en las 7 dimensiones definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) actualizado y aprobado mediante Decreto 1499 de 2017, y bajo el enfoque de los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno-MECI establecidas en el MIPG.

DIMENSIONES

DIMENSIÓN	(1)DIMENSIÓN TALENTO HUMANO	(2)DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	(3)DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS	(4)DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS	(5)DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Y	(6)GESTIÓN DE CONOCIMIENTO	(7)DIMENSIÓN DE CONTROL INTERNO
ASPECTO								
Responsables	Líder de Talento Humano.	Líder de Planeación.	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	Se realizó la autoevaluación de la	Se realizó la autoevaluación de la	Se realizó la autoevaluación de la	Se realizó la autoevaluación de la	Se realizó la autoevaluación de la	El modelo contempla la	Se realizó la autoevaluación

dimensión de Talento Humano obteniendo como resultado: 72,0 puntos de 100 posibles.	Dimensión de Direcciónamiento y Planeación, obteniendo como resultado un puntaje de 51,8 de los 100 posibles.	obteniendo el siguiente resultado: Gestión Presupuestal 96,8 de 100 puntos posibles, Gobierno Digital 61,2 de 100 puntos posibles, Defensa Judicial 60,9 de 100 puntos posibles, 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.	Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional obteniendo como resultado: 91,3 de 100 puntos posibles.	obteniendo como resultados: Gestión Documental 33,7 de 100 puntos posibles, Transparencia y Acceso a la Información 53,1 de 100 puntos posibles,	fecha autodiagnóstico para esta dimensión. Esta dimensión fortalece de forma transversal a las demás dimensiones (Direcciónamiento Estratégico, 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.	obteniendo 68,9 puntos de los 100 posibles.
Institucionalización del modelo	Se institucionalizo el modelo mediante	Se institucionalizo el modelo mediante	Se institucionalizo el modelo mediante	Se institucionalizo el modelo mediante	Se institucionalizo el modelo	Se institucionalizo el modelo

Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas	Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.
	<p>Se carece de una trazabilidad de los funcionarios y/o colaboradores en cuanto a: pre-pensión, cabeza de familia, limitaciones físicas, edad, género, nivel de educación, experiencia laboral, entre otras. No se cuenta con la trazabilidad electrónica ni física de la historia laboral de los funcionarios. Según lo que arrojo la batería psicosocial existen debilidades en cuanto a la falta de fácil accesibilidad y la forma de dar directrices los líderes de procesos a sus colaboradores, por tal razón serán incluidos capacitaciones y actividades dentro del</p> <p>La entidad tiene como política realizar los pagos a proveedores y/o contratistas de forma puntual, pero debido a los incumplimientos en los pagos por parte de las EPS es que la entidad no puede cumplir con la priorización de sus compromisos financieros. El plan adquisiciones se ejecuta según se ejecuta según recursos disponibles y las necesidades que no se encuentran incluidas en el plan de gobierno en línea e ir avanzando digital.</p> <p>Se sugiere tomar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los lineamientos de gobierno</p>	<p>La E.S.E. debe definir un plan de comunicación, sensibilización y/o capacitación que incluya la estrategia para que la seguridad de la información se convierta en cultura organizacional al generar hábitos en todos los colaboradores y/o funcionarios en cuanto a que la información es institucional y no personal y que por tal razón se debe velar por la seguridad de la misma. Se sugiere tomar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los lineamientos de gobierno</p>	<p>Continuar con la implementación del programa de gestión documental aumentando la estrategia cero papel institución y la implementación de las tablas de retención que lleven a la toma de decisiones. Lograr integralidad entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la E.S.E.</p> <p>Se recomienda realizar los informes que deben ser reportados a los entes de control y los informes de Ley con anterioridad a la fecha límite de reporte, evitando congestiones en las capacitaciones</p>	<p>La evaluación se puede considerar como un proceso encaminado a promover la buena gestión y mejorar el desempeño institucional socializando los diferentes informes que lleven a la toma de decisiones. Se debe continuar con la implementación de la virtual como presencial desde el área de talento humano para el personal misional y administrativo para lo cual se recomienda realizar los informes que deben ser reportados a los entes de control y los informes de Ley con anterioridad a la fecha límite de reporte, evitando congestiones en las capacitaciones</p>	<p>Continuar con la implementación del programa de gestión documental aumentando la estrategia cero papel institución y la implementación de las tablas de retención que lleven a la toma de decisiones. Lograr integralidad entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la E.S.E.</p> <p>Se recomienda realizar los informes que deben ser reportados a los entes de control y los informes de Ley con anterioridad a la fecha límite de reporte, evitando congestiones en las capacitaciones</p>	<p>Continuar con la implementación del programa de gestión documental aumentando la estrategia cero papel institución y la implementación de las tablas de retención que lleven a la toma de decisiones. Lograr integralidad entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la E.S.E.</p> <p>Se recomienda realizar los informes que deben ser reportados a los entes de control y los informes de Ley con anterioridad a la fecha límite de reporte, evitando congestiones en las capacitaciones</p>	<p>Continuar con la implementación del programa de gestión documental aumentando la estrategia cero papel institución y la implementación de las tablas de retención que lleven a la toma de decisiones. Lograr integralidad entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la E.S.E.</p> <p>Se recomienda realizar los informes que deben ser reportados a los entes de control y los informes de Ley con anterioridad a la fecha límite de reporte, evitando congestiones en las capacitaciones</p>

<p>Plan Institucional de Capacitaciones con el fin de mejorar dicha dificultad.</p> <p>Se deben buscar o mecanismos o incentivos para que el personal participe de las actividades programadas dentro del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC).</p> <p>No se cuenta con mecanismos para transferir el conocimiento del funcionario y/o colaborador que se pensiona o se retira al que realizando sus funciones y/o actividades.</p> <p>Realizar socialización, sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento al personal de la E.S.E sobre el Código de Integridad.</p>	<p>expuestas dentro del plan de adquisiciones.</p> <p>Se recomienda trazar metodología para caracterizar nuestros grupos de valor y así realizar enfoque hacia sus necesidades.</p> <p>plataformas respectivas.</p> <p>brindadas por la entidad. Fortalecer actividades personal encaminadas a mejorar ambiente laboral y falencias que arroja la batería de riesgo psicosocial.</p> <p>de los contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de los mismos e informar las alertas respectivas a la gerencia.</p> <p>Se sugiere establecer de operación políticas de controlar los riesgos que puedan llegar al no cumplimiento de los objetivos institucionales.</p> <p>Fortalecer la elaboración de los planes de mejora que arrojan los hallazgos de las auditorias tanto internas como externas.</p>
---	--

<p>Propiciar espacios donde se retroalimenten ideas para el mejoramiento de la implementación del Código de Integridad.</p>	<p>Formulación de cronograma para la implementación o proceso de transición</p> <p>El cronograma se realizará en el mes de abril de 2019, realizándose nuevamente la aplicación de las autoevaluaciones de las dimensiones en el mismo mes.</p>	<p>Planes de mejora para la implementación o proceso de transición</p> <p>Al volverse a realizar las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes de abril de 2019, estas evidenciaran los planes de mejora a ser planteados.</p>	<p>Al volverse a realizar las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes de abril de 2019, estas evidenciaran los planes de mejora a ser planteados.</p>	<p>Avances acorde al cronograma y planes de mejora</p> <p>Se realizó asesoría y seguimiento a los evaluadores en la Operativo Anual</p>	<p>Se realizó cumplimiento al Plan Anual</p> <p>Se actualizaron los trámites que realiza la entidad ante la SUIT</p> <p>Son reportados de forma puntual dentro de los tiempos</p> <p>A pesar de no contar con un autodiagnóstico ni de</p>
--	--	---	---	--	--

<p>aplicación de la nueva metodología para realizar la evaluación de desempeño y la formulación de compromisos con los evaluados a través del SEDEL plataforma de la CNSC. Se realizó de forma satisfactoria la evaluación de desempeño para este periodo.</p> <p>Se cumplió con la ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) vigencia 2018.</p> <p>Se realizó la adaptación del Código de Integridad.</p> <p>En el comité COPASST se presenta el informe de accidentalidad y su respectiva trazabilidad además de un informe de ausentismo de los funcionarios.</p> <p>Se construyó el Plan de Institucional</p>	<p>(POA). Se realizó la publicación del Plan Anticorrupción y Atención Ciudadano 2019 en la página web institucional, y control interno realizo el respectivo seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018.</p> <p>Se realiza mensualmente el reporte a la plataforma del UIAF de los casos sospechosos e intentados de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo (LAFT).</p> <p>Se realizó en conjunto con los líderes de procesos el Plan Operativo Anual 2019.</p> <p>Con las necesidades</p>	<p>acuerdo con lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto Ley 019 de 2012. Se realizó una estrategia para la reducción de un trámite al entrar en Ciudadano 2019 en la página web institucional, y control interno realizo el respectivo seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018.</p> <p>Se realiza mensualmente el reporte a la plataforma del UIAF de los casos sospechosos e intentados de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo (LAFT).</p> <p>Se realizó en conjunto con los líderes de procesos el Plan Operativo Anual 2019.</p> <p>Con las necesidades</p>
--	---	--

<p>Capacitaciones (PIC) 2019.</p> <p>Desde el área de seguridad y salud en el trabajo se están realizando actividades que ayudan a mitigar y a mejorar aspectos que arroja la batería de riesgo psicosocial, como son mejorar el clima laboral, el manejo de conflictos y la comunicación assertiva.</p>	<p>Se presentó ante la Junta Directiva el informe Financiero con corte 31/12/2018 y el informe de Revisoría Fiscal. Se aprobó el presupuesto para la vigencia 2019.</p>	<p>Se realizó actualización del manual de contratación institucional. Se adecuaciones físicas en los servicios misionales instalando a los facturadores en cada uno de ellos con la proyección que se disminuyen glosas</p>	<p>Se realizó actualización de las tablas de retención documental y se envieron para aprobación por parte de la Gobernación de Santander.</p>	<p>Se mide, realiza y presenta mensualmente el informe de satisfacción del usuario, presentándose en el segundo semestre de 2018 una satisfacción del 96.8% frente al 91.6% del mismo periodo de 2017, evidenciándose un aumento notorio de satisfacción en el 2018.</p>
				<p>Se adoptó la implementación del TRIAGE en el servicio de urgencias de la E.S.E.</p>



cartera, glosas, devolución de facturas, lo anterior con el fin de tomar medidas para el mejoramiento continuo, de las reuniones se elaboran actas con compromisos, los cuales son evaluados en la siguiente reunión, realizándoles seguimiento al cumplimiento de los mismos.

Se están realizando reuniones periódicas con el área de costos y financiera como evidencia de lo anterior se realiza reuniones en los servicios que el informe presentando

Entre otros	El asesor de talento humano y su asesor han participado en las capacaciones realizadas en cuanto a la implementación del MIPG y del Código de Integridad.	Se realiza seguimiento al Plan Operativo Anual.	Se recomienda tener en cuenta las observaciones plasmadas en el análisis de brechas con el fin de aumentar el cumplimiento de los requerimientos de MIPG en cuanto a la dimensión Gestión de Resultado.	Se recomienda tener en cuenta las observaciones plasmadas en el análisis de brechas con el fin de aumentar el cumplimiento de los requerimientos de MIPG en cuanto a la dimensión Evaluación de Resultados.
Atención en Salud, Gestión Estratégica para la sustentabilidad administrativa y financiera en salud, Gestión del riesgo para una atención en	Se certificó a los funcionarios colaboradores en el cumplimiento de los requerimientos de MIPG en cuanto a la dimensión Atención en Salud, Gestión Estratégica para la sustentabilidad administrativa y financiera en salud, Gestión del riesgo para una atención en	Adopción y Adaptación del Modelo Integral de Atención en Salud, Gestión Estratégica para la sustentabilidad administrativa y financiera en salud, Gestión del riesgo para una atención en	Se recomienda tener en cuenta las observaciones plasmadas en el análisis de brechas con el fin de aumentar el cumplimiento de los requerimientos de MIPG en cuanto a la dimensión Gestión de Resultado y Comunicación.	Se recomienda tener en cuenta las observaciones plasmadas en el análisis de brechas con el fin de aumentar el cumplimiento de los requerimientos de MIPG en cuanto a la Dimensión Innovación.



salud segura y confiable, entre otras. Se recomienda tener en cuenta las observaciones plasmadas en el análisis de brechas con el fin de aumentar el cumplimiento de los requerimientos de MIPG en cuanto a la dimensión del Talento Humano.

Mónica Natalia Avellaneda Alvis
MÓNICA NATALIA AVELLANEDA ALVIS
Subdirección Administrativa y Financiera

Marly Yohana González Martínez
MARLY YOHANA GONZALEZ MARTINEZ
Jefe Control Interno