



**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO 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 DAFP 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

DIMENSION							
ASPECTO	(1)DIMENSIÓN TALENTO HUMANO	(2)DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENT 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 Subdirección 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	Se realizó la autoevaluación de la	Se realizó la autoevaluación	Se realizó la autoevaluación de la	Se realizó la autoevaluación	El modelo no contempla a la	Se realizó la autoevaluación

	dimensión de Talento Humano obteniendo como resultado: 72,0 puntos de 100 posibles.	Dimensión de Dirección y Planeación, 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, 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.	Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional obteniendo como resultado: 91,3 de 100 puntos posibles.	obteniendo como resultado: 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 (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 c lave 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 mediante	Se institucionalizo el modelo	Se institucionalizo el modelo

	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.	mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.	mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018.
Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas	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 arroja 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	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 de adquisiciones se ejecuta según recursos disponibles y las necesidades que no se encuentran incluidas e incorporadas de acuerdo a las planteadas y	La E.S.E debe definir un plan de comunicación, y/o sensibilización que incluya capacitación para que la estrategia de 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 en línea e ir avanzando con la política de gobierno digital.	La evaluación se puede considerar como un proceso encaminado a promover la buena gestión y mejorar el desempeño institucional socializando los informes 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.	Continuar con la implementación del programa de gestión documental aumentando la estrategia cero papel adoptada por la institución y la implementación de las tablas de retención documental. Se debe continuar con la implementación de las copias de seguridad en las áreas más críticas de la E.S.E. 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 posibles congestiones en las	Se recomienda realizar inducción e inducción al personal misional que es el que constantemente se encuentra rotando. Se realizan capacitaciones a todo el personal tanto de forma virtual como presencial desde el área de talento humano para el personal misional y administrativo para lo cual se recomienda facilitar al personal las condiciones para asistir o realizar las capacitaciones	Se requiere realizar la socialización al personal misional y administrativo sobre el código de integridad de integridad recientemente implementado, y así evaluar la eficacia de las estrategias de la E.S.E para promover la integridad en el servicio público orientando efectivamente el comportamiento de los servidores hacia el cumplimiento de los estándares de conducta e integridad (valores). Los supervisores

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

	Propiciar espacios se donde se retroalimenten ideas para el mejoramiento de la implementación del Código de Integridad.					
Formulación de cronograma para la implementación o proceso de transición	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.	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.	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.	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.	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.	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.
Planes de mejora para la implementación o proceso de transición	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.	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.	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.	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.	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.	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.
Avances acorde al cronograma y planes de mejora	Se realizó asesoría y seguimiento a los evaluadores en la	Se realizó cumplimiento al Plan Operativo Anual	Se actualizaron los tramites que realiza le entidad ante la SUIT en	Los líderes de procesos responsables de los	Son reportados de forma puntual dentro de los tiempos	A pesar de no contar con autodiagnóstico ni
						Se realizó y adopto el estatuto auditoría

<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. 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 Institucional de</p>	<p>(POA). Se realizó 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 Ciudadano 2018.</p> <p>Se realiza mensualmente el reporte a la plataforma del UIAF de los casos e sospechosos e intentados de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT).</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 funcionamiento una línea de whatsapp para que nuestros usuarios puedan acceder más fácil a sacar sus citas a través de este medio tecnológico.</p> <p>Se les socializa a nuestros usuarios los mecanismos tecnológicos de información y comunicaciones con que cuenta para realizar una PQRS y acceder a una cita además de los derechos y deberes con los que cuenta como usuario.</p> <p>Se está realizando la adecuación del PETI, por parte del área de sistemas.</p> <p>El comité de conciliación se reúne según normatividad y analiza uno a uno los casos que</p>	<p>hallazgos plasmados en los planes de mejora tanto de los entes de control como de las EPS a las que se les presta el servicio y los internos son debidamente cumplidos y rendidos dentro de los tiempos planteados, control interno y sistemas integrados de gestión realizan seguimiento a los planes de mejora antes mencionados.</p> <p>La coordinadora de sistemas integrados de gestión presenta en el comité la producción, la ejecución del PAMEC 2018, la coordinadora de enfermería realiza la socialización de las fugas y las caídas presentadas en el último trimestre de 2018 comparándolas con las presentadas en el mismo periodo</p>	<p>estipulados todos los informes de Ley solicitados por los entes de control y la normatividad vigente.</p> <p>Se ha avanzado en el proceso de custodia y archivo de la documentación generada por los diferentes procesos de la E.S.E.</p> <p>Son reportados los procesos contractuales en el SECOP.</p> <p>El área de sistemas se encuentra realizando la actualización de las hojas de vida de los equipos de cómputo uno a uno tanto en el área misional como en el área administrativa.</p> <p>Se realizó la actualización del código de integridad del Hospital.</p> <p>Se está realizando de forma puntual el reporte en la SUIT.</p>	<p>plan de acción para la gestión del conocimiento y la innovación, la entidad cuenta con sistemas de información los cuales ayudan a facilitar el acceso a la información de la entidad.</p>	<p>interna y el código de ética de los auditores internos de la E.S.E.</p> <p>Mantener procesos de comunicación los cuales faciliten y garanticen que todos los funcionarios y/o colaboradores entiendan y ejecuten sus responsabilidades dentro de las actividades diarias.</p> <p>Se cumple de forma satisfactoria con la rendición de los porcentajes de avances a los planes de mejora producto de las auditorías internas y externas.</p> <p>Los hallazgos productos de las</p>
---	--	--	---	---	---	--

Capacitaciones (PIC) 2019. Desde el área de seguridad y salud en el trabajo se están realizando actividades que ayudan a mitigar y a mejorar aspectos que arrojo la batería de riesgo psicosocial, como son mejorar el clima laboral, el manejo de conflictos y la comunicación asertiva.	presentadas por las diferentes áreas a través de los líderes de procesos fue elaborado el presupuesto para el 2019 por el área financiera. 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.	se presentan en compañía de la firma externa de defensa judicial. Se realizan los informes de seguimiento a las PQRS y son publicados en la página web institucional. Se realizó actualización del manual de contratación institucional. Se realizaron adecuaciones físicas en los servicios misionales instalando a los facturadores en cada uno de ellos con la proyección que se disminuyan glosas	de 2017. Se realizó la actualización de las tablas de retención documental y se enviaron para aprobación por parte de la Gobernación de Santander. 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.	Se adoptó la implementación del TRIAGE en el servicio de urgencias de la E.S.E.		auditorías externas son socializados con los líderes de procesos a su vez que las actividades que se van a ejecutar para el cumplimiento de los mismos las cuales son plasmadas en los planes de mejora, los avances son reportados de forma puntual a los entes de control o las EPS según corresponda. Se están realizando reuniones periódicas con los líderes de facturación y cartera, los cuales presentan informes sobre la recuperación de
---	---	---	--	---	--	--

						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
--	--	--	--	--	--	--

						muestra pérdidas o reducción en su rendimiento, producto de estas reuniones se toman medidas de mejora las cuales conlleven a una mejora continua.		
Entre aspectos	otros	El asesor de talento humano y su asesor han participado en las capacitaciones 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 Valores para el 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.	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 Información 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 Gestión del Conocimiento y la Innovación.	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 Control Interno.
		Se certificó a funcionarios y/o colaboradores en Adopción y Adaptación del Modelo Integral de Atención en Salud, Gestión Estratégica para la sostenibilidad 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 Direcciónamiento Estratégico y Planeación.					

	salud segura y confiable, entre otras. Se recomienda tener en cuenta las observaciones 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 DALVIS
Subdirección Administrativa y Financiera


MARLY YOHANA GONZALEZ MARTÍNEZ
Jefe Control Interno