

**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**

**Período evaluado: del 13 de Marzo de 2019 al 11 de Julio de 2019.**

**Fecha de elaboración: Julio 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                 | (1)DIMENSIÓN<br>TALENTO HUMANO  | (2)DIMENSIÓN<br>DIRECCIONAMIENT<br>O ESTRATEGICO                   | (3)DIMENSIÓN<br>GESTIÓN<br>VALORES<br>RESULTADOS                        | (4)DIMENSIÓN<br>DE<br>EVALUACIÓN<br>RESULTADOS                              | (5)DIMENSIÓN<br>INFORMACIÓN<br>Y<br>COMUNICACIÓN            | (6)GESTIÓN DE<br>CONOCIMIENTO  | (7)DIMENSIÓN<br>CONTROL<br>INTERNO                             |
|---------------------------|---|--|---|---|---|--|--|
| Responsables<br>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 dimensión de Talento Humano obteniendo | Se realizó la autoevaluación de la Dimensión de Direcciónamiento y | Se realizó la autoevaluación obteniendo el siguiente resultado: Gestión | Se realizó la autoevaluación de la Política de Seguimiento y Evaluación del | Se realizó la autoevaluación obteniendo resultados: Gestión | El modelo no contempla a la fecha autoevaluación   | Se realizó la autoevaluación obteniendo 68,9 puntos de los 100 |

|                                 |  |   |  |  |  |  |   |
|---------------------------------|--|---|--|--|--|--|---|
|                                 | como resultado: 77,1 puntos de 100 posibles.                                 | Planeación, obteniendo como resultado un puntaje de 69,6 de los 100 posibles. | 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. | Desempeño Institucional obteniendo como resultado: 91,3 de 100 puntos posibles.    | Documental 33,7 de 100 puntos posibles, Transparencia y Acceso a la Información 53,1 de 100 puntos posibles, | 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. | posibles.   |
| Institucionalización del modelo | Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de | Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de  | 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                                 | Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No.  | Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. |



|  |   |  |  |   |   |  |   |
|--|---|--|--|---|---|--|---|
|  | 2018.   | 2018.  |  |   | 2018.   | 056 del 23 de Marzo de 2018.   | 056 del 23 de Marzo de 2018.  |
| Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas | El talento humano desde la herramienta del MIPG es el activo más importante con el que cuentan todas las entidades. Los funcionarios y/o colaboradores que forman parte del Hospital son el talento humano del mismo, es decir, todos los funcionarios y/o colaboradores que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión institucional. El propósito de la primera dimensión de MIPG que es el Talento Humano, es ofrecerle a una entidad pública las herramientas para | El Hospital continúa realizando sus más grandes esfuerzos para realizar los pagos a proveedores y/o contratistas de forma puntual, pese a incumplimientos y dificultades 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 viene ejecutando con los recursos disponibles con que cuenta el Hospital, las necesidades que no se encuentran incluidas son e incorporadas de acuerdo a las | 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 y 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 diferentes 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 plataformas respectivas. | Se recomienda realizar reinducción 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 brindadas por la entidad. | Se requiere realizar la socialización al personal misional y administrativo sobre el código 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 de los contratos deben realizar |



|  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|---|
| gestionar adecuadamente su talento humano a través del ciclo de vida del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro).<br>Se continúa con la falencia de la trazabilidad electrónica de la historia laboral de los funcionarios, solo se cuenta con toda la historia laboral de forma física.<br>En pro de mejorar los resultados que arrojó la batería psicosocial, se incluyeron capacitaciones y actividades dentro del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) con el fin de mitigar las falencias que se están presentando, pese a los esfuerzos que se realizan desde la gerencia para que se realicen actividades en beneficio de los | necesidades y<br>planteadas dentro del mismo.<br>Se recomienda trazar metodología para la identificación de nuestros grupos de valor y centrar actividades que beneficien la satisfacción de estos grupos, lo cual estará reflejado en la prestación de nuestros servicios.<br>Se recomienda realizar revisión a los procesos institucionales con el fin de analizar y reevaluar los riesgos contemplados en el mapa de riesgos institucional. |  |  |  | Fortalecer las actividades del personal encaminadas a mejorar el ambiente laboral y falencias que arrojo la batería de riesgo psicosocial. | seguimiento a los riesgos de los mismos e informar las alertas respectivas a la gerencia.<br>Se sugiere establecer políticas de operación encaminadas a controlar los riesgos que puedan llegar al no cumplimiento de los objetivos institucionales.<br>Fortalecer la elaboración de los planes de mejora que arrojan los hallazgos de las auditorias tanto internas como externas. |
|--|--|--|--|--|--|---|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | <p>funcionarios colaboradores y/o es notorio el ausentismo y la falta de participación de los mismos en las diferentes actividades programadas y organizadas desde el área de talento humano, por tal motivo se sugiere probar otros mecanismos o incentivos para que los funcionarios y/o colaboradores participen de las actividades programadas dentro del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC).</p> <p>Se recomienda entrar a analizar porque la apatía de los funcionarios y/o colaboradores en participar de las actividades y capacitaciones programadas por el</p> |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |  |   |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|---|
|   | Hospital, las cuales son siempre realizadas en pro del beneficio de los trabajadores.<br>Se realizó reinducción al personal de la E.S.E.   |   |   |   |   |   |
|   | Con las recomendaciones y sugerencias aportadas por los funcionarios y/o colaboradores se terminó de ajustar el Código de Integridad el cual se socializará en el mes de septiembre a todos los funcionarios y/o colaboradores del Hospital. |   |   |   |   |   |
| <b>Formulación de cronograma para la implementación o proceso de transición</b> | Con lo arrojado en la autoevaluación se iniciará la realización del plan de mejoramiento.  | Con lo arrojado en la autoevaluación se iniciará la realización del plan de mejoramiento. | Con lo arrojado en la autoevaluación se iniciará la realización del plan de mejoramiento. | Con lo arrojado en la autoevaluación se iniciará la realización del plan de mejoramiento. | Con lo arrojado en la autoevaluación se iniciará la realización del plan de mejoramiento. | Con lo arrojado en la autoevaluación se iniciará la realización del plan de mejoramiento. |
| <b>Planes de mejora para la implementación o</b>                                | Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el  | Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en                                  | Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes                           | Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes                           | Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el                               | Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes                           |



|  |   |  |   |   |   |  |   |
|--|---|--|---|---|---|--|---|
| <b>proceso de transición</b>                           | mes de abril de 2019, con estos resultados se realizaran los planes de mejora a ser planteados.   | el mes de abril de 2019, con estos resultados se realizaran los planes de mejora a ser planteados.   | de abril de 2019, con estos resultados se realizaran los planes de mejora a ser planteados.   | de abril de 2019, con estos resultados se realizaran los planes de mejora a ser planteados.   | mes de abril de 2019, con estos resultados se realizaran los planes de mejora a ser planteados.   | dimensiones en el mes de abril de 2019, con estos resultados se realizaran los planes de mejora a ser planteados.  | dimensiones en el mes de abril de 2019, con estos resultados se realizaran los planes de mejora a ser planteados.   |
| <b>Avances acorde al cronograma y planes de mejora</b> | Se está realizando la ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) vigencia 2019. Se realizaron actividades para la celebración del día de la mujer, día de la secretaria, día de la enfermera. Se continúan presentando los informes de accidentalidad y su respectiva trazabilidad además de un informe de ausentismo de los funcionarios, en el comité COPASSST. Desde el área de seguridad y salud en el trabajo se están | Se continúa el cumplimiento al Plan Operativo Anual (POA). Se realizó publicación del Plan Anticorrupción y Atención Ciudadano 2019 en la página web institucional, y control interno realiza los respectivos seguimientos al Plan Anticorrupción y de Atención Ciudadano 2019, al igual que la evaluación a la matriz de riesgo institucional. Se realiza | Se actualizaron los tramites que realiza le entidad ante la SUT en 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. Se les socializa a nuestros usuarios los mecanismos tecnológicos de información y comunicaciones con | Los líderes de procesos responsables de los 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. Se radica la solicitud para aprobación por parte de la Gobernación de Santander las tablas de retención documental actualizadas. Se mide, realiza y | Son reportados de forma puntual dentro de los tiempos estipulados todos los informes de Ley solicitados por los entes de control y la normatividad vigente. Se continúa avanzado en el proceso de custodia y archivo de la documentación generada por los diferentes procesos de la E.S.E, realizando la actividad de escáner para contar con las historias clínicas digitalizadas las cuales también se encuentran archivadas de forma correcta facilitando la búsqueda de las mismas al momento | A pesar de no contar con autodiagnóstico ni 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. | Mantener procesos de comunicación los cuales faciliten y garanticen que todos los funcionarios colaboradores entiendan y ejecuten sus responsabilidades dentro de las actividades diarias. Se cumple de forma satisfactoria con la rendición de los porcentajes de avances a los planes de mejora producto de las auditorías internas y |



|  |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|
| realizando actividades que ayudan a mitigar y a mejorar aspectos que arroja la batería de riesgo psicosocial, como son mejorar el clima laboral, para lo cual se empezaron a realizar actividades de pausas activas, análisis de puestos de trabajo, el manejo de conflictos y la comunicación asertiva, se inicia la preparación de la semana de la salud ocupacional la cual se realizara en el mes de septiembre. | 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 (LA/FT). Se realizó en conjunto con los líderes de procesos el Plan Operativo Anual 2019. Se aprobó el presupuesto para la vigencia 2019. | que cuenta para realizar una PQRS y acceder a una cita además de los derechos y deberes con los que cuenta como usuario. Se está realizando la adecuación del PETI, por parte del área de sistemas. El comité de conciliación se reúne según normatividad y analiza uno a uno los casos que 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 están realizando adecuaciones físicas y mejoramientos en los servicios misionales y las áreas administrativas del Hospital todo apuntando a mejorar la prestación | presenta mensualmente el informe de satisfacción de usuarios por parte de la coordinadora del SIAU a la Secretaria de Salud Departamental, y a su vez control interno realiza el informe del primer semestre de PQRSF el cual es colgado en la página web institucional. | de ser solicitadas por los usuarios. Son reportados de forma puntual cumpliendo con los tiempos de ley los procesos contractuales en el SECOP. El área de sistemas realizo 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, contando con archivos físicos y digitales de las mismas. Se continúa realizando de forma puntual el reporte en la SUII. La implementación del TRIAGE en el servicio de urgencias de la E.S.E, constituye un avance y mejora en el servicio prestado a nuestros usuarios. |  | externas. Los hallazgos productos de las 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 continúa realizando reuniones periódicas con los líderes de facturación y cartera, los cuales |
|--|--|--|--|---|--|--|



|  |  |  |   |  |  |   |
|--|--|--|---|--|--|---|
|  |  |  | de los servicios a nuestros usuarios razón primordial de la misión institucional. |  |  | 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, notando un gran compromiso de esas áreas en la mejora continua del proceso todo con el fin de lograr la agilidad en la recuperación de cartera.<br>Se realiza dentro |
|--|--|--|---|--|--|---|



64 años

|  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  | del comité de gerencia reuniones con el área de costos y financiera para con lo arrojado en este comité realizar 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 del proceso. |
|--|--|--|--|--|--|--|---|



| Entre aspectos  | otros  |  |   |   |   |   |
|---|--|--|---|---|---|---|
| Desde el área de talento humano se está muy atento a la implementación y directrices del MIPG y del Código de Integridad. | Se continúa con las capacitaciones propuestas dentro del Plan de Capacitaciones (PIC) para el personal del Hospital, incentivándolos para que realicen las mismas ya que se evidencia la falta de compromiso para la realización de estas capacitaciones por parte del personal. | 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. | 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  |  |   |   |   | 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.                          |

| requerimientos de MIPG en cuanto a la dimensión del Talento Humano. |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
|   |  |  |  |  |  |  |  |

**HERNÁN DARÍO ZÁRATE ORTEGÓN**  
Subdirector Administrativo y Financiero

**MARLY YOHANA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**  
Jefe Control Interno