



**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 12 de Julio de 2019 al 11 de Noviembre de 2019.

Fecha de elaboración: Noviembre 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.

DIMENSION ASPECTO	DIMENSIONES							
	(1)DIMENSIÓN TALENTO HUMANO	(2)DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	(3)DIMENSIÓN GESTIÓN VALORES RESULTADOS CON PARA	(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 dimensión de Talento Humano obteniendo como resultado: 77,1 puntos de 100 posibles.	Se realizó la autoevaluación de la Dimensión de Direcciónamiento y Planeación, obteniendo como resultado un puntaje	Se realizó la autoevaluación obteniendo el siguiente resultado: Gestión Presupuestal 96,8 de 100 puntos posibles, Gobierno Digital 61,2 de	Se realizó la autoevaluación de la Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Se realizó la autoevaluación obteniendo como resultados: Gestión Documental 33,7 de 100 puntos posibles, Transparencia y	El modelo no contempla a la fecha autodiagnóstico para esta dimensión. Esta dimensión	Se realizó la autoevaluación obteniendo 68,9 puntos de los 100 posibles.	



		de 69,6 de los 100 posibles.	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.	obteniendo como resultado: 91,3 de 100 puntos posibles.	Acceso a la Información 53,1 de 100 puntos posibles,	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 clave para su aprendizaje y su evolución.	
<b>Institucionalización del modelo</b>	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018, la secretaría del comité MIPG se encuentra evaluando la pertinencia de los comités existentes en el Hospital y con los miembros se encuentra analizando las	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018, la secretaría del comité MIPG se encuentra evaluando la pertinencia de los comités existentes en el Hospital y con los miembros se encuentra analizando	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018, la secretaría del comité MIPG se encuentra evaluando la pertinencia de los comités existentes en el Hospital y con los miembros se encuentra analizando	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018, la secretaría del comité MIPG se encuentra evaluando la pertinencia de los comités existentes en el Hospital y con los miembros se	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018, la secretaría del comité MIPG se encuentra evaluando la pertinencia de los comités existentes en el Hospital y con los miembros se	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018, la secretaría del comité MIPG se encuentra evaluando la pertinencia de los comités existentes en el Hospital y con los miembros se	Se institucionalizo el modelo mediante Resolución No. 056 del 23 de Marzo de 2018, la secretaría del comité MIPG se encuentra evaluando la pertinencia de los comités existentes en el Hospital y con los miembros se



	sugerencias realizadas por función pública para ejecutar los respectivos ajustes a la resolución existente.	encuentra analizando las sugerencias realizadas por función pública para ejecutar los respectivos ajustes a la resolución existente.	las sugerencias realizadas por función pública para ejecutar los respectivos ajustes a la resolución existente.	encuentra analizando las sugerencias realizadas por función pública para ejecutar los respectivos ajustes a la resolución existente.	encuentra analizando las sugerencias realizadas por función pública para ejecutar los respectivos ajustes a la resolución existente.	comités existentes en el Hospital y con los miembros se encuentra analizando las sugerencias realizadas por función pública para ejecutar los respectivos ajustes a la resolución existente.	comités existentes en el Hospital y con los miembros se encuentra analizando las sugerencias realizadas por función pública para ejecutar los respectivos ajustes a la resolución existente.
<b>Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas</b>	El talento humano desde la herramienta del MIPG es el corazón del modelo. La falta de compromiso de los funcionarios y/o colaboradores para la asistencia y realización de las capacitaciones y/o cursos programados dentro del plan institucional de capacitaciones, se convierte en una falencia para el cumplimiento del mismo, es por esto que desde el área de talento humano se debe buscar la realización de más actividades que fomenten el trabajo en equipo y la participación de los	La E.S.E cuenta con los planes y programas a desarrollar a largo, mediano y corto plazo, en los que se han priorizado los recursos económicos y el talento humano para dar cumplimiento a los mismos, la gran dificultad que se presenta es que esta planeación no se hace de manera participativa dificultando la proyección estratégica de la E.S.E.	La entidad reportó ante la SUIT los trámites institucionales pero a la fecha no se ha recibido respuesta del estado o validación de dichos trámites. La brecha se encuentra en gobierno digital no se cuenta con un plan de comunicaciones aprobado se está trabajado para garantizar a los usuarios y ciudadanía en general el acceso a la entidad a través de los distintos canales de comunicación.	Se continúa con la brecha en el diseño de indicadores que midan de forma eficiente y eficaz la gestión sirviendo de manera oportuna como herramienta para la toma de decisiones gerenciales. Se recomienda que las dependencias responsables documenten las respuestas del Autodiagnóstico asociado a la Dimensión Evaluación de Resultados a través de soportes y/o evidencias de gestión	La entidad se encuentra realizando las adecuaciones y sugerencias realizadas por el Comité de Archivo Departamental para ser presentado nuevamente y así sean validadas las Tablas de Retención Documental. Para la gestión de la comunicación externa e interna del Hospital, se cuenta con los siguientes mecanismos escritos, virtuales y audiovisuales tales como carteleras, portal web, correos	En la entidad la brecha que se evidencia es que no se encuentra documentado el proceso de entrega del puesto de trabajo de un funcionario y/o colaborador a otro, lo cual genera el escape del conocimiento al interior del Hospital ya que el personal no tiene claro lo que debe hacer al momento del retiro temporal o definitivo de la	La brecha que existe con los funcionarios y/o colaboradores líderes de procesos es poder generar mayor compromiso y cultura para la suscripción, elaboración y ejecución de los Planes de Mejoramiento tanto internos como con los entes de control, ya que existe la mala costumbre de dejar todo para



funcionarios y/o colaboradores para que se refleje en la armonía de las diferentes áreas y en la misma productividad de la entidad. Se recomienda socializar la programación del plan institucional de capacitación, a los funcionarios y/o colaboradores con el fin de garantizar la activa participación. 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. La E.S.E ha cumplido con la publicación y reporte oportuno de los documentos que conforman el expediente contractual, tanto en la página del SECOP como en la página de SIA observa, se sugiere que exista para publicar el enlace del SECOP en el link de la página web de la E.S.E.		falencias que fueron detectadas en la rendición del informe ITA a la Procuraduría General de la Nación en cuanto a la estrategia gobierno en línea.	que permitan validar los avances obtenidos frente a futuras evaluaciones, tanto FURAG como los seguimientos adelantados por los Entes Externos de Control.	institucionales, redes sociales como Facebook, a través de estos medios permanentemente se publica y se da a conocer información, sobre la gestión realizada y las actividades que se van a ejecutar o las que ya se ejecutaron para el cumplimiento de la misión Institucional del Hospital.	entidad.	último momento o tener que estar recordando las actividades a ser realizadas para el cumplimiento de estos Planes de Mejoramiento.



<b>cronograma para la implementación o proceso de transición</b>	realizaron las autoevaluaciones, no se han realizado a la fecha los planes de mejoramiento.	realizaron las autoevaluaciones, no se han realizado a la fecha los planes de mejoramiento.	realizaron las autoevaluaciones, no se han realizado a la fecha los planes de mejoramiento.	realizaron las autoevaluaciones, no se han realizado a la fecha los planes de mejoramiento.	realizaron las autoevaluaciones, no se han realizado a la fecha los planes de mejoramiento.	realizaron las autoevaluaciones, no se han realizado a la fecha los planes de mejoramiento.	realizaron las autoevaluaciones, no se han realizado a la fecha los planes de mejoramiento.
<b>Planes de mejora para la implementación o proceso de transición</b>	Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes de abril de 2019, pero a la fecha no se han realizado los planes de mejora.	Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes de abril de 2019, pero a la fecha no se han realizado los planes de mejora.	Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes de abril de 2019, pero a la fecha no se han realizado los planes de mejora.	Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes de abril de 2019, pero a la fecha no se han realizado los planes de mejora.	Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes de abril de 2019, pero a la fecha no se han realizado los planes de mejora.	Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes de abril de 2019, pero a la fecha no se han realizado los planes de mejora.	Se realizaron las autoevaluaciones de las dimensiones en el mes de abril de 2019, pero a la fecha no se han realizado los planes de mejora.
<b>Avances acorde al cronograma y planes de mejora</b>	La institución con el esfuerzo de capacitar a sus funcionarios y/o colaboradores formulo el Plan de Capacitaciones tratando siempre de solventar sus necesidades, pese a lo realizado se evidencia la falta de compromiso de los funcionarios y/o colaboradores para asistir o realizar las diferentes capacitaciones. Se capacitaron a funcionarios en el Desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión con base en	El Hospital continua realizando campañas ambientales para el uso racional y eficiente de los servicios públicos (agua y luz), y al uso racional del papel y la tinta a lo cual el área de Control Interno realiza seguimiento a través del informe trimestral de los servicios públicos y austeridad en el gasto los cuales se encuentran publicados en la página web	La entidad cuenta con 12 buzones de sugerencias los cuales se encuentran ubicados en cada servicio para la recepción de las Peticiones Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones-PQRSF, las cuales son resueltas dentro de los términos de Ley. En la página web institucional se reporta toda la información que se requiere por normatividad, como se pudo evidenciar en el reporte del informe ITA	En el plan operativo anual se encuentran registradas todas las actividades institucionales a ser ejecutadas, cumpliéndose con los avances a la fecha, la coordinadora de Planeación comunica a las dependencias las actividades a ejecutar como gestión de acompañamiento y seguimiento adicional al que realiza la oficina de control interno.	La entidad ha avanzado considerablemente en el tema de las trasferencias documentales al archivo central de la entidad y en el tema de los archivos generados en cada área, se realizan capacitaciones para afianzar la cultura archivística. Se continúa con la digitalización de las historias clínicas de la entidad de forma avanzada.	Los funcionarios y/o colaboradores de la entidad deben iniciar la cultura de la entrega de cargos de un funcionario y/o colaborador a otro para evitar dificultades y retrasos en los procesos.	Desde Control Interno se realizan evaluaciones independientes mediante el ejercicio de auditorías internas para determinar el avance en el logro de las metas, resultados y objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del



<p>Estándares de Calidad en Salud los cuales fueron certificados.</p> <p>El código de integridad se encuentra terminado y en etapa de definir las estrategias a ser empleadas para realizar la socialización de los valores institucionales y principios éticos a los funcionarios y/o colaboradores en virtud de generar compromiso por parte de ellos generando resultados y demostrando coherencia en las relaciones que se establecen con nuestros grupos de valor, lo cual permite que los valores descritos en el Código de Integridad sean asumidos como parte del actuar cotidiano del Hospital, se debe realizar dicha socialización ya que estaba programada para el mes de septiembre.</p> <p>En el comité del COPASST se presenta el índice de accidentalidad y su respectiva trazabilidad dentro del accidente, se presenta la trazabilidad</p>	<p><a href="http://www.hospitalsancamilo.gov.co/index.php/en/transparencia/informes/informe-de-austeridad-y-servicios-publicos">http://www.hospitalsancamilo.gov.co/index.php/en/transparencia/informes/informe-de-austeridad-y-servicios-publicos</a>. El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano se encuentra publicado con sus respectivas evaluaciones en la página institucional en el siguiente link <a href="https://www.hospitalsancamilo.gov.co/index.php/en/transparencia/plan-anticorrupcion">https://www.hospitalsancamilo.gov.co/index.php/en/transparencia/plan-anticorrupcion</a> 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 (LA/FT).</p> <p>El Plan Anual de Adquisiciones se actualizó mediante Resolución No. 085 del 7 de junio de</p>	<p>de la Procuraduría General de la Nación, el cual fue requerido por el ente de control y cual consistía en una lista de chequeo con sus respectivas evidencias del contenido de la página web.</p> <p>Se concientiza a los funcionarios y/o colaboradores en la utilización de los correos institucionales evitando imprimir documentación innecesaria, contribuyendo así a la austeridad en el gasto y aplicando la política cero papel.</p> <p>Desde</p>	<p>los diferentes comités institucionales que se realizan en cumplimiento a la normatividad vigente para cada uno, se conocen de manera permanente los avances en la gestión, objetivos y metas propuestas para cumplir con la misión institucional.</p>	<p>La entidad continúa realizando por parte de la oficina de Control Interno un informe de auditoría y seguimiento a las peticiones, quejas reclamos y felicitaciones que presentan los usuarios y/o familias a la entidad, este informe se realiza de semestralmente y es publicado en la página web</p>	<p><a href="http://www.hospitalsancamilo.gov.co/index.php/en/siau/informes-pqrs">http://www.hospitalsancamilo.gov.co/index.php/en/siau/informes-pqrs</a>.</p>
--	---	--	--	---	---



<p>del ausentismo laboral y se presentan las inspecciones programadas o no programadas realizadas a los diferentes servicios y/o áreas administrativas de la institución para tomar las respectivas medidas.</p> <p>El líder de Talento Humano asesora y en otros acompaña a los líderes de procesos en la evaluación de desempeño al personal en carrera administrativa, cumpliéndose dentro de los términos establecidos en las normas las cuales rigen la materia</p> <p>Se realizó la inducción y reincidencia a los funcionarios y/o colaboradores de la entidad.</p> <p>Como parte del mejoramiento continuo en las actividades diarias de los funcionarios y/o colaboradores se realizan pausas activas evidenciando buena participación.</p> <p>Se vienen realizando actividades deportivas</p>	<p>2019 y se encuentra publicado en Colombia Compra Eficiente.</p>				
---	--	--	--	--	--



<p>(futbol, rana y minitejo) los días viernes dentro del Hospital con el fin de integrar tanto a los participantes como a los espectadores que son los mismos funcionarios y/o colaboradores de la institución.</p> <p>Los riesgos de la matriz de riesgo de Seguridad y Salud en el Trabajo se vienen desarrollando de forma satisfactoria con la realización de las actividades programadas para su mitigación. Al igual que los comités que forman parte de Seguridad y Salud en el Trabajo se están realizando cumpliendo la normatividad que le aplica a cada uno de ellos.</p> <p>Desde Seguridad y Salud en el trabajo el medico ocupacional realiza seguimiento a los casos que presentan los funcionarios en cuanto a medicina laboral y acompañamiento a la trazabilidad de los accidentes laborales</p>						
--	--	--	--	--	--	--



**HERNÁNDARÍO ZÁRATE ORTEGÓN**  
Subdirector Administrativo y Financiero

**MARLY YOHANA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**  
Jefe Control Interno